

CONTROLE DA HANSENÍASE NUM SISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO DE SAÚDE

Jair Ferreira,¹ César Bernardi¹ e Antonio Gerbase¹

Apresenta-se a política sanitária no controle da hanseníase e mostram-se os resultados de seis anos de trabalho após a implantação do sistema de registro de doentes.

Introdução

Com uma área de 282 000 km² e uma população de 7 776 000 habitantes (Censo de 1980), o Rio Grande do Sul é o estado mais meridional do Brasil. Está situado fora da zona tropical, apresentando um clima entre subtropical e temperado, com verão quente (temperaturas máximas superiores a 35 °C) e inverno frio (mínimas inferiores a 0 °C, com geadas freqüentes e, ocasionalmente, precipitação de neve nas regiões mais elevadas).

Desde 1964, o controle da hanseníase foi delegado à Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, iniciando-se então a horizontalização do programa. Atualmente o atendimento dos hansenianos e seus contatos é realizado pela rede de cerca de 400 unidades sanitárias da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, que cobre os 232 municípios do estado. Os 232 municípios estão divididos em 16 regionais. Para cada duas regionais, há um médico supervisor dos programas de der-

matologia sanitária que dá apoio técnico aos médicos das unidades locais, em sua grande maioria médicos generalistas. Vinte e duas unidades sanitárias possuem médico especialista em dermatologia.

O nível central está representado no programa pela equipe de dermatologia sanitária, que elabora as normas técnicas e centraliza toda a informação proveniente das unidades locais. Desde 1975, o registro dos doentes e contatos é feito através de um arquivo nominal de computador, que não só dá maior agilidade à administração do programa como também fornece todas as tabelas de interesse para os estudos epidemiológicos.

Atualmente, são utilