

LEPRA

Aprender com os êxitos



Organização Mundial da Saúde

WHO/CDS/CPE/CEE/2001.20

Distribuição: Geral

Original: Inglês

LEPRA

Aprender com os êxitos

Introdução _____	3
SRI LANKA: Utilização dos meios de comunicação de massa para alterar atitudes e aumentar a detecção de casos _____	6
TAILÂNDIA: Serviços integrados levam a cura até aos lares _____	10
BURKINA FASSO: Formação e gestão adequadas _____	14
TOGO: Uma estratégia forte consegue êxito apesar da agitação política _____	18
VENEZUELA: Alterar atitudes profissionais e populares _____	22
VIETNAME: Atingir os últimos redutos de casos escondidos _____	26
BENIM: Transformando as leprosas _____	30
Conclusão _____	34



Elaborado em colaboração com a Aliança Mundial para Eliminação da Lepra

Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional (DANIDA)
Federação Internacional das Associações de Luta contra a Lepra (ILEP)
Estados Membros da Organização Mundial da Saúde
Fundação Nippon, Novartis, Fundação Novartis para Desenvolvimento Durável
Banco Mundial
Organização Mundial da Saúde

Concepção: Gilles Lasseigne & Bruno Duret, Montpellier-França
Fotos: Yoshi Shimizu/IFRC (capa e contracapa, p. 31 – Torbin Lindberg p. 7) – OMS: outras.
Produzido pela OMS

Para obter cópias deste documento, contactar:
CDS Centro de documentação e informações – Organização Mundial da Saúde
CH-1211 Genebra 27, Suíça – E-mail: cdsdoc@who.int

© Organização Mundial da Saúde, 2001

Este documento não se destina a ser distribuído ao público em geral, e todos os direitos são propriedade da Organização Mundial da Saúde (OMS). Não pode ser comentado, resumido, citado, reproduzido ou traduzido, em parte ou na íntegra, sem autorização prévia da OMS. Nenhuma parte deste documento deve ser guardada na memória de um sistema de recuperação ou transmitida sob qualquer forma ou qualquer meio – electrónico, mecânico ou outro – sem a autorização prévia da OMS. A responsabilidade pelas opiniões expressas em documentos assinados cabe exclusivamente aos seus autores.

Introdução

De todas as doenças que continuam a atormentar a humanidade, a lepra goza da pior reputação como causa de deformidade, deficiência, aversão e terror. Desde tempos antigos até um passado ainda recente, a doença era considerada muitíssimo contagiosa e incurável. Em toda a parte, as suas vítimas eram evitadas o que acrescentava ao seu sofrimento físico a tragédia de serem tratadas como párias sociais. Mesmo a nível médico, a única medida de luta era o isolamento dos pacientes em colónias ou leprosas. Ainda em 1897, uma conferência internacional de especialistas chegou à conclusão que a lepra não podia ser curada.

Tudo isto se modificaria no curto espaço de algumas décadas, primeiro devagar e depois com uma rapidez fulgurante. O primeiro avanço resultou da descoberta da dapsona em 1941, introduzindo as primeiras perspectivas de cura. Em oito anos, tornou-se evidente a aptidão do medicamento a ser utilizado em campanhas de massa. Os países tinham então a escolha: os pacientes podiam ser tratados e curados, muitas vezes em casa, e não desterrados para instituições. Contudo, o tratamento era, na maioria dos casos, para toda a vida. O aumento da resistência à dapsona, que apareceu pela primeira vez em 1964, fez perder as esperanças da lepra poder ser vencida.

A este revés, a ciência respondeu reforçando a procura de uma melhor arma. Os resultados surgiram em 1981 quando um grupo OMS de especialistas apresentou as suas recomendações para uma invencível mistura de medicamentos: uma terapia multimedamentosa com rifampicina e clofazimina apoiando a dapsona original. Os resultados foram espectaculares. O tratamento podia ser reduzido de décadas a uma questão de meses, e os medicamentos eram tão seguros que podiam ser tomados por mulheres grávidas. Os pacientes sob tratamento perderam rapidamente a capacidade de infectar outras pessoas. Diagnóstico precoce e cura completa podiam evitar deficiências.

Uma doença, durante séculos amortalhada em estigma e vergonha, podia agora sair à luz do dia com uma nova expressão: difícil de contrair, fácil de curar. A velha luta ia conhecer uma nova era.



O número de casos diminuiu rapidamente. O progresso era tão marcante que, em 1991, delegações governamentais à Assembleia Mundial da Saúde resolveram agir para que no fim do século a lepra estivesse eliminada como problema de saúde pública. A comunidade internacional, especialmente a Fundação Nippon, ofereceu apoio financeiro importante.

...OMS formou uma aliança mundial de parceiros determinados a ver a lepra eliminada em 2005.

Foi então possível iniciar programas de luta para atingir os últimos redutos da doença – em bairros urbanos pobres e aldeias remotas – com uma oferta de cura que era, não só segura e eficaz mas também gratuita. Em 1998 houve outro impulso logístico importante quando um grupo de especialistas da OMS anunciou inovações que simplificaram grandemente a luta contra a lepra, reduziram os seus custos e levaram o mundo a um ponto extremamente próximo do objectivo de forçar a lepra a desaparecer.

O ímpeto acelerou-se em 1999 quando a OMS formou uma aliança mundial de parceiros determinados a ver a lepra eliminada em 2005. Entre os membros contam-se representantes de países onde a doença continua a ser um problema, a Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento Internacional (DANIDA), a Federação Internacional de Associações de Luta contra a Lepra, a Fundação Nippon, Novartis e a Fundação Novartis para Desenvolvimento Durável, a OMS e o Banco Mundial. A parceria tem por objectivo específico reduzir o número de casos a um nível tão baixo que resulte na interrupção natural da transmissão.

O isolamento obrigatório tem um lugar importante na luta contra a lepra. –Comissão OMS de especialistas, 1953

Tal como se vê pelas histórias apresentadas a seguir, o projecto claro da OMS para eliminação da lepra é flexível e eficaz. Em países com muitos problemas distintos e sistemas de saúde completamente diferentes, têm sido facilmente aplicados programas de eliminação.

Utilizando a estratégia recomendada pela OMS, mesmo um país extremamente pobre como o Burkina Fasso, foi capaz de atingir todo o seu povo com os melhores medicamentos e protocolos de tratamento de que o mundo dispõe.

E, tal como os países aprenderam, uns após os outros, o melhor que o mundo tem para oferecer resulta extremamente bem produzindo resultados rápidos e espectaculares. A Venezuela, que ainda há 15 anos tinha um dos piores problemas de lepra da América Latina, eliminou a doença em 1997. O Vietname, que sofria da lepra desde o século VI pelo menos e que tinha núcleos de doença com 30% da população afectada, atingiu o objectivo da eliminação em 1995.

...demonstram claramente o poder decisivo que o empenho e a determinação podem ter para atingir a vitória.

Não há dúvida que o uso de melhores tecnologias tais como o tratamento multimedicamentoso, juntamente com a possibilidade de cura, está a produzir alterações positivas nas atitudes das pessoas perante a lepra e doentes com lepra.

–Comissão OMS de especialistas,
1988



A Tailândia, onde a lepra tinha sido a “doença de rejeito social” predominante e temível, integrou perfeitamente actividades de luta nos seus serviços gerais de saúde, levou o tratamento para perto dos lares, e venceu a doença em 1995.

No Togo, práticas de diagnóstico e tratamento, bem enraizadas a nível local e distrital, foram suficientemente fortes para aguentar anos de agitação política. Foi com orgulho que a eliminação da lepra foi anunciada em 1997.

No Sri Lanka, uma campanha em massa de sensibilização pública eliminou virtualmente o estigma ligado à lepra, encorajando as pessoas que escondiam os seus sintomas com medo de ostracismo a procurar abertamente diagnóstico e cura precoces. A lepra foi eliminada em 1995. O Benim, um pequeno país conhecido pelo seu grande número de leprosas, também utilizou uma abordagem totalmente integrada para atingir a eliminação em 1997. As portas das suas inúmeras leprosas voltaram a abrir-se como centros de saúde ao serviço da população em geral.

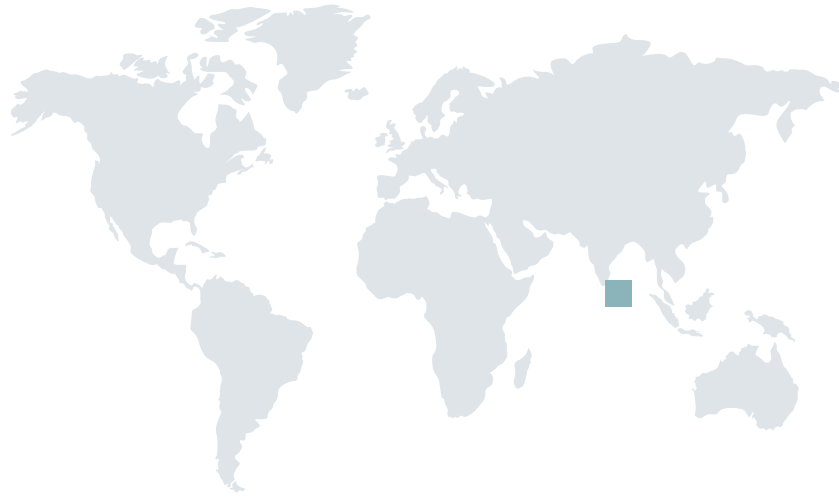
As experiências destes países, consideradas em conjunto, demonstram claramente o poder decisivo que o empenho e a determinação podem ter para atingir a vitória, mesmo em circunstâncias que nada têm de ideal. Com o apoio de presidentes, primeiros ministros, monarcas, pessoal de saúde devidamente formado e motivado, doadores generosos e grupos de voluntários dedicados, a lepra pode ser – e será – completamente vencida. E a derrota desta doença que tem sido um dos mais antigos e mais notórios inimigos da humanidade será para muito breve.

Utilização dos meios de comunicação de massa para alterar atitudes e aumentar a detecção



A grande esperança de cura e controlo da lepra pela dapsona levou o Ministro da Saúde do Sri Lanka a introduzir, em 1954, o primeiro programa do país de luta contra a lepra. Os pacientes, que desde o século XVII eram desterrados para asilos, podiam agora ser tratados em postos especiais. Nomeou-se pessoal paramédico formado pelo governo para realizar estudos e campanhas de informação em aldeias e comunidades locais o que resultou num aumento triplo da detecção de casos. Mas o tratamento levou décadas, a resistência à dapsoan apareceu e o progresso era lento e frágil.

Como em toda a parte, o progresso concretizou-se com a terapia multimedamentosa introduzida no Sri Lanka em 1983. Embora no curto espaço de um ano todos os casos registados estivessem a receber tratamento, a transmissão continuou a um ritmo preocupante, mostrando não se atingirem muitos casos não detectados. A detecção activa de casos graças a investigadores a domicílio era considerada demasiado dispendiosa e, além disso, podia na realidade aumentar o medo e estigma associados à doença.



de casos



O governo procurou outra solução.

Esta apresentou-se em 1990 quando o Ministro da Saúde, apoiado por uma organização de caridade suíça e a Fundação Novartis para Desenvolvimento Durável, lançou uma campanha de propaganda profissional, forte e de grande cobertura com o objectivo ambicioso de alterar a imagem pública da lepra. Mostrando-a como qualquer outra doença podendo ser tratada, a campanha esperava motivar as pessoas apresentando lesões suspeitas a procurar diagnóstico precoce e cura gratuita. Além de ser muito menos dispendioso, este tipo de detecção "passiva" de casos, apoiando-se em auto-notificação, atraiu pacientes muito motivados com os quais se poderia ter a certeza de seguirem o tratamento cuidadosamente.

A campanha foi lançada em Fevereiro de 1990 em grande escala – e com grandes meios. Anúncios, séries e novelas populares na rádio e na televisão lançaram mensagens à população. Painéis, autocarros e paredes foram cobertos de mensagens e imagens positivas. A colaboração ao nível de base era garantida graças a instrução em educação sanitária fornecida a cerca de 5 000 pessoas cuidadosamente escolhidas (líderes de opinião, professores e mulheres nas aldeias). Cartas e materiais de educação sanitária foram enviados ao clero da nação. Os professores receberam quadros desdobráveis para ajudar a informar as crianças. Em zonas remotas não atingidas pela rádio nem pela televisão, realizaram-se sessões de informação de uma semana apoiadas por "campos de exames de pele" que combinavam actividades de detecção de lepra com o engodo de tratamento gratuito para problemas de pele.





Em 1995,
a taxa de
prevalência
nacional desceu
para menos de
1 por
10 000
pessoas.



Mas a motivação para procura de tratamento era só uma parte do objectivo. A campanha também procurava assegurar que os pacientes procurando tratamento o encontrariam facilmente, perto de casa e da melhor qualidade. O país duplicou o número de postos de saúde e prolongou os horários de abertura. Para melhorar o serviço dos postos e facilitar as transferências, distribuíram-se pelos residentes calendários de bolso com os horários dos postos distritais. Para simplificar a distribuição de medicamentos e melhorar a aceitação do paciente, introduziram-se as embalagens em placas (*blister*). Como benefício suplementar, também criaram a impressão de tratamento novo, juntando assim excitação à boa nova da lepra poder ser curada.

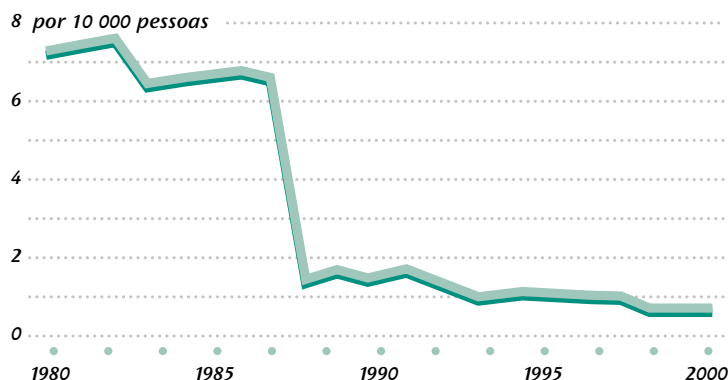
As relações entre os serviços de luta contra a lepra e os serviços gerais de saúde foram melhoradas. Todo o pessoal de cuidados primários de saúde, responsáveis médicos trabalhando em departamentos hospitalares de cuidados ambulatoriais e pessoal médico em plantações receberam formação especial para aumentar as suas capacidades de diagnóstico e tratamento. Como muitos pacientes, procurando evitar o estigma, preferiam consultar médicos particulares, os médicos de clínica geral também receberam informações sobre diagnóstico e tratamento da doença. A colaboração com o sector privado foi reforçada pelo fornecimento de medicamentos em placas (*blister*) a dermatologistas que, por sua vez, forneceram estatísticas relativas aos seus pacientes.

Os resultados foram espectaculares.

Em menos de um ano, a detecção de casos tinha aumentado de 150%, mas ainda mais impressionante foi o grande aumento dos casos autnotificados. Enquanto no ano anterior à campanha, só 9% dos novos casos tinham sido comunicados pelos próprios doentes, o número subiu para 50% em 1991, continuando alto nos anos seguintes. Desde o início da campanha foram detectados e tratados mais de 20 000 pacientes. O conhecimento dos primeiros sinais de lepra e da disponibilidade de cura está agora largamente difundido. A imagem da lepra transformou-se de medo e aversão em esperança e cura.

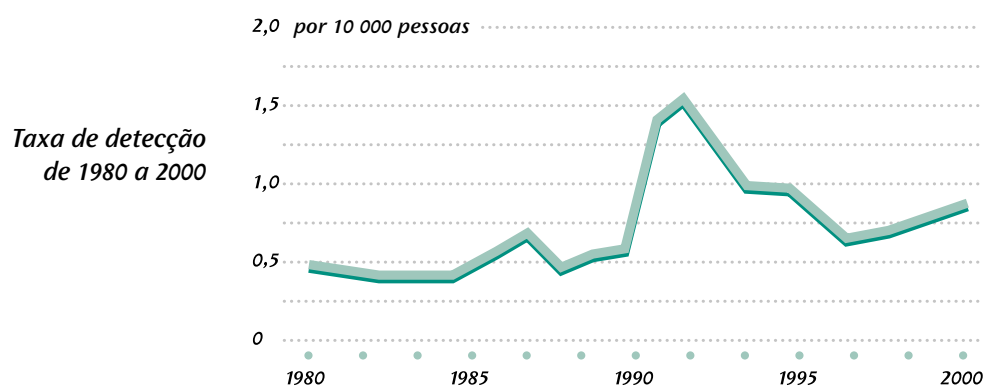


Taxa de prevalência
de 1980 a 2000





Com maior autotificação e serviços reforçados, o Sri Lanka conseguiu diminuir gradualmente o número de casos e reduzir o foco de infecção. Em 1995, a taxa de prevalência nacional desceu para menos de 1 por 10 000 pessoas, satisfazendo a definição da OMS para eliminação da lepra como problema de saúde pública. Como se espera que o número de novos casos continuará a diminuir, o programa vertical que tornou possível a eliminação da lepra recebeu nova orientação. As actividades de luta contra a lepra estão agora perfeitamente integradas nos serviços gerais de saúde que são competentes, equipados e motivados para reforçar o triunfo do país contra a lepra.



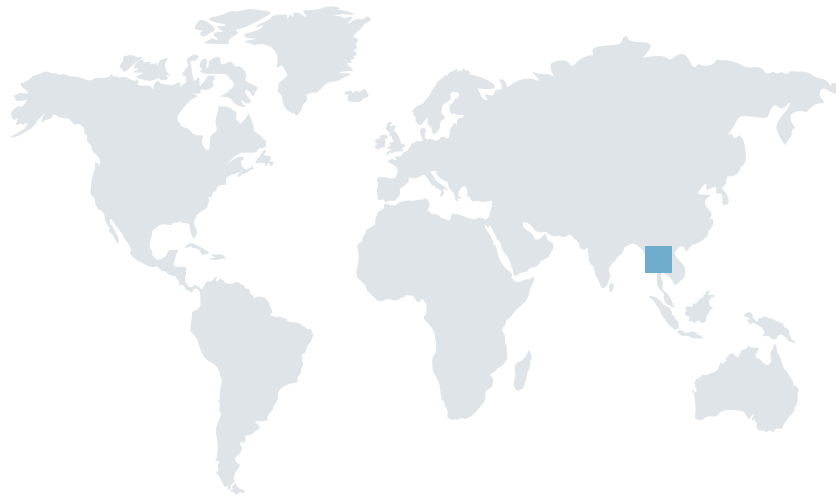
Serviços integrados levam a cura até



No início do século XX, a lepra era uma doença predominante e temível na Tailândia. As atitudes sociais eram fortemente influenciadas por noções religiosas relativas à lepra como uma doença incurável causada por actos pecaminosos – um padecimento impuro. Mesmo entre trabalhadores de saúde, a lepra era conhecida como "doença de rejeito social." As pessoas saudáveis queriam que os pacientes guardassem uma certa distância. Os principais métodos de luta eram o isolamento e a segregação, e foram estabelecidas muitas leprosarias para tratamento de doentes.

Em 1953, foi lançado o programa nacional de luta contra a lepra grandemente vertical. Nesse mesmo ano, um estudo aleatório deu estatísticas alarmantes: cerca de 140 000 casos e uma taxa de prevalência de 50 por 10 000 habitantes. O tratamento pela dapsona principiou em 1955 quando o país introduziu um programa de luta moderno baseado em detecção de casos, educação sanitária e tratamento a domicílio. Em departamentos provinciais de luta contra a lepra foram postas em prática actividades. Com este sistema, foram eventualmente tratados perto de 80% dos casos detectados. Em 1971, a prevalência tinha baixado de 50 para 12,4 por 10 000 pessoas.

Quando o país revelou o seu Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para o período 1972-1976, produziu-se uma alteração importante. O plano exigiu o desmantelamento do programa vertical e a integração de actividades de luta contra



aos lares



a lepra nos serviços provinciais de cuidados primários de saúde. Forneceu-se formação apropriada, desenvolveram-se sistemas de informação e estabeleceram-se 10 centros regionais de luta contra a lepra para prestar orientação técnica e apoio.

Nos fins de 1976, estava terminada a integração parcial de serviços de luta contra a lepra em todas as províncias, excepto em seis delas grandemente endémicas onde se manteve o sistema vertical.

A cobertura atingiu 89% da população total.

A integração também originou outras vantagens. Evitando suspeitas e estigma levantados por consultas em postos especiais, encorajou os pacientes a procurar tratamento numa fase inicial. Como também permitia o tratamento dos pacientes mais perto dos seus lares, facilitava a continuidade do tratamento. Além disso, como as actividades de luta contra a lepra em serviços gerais de saúde estão menos dependentes de doadores, são para os governos mais fáceis de manter.

De acordo com as recomendações da OMS, a terapia multimedicamentosa foi introduzida em 1982, em grande parte devido à expansão da resistência à dapsona, e foi inicialmente limitada a três províncias hiperendémicas. O progresso era tão impressionante que o governo lançou uma campanha para alargar a cobertura a todo o país – processo que foi muitíssimo facilitado pela infraestrutura de conjunto. As espectaculares taxas de cura e a redução drástica na duração do tratamento originaram um outro bônus: as práticas de registo, dispendiosas e demoradas podiam ser muito simplificadas.





Em 1989, a terapia multimedamentosa tinha substituído completamente a terapia por dapsona.

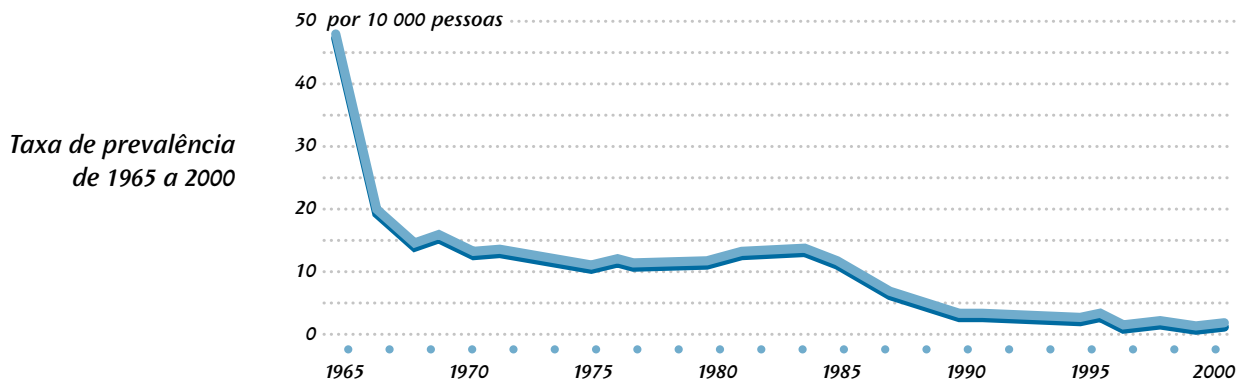
O declínio no número de casos acelerou-se. A lepra estava claramente a recuar. O governo acelerou a sua campanha para derrotar a doença e atenuar ainda mais o estigma que impedia as vítimas de procurar tratamento antes de ser demasiado tarde. O muito venerado rei da Tailândia, Bhumibol Adulyadej, estabeleceu uma fundação para lutar contra a lepra e pediu ao povo para não tratar as vítimas como párias. Em 1995, a prevalência da lepra tinha sido reduzida de 50 por 10 000 pessoas em meados do século, a menos de 1 por 10 000. A Tailândia tinha atingido o objectivo de eliminação da lepra como problema de saúde pública.

Embora o apoio de organizações não-governamentais tenha desempenhado um papel importante neste êxito, os factores decisivos foram a orientação técnica precisa da OMS e a forte determinação do governo, o que mostrou perseverança no controlo de novos problemas com soluções à escala da população. Como em muitos países em desenvolvimento, a lepra cobrou um pesado tributo económico à Tailândia devido aos custos associados a deficiências permanentes e progressivas, perda de força de trabalho productiva, e extrema miséria social e económica que era tantas vezes o destino de pacientes e suas famílias.

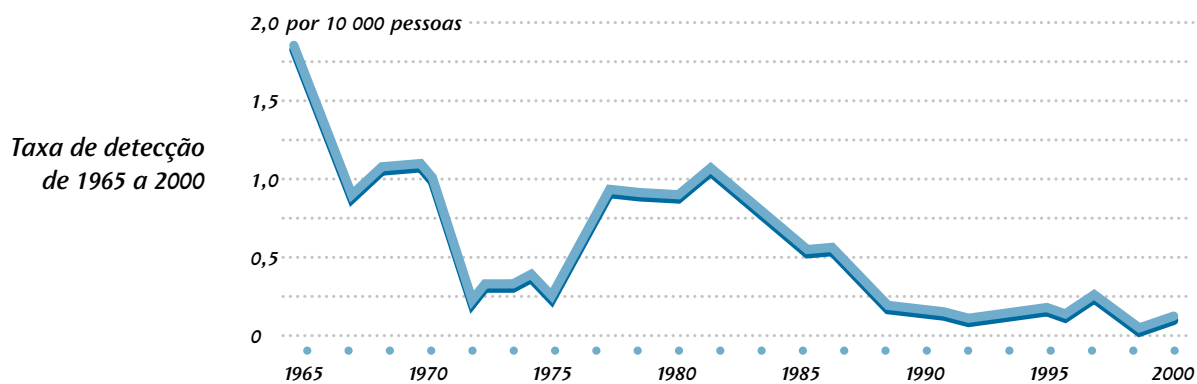
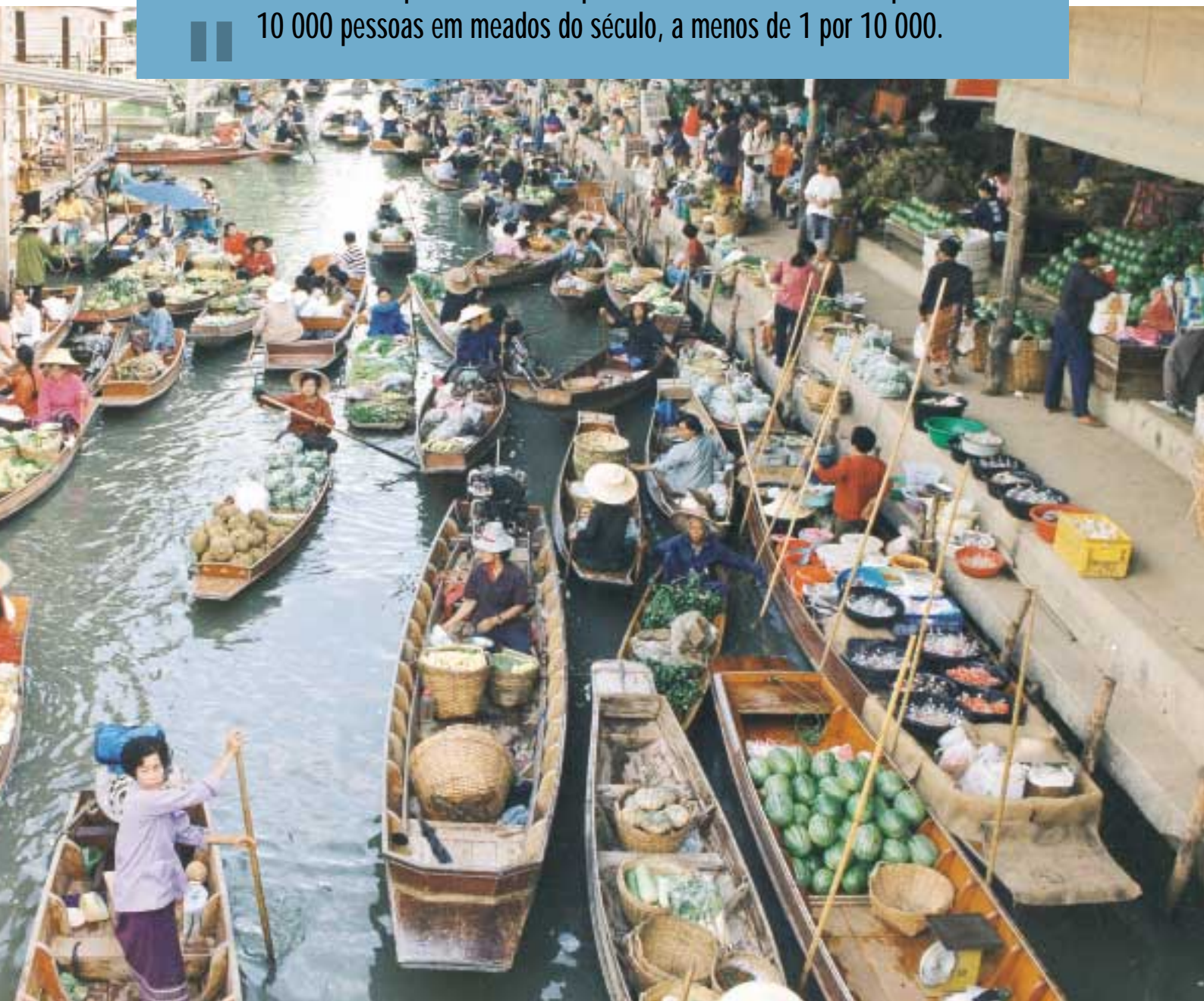
Um dos grandes princípios da fé budista é a compaixão e misericórdia por quem é menos afortunado. Na Tailândia, onde o firme empenho do governo era apoiado por ONG dedicadas, a compaixão e a misericórdia triunfaram e baniram esta "doença de rejeito social", não para um sanatório, mas para o passado.

A introdução da terapia multimedamentosa em 1982 foi enormemente facilitada pela infra-estrutura de conjunto. Em 1995, a prevalência da lepra tinha sido reduzida de 50 por 10 000 pessoas em meados do século, a menos de 1 por 10 000.

A introdução a terapia multimedamentosa em **1982** foi enormemente facilitada pela infra-estrutura de conjunto.



Em 1995, a prevalência da lepra tinha sido reduzida de 50 por 10 000 pessoas em meados do século, a menos de 1 por 10 000.



Formação e gestão



A história da eliminação da lepra no Burkina Fasso, um dos mais pobres países do mundo, mostra que a doença pode ser derrotada apesar da pobreza, das altas taxas de analfabetismo, duma economia frágil, dum terreno propenso a secas e duma população que emigra para países vizinhos à procura de trabalho temporário. Em 1965, o país atingiu o número máximo de casos quando foram registados 140 000 pacientes. Durante duas décadas, a luta apoiou-se na monoterapia pela dapsona com todas as suas imperfeições.

Com o aparecimento da terapia multimedicamentosa, o governo pediu à OMS orientação sobre a melhor maneira de levar até à população os benefícios deste novo e espectacular meio de tratamento. Neste país rural, os provérbios são muito conhecidos e uma amostra de tal sabedoria popular dava um conselho muito apropriado para a luta contra a lepra: "Não verifique a profundidade de um rio com os dois pés". Em 1983, o Burkina Fasso introduziu a terapia multimedicamentosa numa base piloto, verificando a capacidade dos serviços e do pessoal de saúde para satisfazer a estratégia da OMS de detecção precoce de casos e cura completa dos pacientes. O rio mostrou ser tão baixo e fácil de atravessar que as actividades nacionais de luta contra a lepra partiram nos dois pés – a correr.

Orientado pelas recomendações técnicas da OMS e apoiado por organizações não-governamentais dedicadas, o governo elaborou um plano para alargar a cobertura por terapia multimedicamentosa



adequadas

a toda a população. O plano também incluía medidas precisas para assegurar a formação, vigilância e controlo adequados do pessoal, a disponibilidade e funcionamento correcto dos serviços de apoio laboratorial necessários, e o acesso rápido e distribuição correcta dos medicamentos. Como o país nunca pôde ter detecção activa de casos, era preciso atrair os pacientes para os centros de saúde com a perspectiva de cuidados de primeira classe.

O país lançou um programa de luta contra a lepra bem organizado e determinado, caracterizado por uma estratégia de formação, vigilância, recolha de dados e notificação que levou até às províncias e depois às zonas periféricas práticas aceites a nível central. Os trabalhadores de saúde foram localmente preparados para diagnóstico e tratamento. Técnicos de laboratório, formados a nível central e controlados por especialistas, tornaram-se peritos em confirmação de diagnóstico e controlo da reacção ao tratamento.

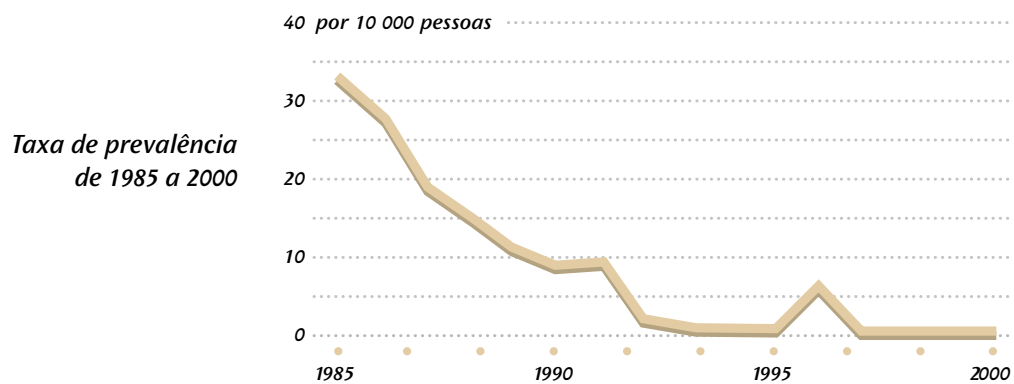
O programa nacional controlava o trabalho a nível provincial todos os 6 meses; inspectores dos serviços provinciais verificavam o trabalho em zonas periféricas todos os 1-3 meses. Os dados relativos aos casos registados e aos resultados eram compilados mensalmente a nível periférico e depois comunicados aos serviços provinciais. Trimestralmente era enviado ao nível nacional um comunicado recapitulativo.

Esta estrutura descentralizada foi ulteriormente reforçada em 1990, quando o programa nacional nomeou directores sanitários para cada província e proporcionou formação sobre a elaboração de um plano de acção provincial. Uma formação cuidadosa permitiu a descentralização da autoridade para o nível provincial, onde os





O nível registado em 1994 tinha sido mantido e o Burkina Fasso juntou-se aos países que tinham atingido o objectivo de eliminação da lepra.





directores sanitários ficaram totalmente responsáveis pela análise da situação, estabelecimento de prioridades, planeamento e gestão do orçamento. Um resultado inesperado deste "poder" provincial foi a competição que surgiu entre directores que lutavam por se ultrapassar uns aos outros com o melhor plano para gestão eficiente e bons resultados.

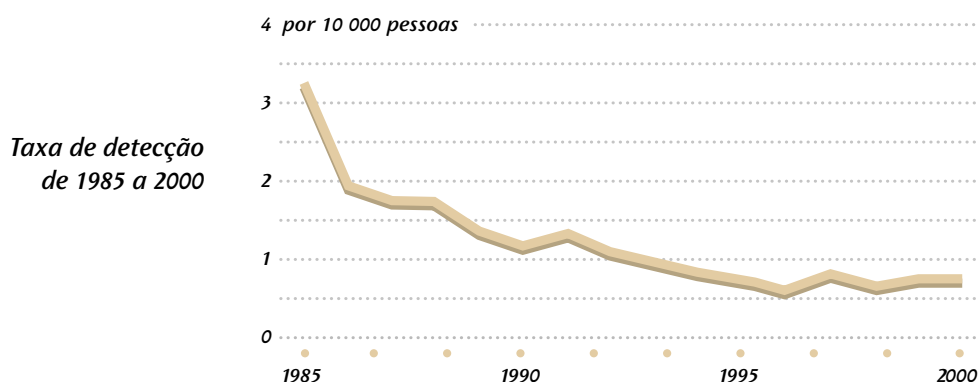
A estrutura era notavelmente eficaz.

A cobertura com terapia multimedicamentosa aumentou imenso. Em 11 anos unicamente, a taxa de prevalência caiu de mais de 40 por 10 000 pessoas em 1983 a menos de 1 por 10 000 em 1994. Em 1991, o país atingiu outra meta: o sistema de notificação cuidadosamente mantido revelou que 100% de todos os pacientes registados estavam a receber tratamento moderno. Mas ainda mais importante era o facto que o número de novos casos detectados tinha diminuído de 3 por 10 000 pessoas em 1985 a menos de 1 por 10 000 em 1993, dando provas da infecção estar a retroceder.



Em 1997, a taxa de prevalência desceu para 0,76 por 10 000. O nível registado em 1994 tinha sido mantido e o Burkina Fasso juntou-se aos países que tinham atingido o objectivo de eliminação da lepra. Embora seja preciso uma vigilância constante para manter a cobertura geográfica, os serviços de saúde nacionais têm a sorte de possuir pessoal bem formado e motivado, orgulhoso de ter conseguido tantos êxitos num contexto onde normalmente os recursos são tão poucos. Nesta fase final de vigilância, a sabedoria popular do Burkina Fasso tem mais uma vez um conselho pertinente: "Quando cair, veja onde escorregou, não onde caiu". É possível que tal mentalidade possa explicar por que razão, na sua determinação de derrotar a lepra, um dos países mais pobres do mundo nunca cambaleou durante muito tempo – tanto a nível de planeamento central como de desempenho dos trabalhadores de saúde locais.

O nível registado em 1994 tinha sido mantido e o Burkina Fasso juntou-se aos países que tinham atingido o objectivo de eliminação da lepra.



Uma estratégia forte consegue êxito apesar da agitação



Em 1961, o Togo tinha registado mais de 31 000 casos de lepra, o que tornava a doença um dos mais importantes problemas de saúde pública do país. Em 1967, iniciou-se um esforço determinado para combater a lepra quando foram introduzidas com rigor actividades de controlo de casos baseadas em monoterapia por dapsona. Equipas móveis equipadas de bicicletas e motorizadas quadrilharam o país à procura de casos, levando os medicamentos praticamente às casas dos pacientes. O programa teve um êxito notável. Durante a era da dapsona, foram detectados e tratados mais de 26 500 casos, e muitos deles ficaram curados.

Quando surgiu a grande promessa representada pela terapia multimedicamentosa, o país tinha uma boa base para se apoiar. Além do êxito obtido com a dapsona e o conhecimento crescente nas comunidades de que a lepra podia ser tratada e curada, o Togo tinha uma excelente infra-estrutura para a introdução de terapia multimedicamentosa nos serviços gerais de saúde. A população tinha a sorte de ter serviços de saúde de acesso relativamente fácil, e pessoal qualificado em todo o país.



política

A densa rede de serviços laboratoriais do Togo era a inveja da África Ocidental. Podia-se confiar na rede para fornecer diagnóstico e apoio de controlo, evitando assim grandes esperas para início de tratamento, maiores períodos de contágio, e grandes deslocações para os pacientes. Desde o início, o objectivo do país era a integração total nos serviços de saúde gerais.

Em 1986, a OMS publicou directrizes para ajudar os países africanos a fazer a transição de terapia por dapsona para terapia multimedicamentosa. Das escolhas estratégicas propostas, o Togo escolheu uma abordagem que combinava a competência de um grupo central de especialistas da lepra com o apoio de gestão de um pequeno exército de "inspectores" e "controladores" especialmente formados e escolhidos entre profissionais de enfermagem. Atribuindo funções de vigilância e administração a pessoal paramédico, o país esperava compensar algumas das despesas incorridas pelo fornecimento de três medicamentos em vez de um só. O facto da lepra ser facilmente diagnosticada depois de um mínimo de treino, e tratada facilmente e com segurança com medicamentos modernos, reforçou esta confiança em pessoal não-especializado.

As actividades de luta contra a lepra foram organizadas a três níveis.

No nível superior, o programa nacional era chefiado por um médico responsável da lepra e da tuberculose. O pessoal de enfermagem recebeu responsabilidades de gestão tanto a nível intermediário (encaminhamento) como a nível distrital. O país estava pronto a se lançar, embora ao princípio com cautela.





Tal como observou um responsável, a terapia multimedamentosa não deve ser considerada como uma espécie de combóio rápido que atravessa o país espalhando medicamentos. Para garantir viabilidade, a introdução deve ser gradual, acompanhada de experiências cuidadosamente controladas e estratégias bem afinadas.

Em 1986, o Togo introduziu a terapia multimedamentosa como um projecto piloto.

Em 1986, o Togo introduziu a terapia multimedamentosa como um projecto piloto na cidade portuária de Lomé, capital do país. Os magníficos resultados deram confiança à viabilidade da estratégia.

Foi lançado um plano de quatro anos de expansão progressiva, com o objectivo de cobertura nacional total. Em 1990, as taxas de prevalência que tinham chegado a 50 por 10 000 em 1978, tinham caído para menos de 3 por 10 000. Funcionários superiores do governo disseram cautelosamente haver "um raio de esperança" do Togo poder atingir a eliminação total. Elaborou-se um plano nacional acelerado para procurar resolver fraquezas nas áreas de formação, práticas de registo, educação sanitária em comunidades, e atingir as zonas montanhosas mais remotas do país.

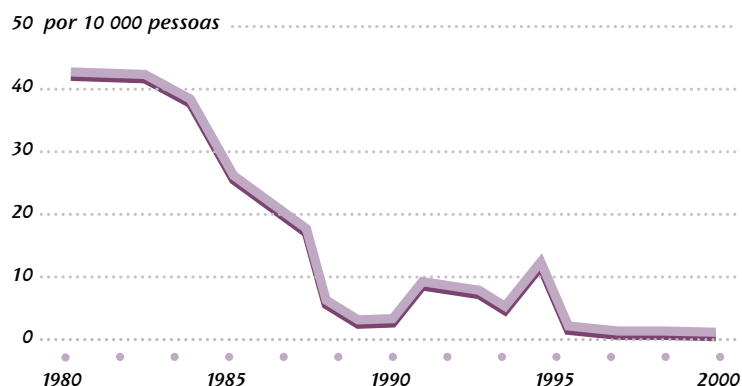
Então, em 1991, os planos para luta acelerada foram postos à prova quando o país entrou num período de agitação política que duraria até 1994. Durante mais de um ano, a coordenação do nível central para os níveis periféricos não funcionou correctamente. O resultado foi as taxas de cura começarem a descer enquanto as de prevalência aumentavam chegando ao ponto alarmante de 10 por 10 000 em 1994.

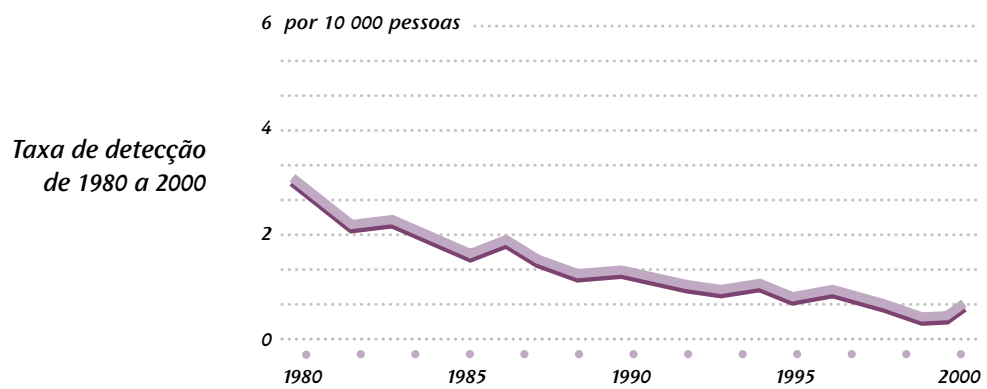
Felizmente, tanto a estratégia como a infra-estrutura de luta mostraram ser extremamente vigorosas e resistentes. A detecção passiva de casos, verificada pelo pessoal de enfermagem, continuou sem interrupção como se não prestasse atenção à situação política. A taxa dos novos casos diminuiu, dando esperanças de esgotamento da fonte de infecção. Apesar dos contratemplos, o país atingiu o seu objectivo de cobertura nacional total em 1994. A luta do Togo contra a lepra – fortalecida por uma estratégia robusta, pessoal empenhado, e o simples valor do êxito – estava tão firmemente enraizada que resistiu às turbulências. Foi com orgulho perfeitamente justificado que, em 1997, o país pôde anunciar a eliminação da lepra como um problema de saúde pública.

Felizmente, tanto a estratégia como a infra-estrutura de luta mostraram ser extremamente vigorosas e resistentes.



Taxa de prevalência de 1980 a 2000





Alterar atitudes profissionais e



“Exceptuando o Brasil, a Venezuela tem uma das mais altas taxas de morbidade por lepra. É também o país, na América Central e do Sul, com o programa de luta contra a lepra melhor organizado e mais eficiente.”

É desta maneira que se considerava a situação da lepra na Venezuela em 1985, quando uma agência doadora americana iniciou discussões com o governo sobre planos para introdução da terapia multimedicamentosa. Com uma história iniciada em 1946, o programa nacional de luta contra a lepra era bem estruturado e eficiente com quatro pilares fortes: eficiente detecção de casos, educação sanitária destinada a famílias e comunidades, um sistema uniformizado de registo de dados e comunicação mensal, e capacidade técnica e de formação especializada.

Durante a época da dapsona, o país apoiou-se num programa vertical para atingir uma grande cobertura em termos geográficos e resultados impressionantes. Detecção rigorosa de casos por médicos e pessoal paramédico, exame sistemático dos contactos familiares, detecção na população em zonas muito endémicas e controlo eficiente do tratamento, tudo isto combinado teve um impacto impressionante na transmissão. Mas o tratamento com a dapsona era para toda a vida, e o número de pacientes que recebiam monoterapia nunca diminuía.

Quando em 1981, a OMS introduziu a terapia multimedicamentosa, o governo foi rápido a compreender os benefícios prometidos



populares

por tal progresso e a desejar poder aproveitar. Há muito tempo que a lepra era um grave problema na Venezuela. Nessa altura, a prevalência era de 10 por 10 000 e mesmo maior em muitas partes do país. A morbilidade e deficiência resultantes imponham graves dificuldades económicas. A Venezuela principiou a planear a introdução da terapia multimedicamentosa o mais rapidamente possível.

Foi elaborado um plano em três partes.

O primeiro objectivo era dirigir de novo os esforços para o tratamento do maior número possível de pacientes. Como a terapia multimedicamentosa curava tão rápida e completamente, uma abordagem deste tipo permitiria o tratamento e cura de mais pacientes do que jamais teria sido possível com a monoterapia. Também prometia parar o alastramento da resistência à dapsona que se tinha tornado um problema grave.

O segundo objectivo da estratégia era a detecção mais precoce de casos. Encontrando mais casos e tratando-os mais cedo, o país esperava interromper a cadeia de transmissão e assim fazer baixar a incidência e prevalência a um nível que permitisse a integração das actividades de luta contra a lepra com outros serviços de saúde. A detecção precoce e a cura rápida também reduziriam imenso o desenvolvimento de deficiências. Por último, a estratégia reconheceu a importância de melhorar a educação sanitária da população para reduzir o estigma da lepra, espalhar a notícia que tinha passado a ser mais outra doença curável e assim encorajar a notificação espontânea numa fase inicial.





O objectivo da eliminação foi atingido em

1997

fornecendo assim um padrão e um modelo prático...

Com todas estas vantagens à vista, era compreensível que o governo estivesse ansioso por ir para a frente. O tempo necessário para recrutar e treinar trabalhadores suficientes para levar a cabo um plano tão ambicioso revelou-se ser um problema. Imaginou-se então um plano para introduzir a nova terapia em 1985 de maneira progressiva com o objectivo de atingir cobertura total do país num espaço de quatro anos. Embora no início tenham surgido problemas logísticos e práticos não previstos, o plano foi introduzido progressivamente. A percentagem de todos os pacientes novos e registados recebendo terapia multimedicamentosa aumentou rapidamente para 80%. A boa prestação de tratamento e de cuidados a complicações relacionadas com a lepra resultou em níveis altos de satisfação entre os pacientes e uma imagem pública excelente.

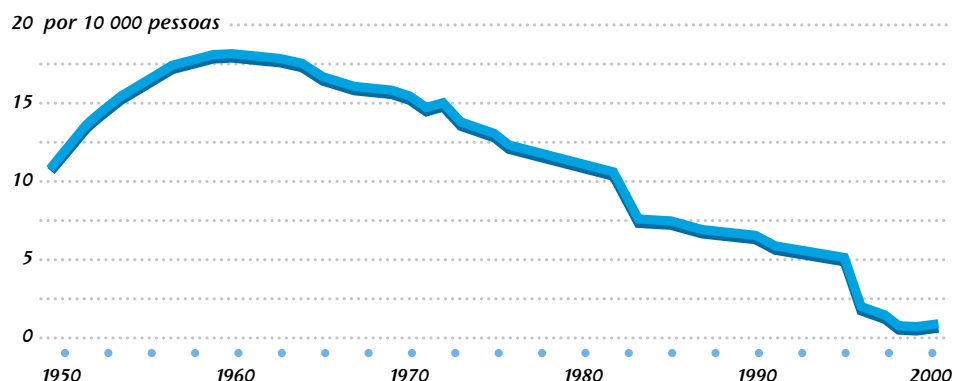
O que é irónico é o programa ter encontrado os seus principais obstáculos nas atitudes da profissão médica. Muitos médicos, habituados a tratar a lepra há décadas, continuavam cépticos em relação a esta nova terapia com os seus calendários de tratamento incrivelmente curtos. Num tal ambiente, o protocolo oficial exigiu que o controlo após o tratamento fosse de 5 a 10 anos. Daí resultou que os médicos hesitavam em dar por terminado o tratamento depois do tempo recomendado ou a tirar os nomes dos pacientes do registo oficial de casos. Embora tais práticas aumentassem artificialmente o número de casos registados, tiveram um efeito positivo. A Venezuela tinha sido sempre um modelo de luta contra a lepra bem organizada, e as suas experiências com terapia multimedicamentosa eram atentamente observadas por toda a América Latina. No fim de contas, os anos de controlo cuidadoso após o tratamento juntamente com o peso da experiência no terreno provaram que a lepra podia ser completamente curada numa questão de meses.

Embora, como era de esperar, o programa não tenha tido um impacto imediato sobre a prevalência, consolidou os mais desejáveis resultados a longo prazo. Os programas encurtados de tratamento da OMS foram eventualmente aceites e oficialmente introduzidos em 1995 quando as cómodas placas de medicamento (blister) também passaram a fazer parte do tratamento de rotina. Com estes dois impulsos, a Venezuela controlou rapidamente o seu enorme problema da lepra. O objectivo da eliminação foi atingido em 1997, fornecendo assim um padrão e um modelo prático a ser seguido por outros países da América Latina.

Com estes dois impulsos, a Venezuela controlou rapidamente o seu enorme problema da lepra. O objectivo da eliminação foi atingido em 1997.

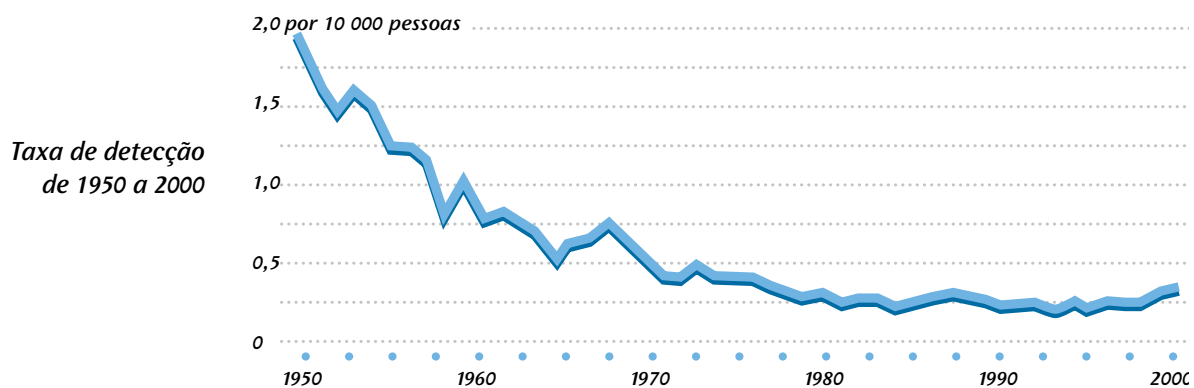


Taxa de prevalência de 1950 a 2000





■ ■ Com estes dois impulsos, a Venezuela controlou rapidamente o seu enorme problema da lepra. O objectivo da eliminação foi atingido em 1997. ■ ■



Atingir os últimos redutos de casos



O Vietname é um país de vales verdejantes, planícies de delta, terras altas longínquas – e uma história de lepra desde pelo menos o século VI. Como no resto do mundo, o tempo viu pacientes universalmente temidos e evitados, algumas vezes banidos para selvas infestadas de tigres, outras vezes metidos em palhoças e queimados, mais tarde exilados para pequenas ilhas ou isolados nas numerosas leprosas do país.

Quando a detecção de casos começou a sério nos inícios dos anos 1950, estudos realizados produziram resultados surpreendentes. Em algumas aldeias e tribos de montanha, 30% da população sofria de lepra. Em 1960, estudos realizados nas terras altas descobriram taxas de prevalência muito próximas de 1 000 por 10 000 – um dos maiores fardos de lepra do mundo. Em 1978, uma equipa de investigação calculou em cerca de 200 000 o número de casos no país, com uma prevalência global de cerca de 40 por 10 000. O Vietname tinha claramente um problema de lepra muito grave.

Quando o aparecimento de medicamentos modernos abriu perspectivas de tratamento e cura, o país lançou-se para a frente com vantagens sobre vários pontos. A rede global de serviços de saúde do Vietname estava praticamente à medida para uma adaptação exacta à estratégia da OMS. O acesso a serviços de saúde básicos era quase universal.



escondidos

Muitas aldeias tinham um posto de saúde independente, funcionando com fundos provenientes da cooperativa agrícola local. Os serviços provinciais financiados a nível central estavam bem equipados e incluíam no pessoal um grupo de especialistas. O sistema de encaminhamento funcionava bem.

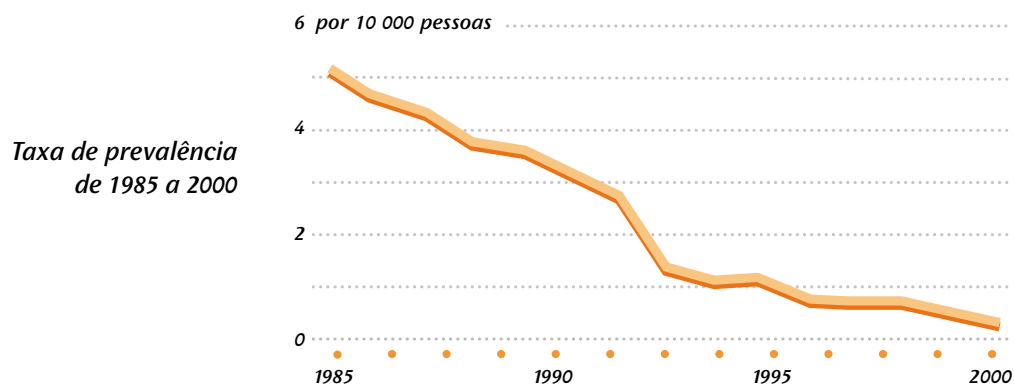
Como a transmissão de doenças infecciosas há muito que estava ligada a higiene e saneamento fracos, o fornecimento de instalações sanitárias e de água potável em abundância era outro extra distinto, tal como as casas de tijolos que tinham grandemente substituído as cabanas tradicionais. Graças a estes pontos fortes podia-se esperar que, se a lepra pudesse ser empurrada para um nível inferior ao nível de prevalência para eliminação, a doença desapareceria gradualmente tal como tinha acontecido na maior parte do mundo industrializado. Mas talvez ainda mais importante foi o êxito de um programa de educação sanitária, contínuo e global, com o resultado que, nos inícios dos anos 1980, a discriminação de que sofriam os leprosos e as suas famílias tinha praticamente desaparecido em muitas aldeias, dando a possibilidade de tratamento em casa a pacientes previamente isolados nas 27 leprosarias do país.

Em 1981, com todas estas vantagens no seu lado, o governo fez um esforço determinado para terminar com o problema da lepra. A terapia multimedicamentosa foi introduzida no ano seguinte, e depois gradualmente mas sistematicamente alargada até atingir a cobertura total da população. Realizaram-se exames de detecção de massa atingindo cerca 100% da população para melhorar





As feridas sociais causadas por séculos de estigma e discriminação estão também quase cicatrizadas.





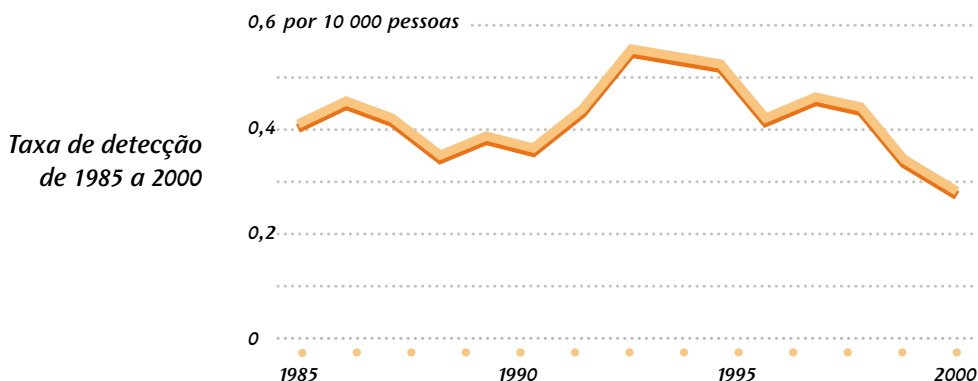
a detecção de casos na fase mais precoce possível. Introduziram-se protocolos de tratamento simples mas uniformizados. Enquanto especialistas vindos de serviços distritais ou provinciais se ocupavam do diagnóstico, o pessoal de saúde nas aldeias assumia responsabilidade pela educação sanitária, encaminhamento de casos suspeitos, aviação de medicamentos e controlo de pacientes. Para manter uma qualidade de serviços de luta contra a lepra consistentemente alta, todos os médicos dos níveis provincial, distrital e de aldeia receberam uma semana de formação ou cursos de formação contínua todos os dois anos.

Embora o esforço para eliminar a lepra no Vietname parecesse ter todas as possibilidades de êxito, os responsáveis sabiam desde o início que, em última análise, a vitória dependeria da possibilidade de atingir os redutos profundos da doença escondidos nas terras altas. Em tais zonas as estradas eram más ou inexistentes, o acesso era extremamente difícil, e o governo não tinha fundos para comprar os veículos e o combustível necessários. Como não era possível aplicar o controlo activo e a detecção de casos, que tinham dado tão bons resultados no resto do país, o programa intensificou as suas actividades de educação sanitária atingindo as montanhas com mensagens e anúncios lançados pela rádio e pela televisão. A autonotificação aumentou consideravelmente.

As taxas de prevalência, que tenham diminuído regularmente nos fins dos anos 1980, principiaram a cair passando de 1,64 por 10 000 em 1991 a 0,69 em 1995 quando o Vietname atingiu uma cobertura de 100% com a terapia multimedicamentosa. Um país que tinha tido uma prevalência nacional superior a 40 casos em 10 000 pessoas, com redutos dificilmente acessíveis e albergando alguns dos mais pesados fardos de doença do mundo, tinha atingido o seu objectivo de eliminação da lepra como problema de saúde pública.

O declínio persistiu, diminuindo até um reduzido 0,26 por 10.000 em 1999. Tal como a estratégia da OMS tinha antecipado, a lepra estava a desaparecer do Vietname, estava prestes a desaparecer definitivamente. As feridas sociais causadas por séculos de estigma e discriminação estão também quase cicatrizadas. Nos inícios do ano 2000, uma equipa de controlo em visita às províncias do norte encontrou pacientes curados completamente aceites pelas comunidades, visitados em casa por vizinhos e amigos, compartilhando alimentos e bebidas, medo e estigma ausentes. As feridas sociais causadas por séculos de estigma e discriminação estão também quase cicatrizadas.

O declínio persistiu, diminuindo até um reduzido 0,26 por 10 000 em 1999.



Transformando as leprosarias



Os abrigos primitivos aumentaram com o decorrer dos anos, tornando-se grandes centros onde grupos de voluntários provenientes de muitas religiões prestavam cuidados e reabilitação. Quando a monoterapia por dapsona foi introduzida na segunda metade do século XX, o Benim era muito semelhante aos outros países da África Ocidental tanto em relação à importância do seu problema da lepra como às abordagens utilizadas para lutar contra a doença. Nos princípios dos anos 1960, o país tinha cerca de 38.000 casos registados, calculando-se que o verdadeiro valor deveria ser muito superior a 40.000. Tal como nos países vizinhos, a detecção de casos e a distribuição de medicamentos eram feitas por equipas móveis polivalentes, treinadas para tratar várias doenças endémicas ao mesmo tempo. Como noutras partes, o aparecimento e alastramento da resistência à dapsona destruiu as esperanças de conseguir controlar a doença.

🌀 Havia, contudo, uma diferença importante.

O Benim, pequeno país com uma população de pouco mais de 6 milhões, tinha 20 leprosarias – uma indicação do estigma especialmente grave ligado à doença. Embora todas as sociedades e religiões do mundo tenham receado e fugido da lepra, esta tinha um lugar especial na cultura tradicional dos muitos grupos étnicos do Benim, herdeiro do poderoso império Dahomey que tinha costumes religiosos tradicionais fortes.



Os abrigos primitivos aumentaram com o decorrer dos anos, tornando-se grandes centros onde grupos de voluntários provenientes de muitas religiões prestavam cuidados e reabilitação.

Nesta tradição secular de ritos e rituais, a lepra personificava o diabo. Nas comunidades Adja do sudoeste do Benim, era considerada uma maldição das forças mais obscuras da natureza. Nas comunidades Fon do antigo reino de Abomey, a lepra era um sinal de punição de antepassados venerados que tinham ficado furiosos com a quebra de um costume muito antigo. A exclusão destes ofensores sociais e religiosos era implacável. As vítimas não tinham autorização para participar em cerimónias religiosas e eram banidas para as florestas onde formavam comunidades isoladas. A compaixão era proibida. Os curandeiros tradicionais que tratassem de tais pacientes eram também banidos.

As leprosas do Benim foram na origem abrigos estabelecidos por religiosos cristãos que também introduziram as primeiras atitudes de compaixão e misericórdia para quem sofria. Com o decorrer do tempo, estes abrigos primitivos transformaram-se em grandes centros onde, tal como noutras partes do mundo, grupos de voluntários de muitas religiões prestavam cuidados e reabilitação.

Tal era a situação quando o Benim introduziu a terapia multimedicamentosa como um projecto piloto em 1987. Os resultados obtidos com o novo tratamento ultrapassaram as maiores esperanças, atingindo um taxa de comparência regular superior a 80% e uma taxa de cura próxima de 90%. As autoridades nacionais compreenderam rapidamente que, considerando a segurança, simplicidade, pouco tempo de tratamento e cura rápida, a terapia era perfeitamente indicada para ser fornecida no contexto dos serviços gerais de saúde, poupando assim despesas consideráveis e ao mesmo tempo assegurando que muitos pacientes podiam ser atingidos e tratados a domicílio.





Tal como o decorrer do tempo mostraria, os resultados espectaculares obtidos com a terapia multimedicamentosa mostraram ser suficientemente fortes para também alterar atitudes sociais.

A cobertura nacional completa, com integração total nos serviços gerais de saúde, tornou-se o objectivo do país agora transferido para a eliminação da lepra. Para orner o apoio essencial, o país começou a treinar pessoal de enfermagem especializado para tomar a responsabilidade pelo controlo de actividades de luta em províncias e distritos. Enquanto o treino para outras doenças endémicas se realizava no estrangeiro em cursos de três meses, o Benim conseguiu, devido ao facto das práticas utilizadas na terapia multimedicamentosa serem tão simples e fáceis, treinar no país e só num mês o seu próprio pessoal de enfermagem especializado em lepra. Uma vez este pessoal colocado, o projecto piloto inicial foi alargado progressiva e sistematicamente. Em 1993, a cobertura com terapia multimedicamentosa atingiu 100% da população do país. Foram organizadas campanhas de educação sanitária para encorajar a autonotificação, enquanto se fazia detecção em massa em aldeias e escolas num esforço crescente para encontrar mais casos mais precocemente.

A prevalência, que tinha sido de 1,80 por 10 000 em 1993, caiu para 1,10 em 1996, e depois para 0,88 em 1997 altura em que o Benim pôde declarar que a lepra tinha sido eliminada como problema de saúde pública. Este êxito foi um encorajamento para o moral do pessoal e uma fonte de motivação que continua a manter as actividades de luta nesta primeira fase de controlo.

Outro tempo e outro lugar: quando a leprosas localizada próximo da costa em Massachusetts (Estados Unidos) foi finalmente fechada em 1921, os edifícios foram dinamitados e queimados em cinzas. A ilha, considerada para sempre como imprópria para seres humanos saudáveis, foi declarada santuário para aves em 1942. No Benim, as leprosas tiveram um destino diferente. Enquanto as maiores em Ouidah, sendo as primeiras Abomey e Dassa-Zoumê, todas as 20 foram eventualmente atribuídas para lares de pessoas em fase final de vida, e completamente transformadas. As maiores, incluindo a de Abomey, funcionam agora como centros de formação nacionais para pessoal de saúde. As restantes servem a população em geral como centros primários de saúde, como uma espinha dorsal de serviços que atingem todas as províncias. As leprosas do Benim – antigamente abrigos para os excluídos da sociedade – são agora centros de cuidados para toda a gente.

A prevalência
caiu para

1,10

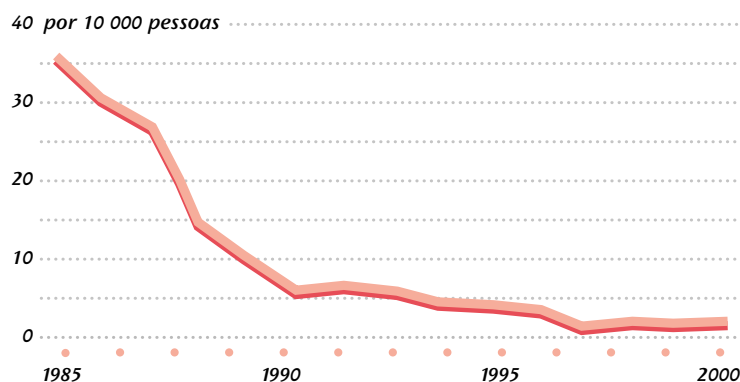
em 1996, e
depois para

0,88

em 1997.

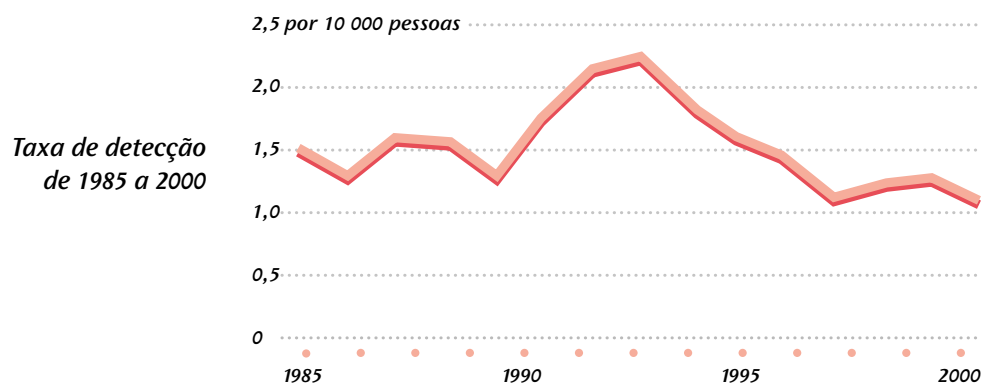


Taxa de prevalência
de 1985 a 2000





As leprosas do Benim – antigamente abrigos para os excluídos da sociedade – são agora centros de cuidados para toda a gente.



Conclusão

Especialistas em saúde pública desde sempre concordaram que progresso durável na melhoria da saúde humana não pode ter lugar sem que certos elementos essenciais estejam devidamente estabelecidos. Tais elementos incluem participação comunitária, capacidade para passar de áreas piloto a cobertura nacional, integração em serviços gerais de saúde, educação sanitária considerável, e apoio com uma tecnologia que seja segura, acessível, simples e eficaz. Melhor ainda, o problema de saúde deve ter atracção emocional e política suficiente para atrair o apoio de governos, doadores e grupos de voluntários.

Tal como estas experiências nacionais mostraram, a campanha para eliminação da lepra viu todos estes elementos estabelecidos e a funcionar bem. Também demonstrou ser possível provocar melhoramentos duráveis na saúde humana empurrando para o limite da extinção uma doença espalhada, devastadora e universalmente temida. Ao mesmo tempo, atingir o objectivo da eliminação da lepra conseguirá muito mais do que simplesmente resolver um problema de saúde pública. Em países onde o objectivo foi atingido, já reforçou a credibilidade e confiança dos serviços de saúde locais e estabeleceu sistemas que estão a ser utilizados para enfrentar outras doenças. Além disso, a lepra está estreitamente ligada com a pobreza e normalmente afecta adultos jovens, especialmente entre os mais pobres dos pobres. Uma estratégia de detecção e tratamento precoces não só faz parar a transmissão como também evita deficiências e assim detém a espiral descendente que leva à exclusão social e indigência que tantas vidas tem arruinado.

É evidente que a doença está a recuar. Em 1996, e pela primeira vez da história, o número total de casos de lepra registados no mundo caiu para menos de 1 milhão. Desde a introdução da terapia multimedicamentosa, foram curados cerca de 11 milhões de doentes. Evitaram-se deformidades em 2-3 milhões de pessoas. Até agora, a doença foi eliminada em 98 países pelo menos, e o fardo global que representa foi reduzido em mais de 87%.




Contudo, continuam a existir problemas. Alguns casos continuam a ser detectados numa fase tardia depois de surgirem deficiências irreversíveis. O estigma continua a ser um obstáculo importante, responsável muitas vezes pela relutância dos pacientes em procurar tratamento numa fase inicial. A lepra e as suas deficiências ainda estão presentes embora numa escala espectacularmente reduzida.


As perspectivas de progresso são boas.



A determinação da comunidade internacional continua a ser forte. O apoio generoso continua. E os países estão a responder com vigor, aperfeiçoando as estratégias de luta e atingindo mais pessoas com a mensagem salutar da lepra poder ser curada. Ao arsenal existente, juntaram-se anúncios na rádio, cartazes nas paragens de autocarro e desfiles de automóveis do governo. A lepra – causa de tanta miséria e angústia durante tantos anos – está entre a espada e a parede, à beira da derrota.

Com o aparecimento da terapia multimedicamentosa, a lepra deixou de ser um problema técnico ou médico complexo. E a sua eliminação não põe nenhum problema prático ou logístico impossível. As actividades de controlo estão perfeitamente indicadas para integração em serviços gerais de saúde. Com um mínimo de treino, a doença é facilmente diagnosticada com base nos sinais clínicos unicamente, sem necessidade de apoio laboratorial sofisticado e caro. Todos os trabalhadores de saúde podem ser treinados em práticas simples para diagnosticar a doença e receitar o tratamento adequado que agora é apresentado em cómodas placas (*blister*) com calendário que simplificam o tratamento e encorajam concordância total.

As recaídas são raras. Depois do tratamento terminado, praticamente nenhum paciente volta a ter a doença. Não se registou qualquer resistência do organismo responsável à combinação multimedicamentosa. Mais ainda, investigação intensiva realizada em países com um grande fardo de lepra e de VIH/SIDA não detectou qualquer relação entre as duas doenças.

 Em 1970,
calculava-se haver
no mundo
10 780 000
pacientes com lepra.

Em 1996, o número
total de casos de
lepra registados
desceu para menos
de 1 milhão pela
primeira vez. 

 É quase como se a lepra, enfraquecida pelo ataque preciso e eficaz
de medicamentos poderosos, tivesse finalmente consentido na sua
 própria destruição.



|| ...oito países com a maior prevalência da doença: Angola, Brasil, Guiné, Índia, Madagascar, Moçambique, Myanmar e Nepal. ||


A maior parte do fardo mundial da lepra está agora limitado aos oito países com a maior prevalência da doença: Angola, Brasil, Guiné, Índia, Madagascar, Moçambique, Myanmar e Nepal. Estes países precisarão de encontrar todas as pessoas sofrendo da doença e curá-las utilizando a terapia multimedicamentosa. Tal como as histórias recolhidas mostraram, a integração de actividades de luta contra a lepra nos serviços gerais de saúde será de importância vital, assim como os esforços destinados a reduzir o estigma desta doença e assim encorajar os pacientes com sinais reveladores a procurar tratamento oportuno.

Esforços deste tipo estão agora a ser feitos na Índia, país considerado por muitos como berço da lepra e seu último e mais importante reduto. Embora a expansão da terapia multimedicamentosa em alguns estados tenha sido lenta, a Índia está agora a perseguir o problema da lepra para se vingar. Desde os fins dos anos 1990, nos estados mais endémicos do país, realizaram-se grandes campanhas especiais, concentradas na detecção rigorosa de casos e tratamento e no treinamento de pessoal de saúde. Num desses estados, a campanha implicou exames de porta-a-porta atingindo quase 29 milhões de pessoas, identificando e registando para tratamento mais de 62 000 casos escondidos.

Em Janeiro de 2000, a Índia lançou o que pode muito bem ser a maior campanha de comunicação de massa jamais realizada com o objectivo de acelerar a eliminação da doença e contradizer mitos populares perigosos. Para atingir a vasta população do país, esta campanha completa utilizou anúncios na rádio e televisão, cinema, bandeiras, reuniões, cartazes em autocarros e rickshaws, e mensagens por autofalantes para atingir as multidões em ruas e mercados concorridos.

O resultado foi algumas comunidades estarem agora a usar o que pode ser considerado como o meio de diagnóstico mais eficaz em relação ao custo. A simples verificação da perda de sensibilidade – um sinal vermelho típico da doença – torna possível detectar mais casos na fase precoce quando é possível obter uma cura rápida e completa.

Como será conveniente juntar práticas de diagnóstico simples à poderosa terapia multimedicamentosa como a combinação vencedora que finalmente derrotará a lepra no seu último, mais populoso e ancestral reduto.

A young boy with a large, irregular white scar on his back, seen from behind, standing next to a traditional woven structure. The structure is made of vertical wooden poles and horizontal woven bands, with some red and black patterns. The background is dark.

Este documento reúne as experiências de sete países que eliminaram a lepra como problema de saúde pública, muitas vezes em condições muito difíceis. Embora cada país tivesse de enfrentar obstáculos diferentes, todos se apoiaram na estratégia de luta recomendada pela OMS que aconselha o uso da terapia multimedicamentosa apoiada por actividades de detecção de casos.

Consideradas em conjunto, estas experiências nacionais ilustram o poder decisivo do empenho e determinação para obter a vitória em circunstâncias radicalmente diferentes – e difíceis. Também proporcionam lições práticas para vencer obstáculos no último grupo de países onde a lepra precisa de ser vencida. Tal como o documento mostra claramente, o êxito total está próximo.

Grupo para Eliminação
da Lepra
Organização Mundial
da Saúde
CH-1211 Genebra 27 - Suíça

Internet : www.who.int/lep
Fax +(41) 22 791 48 50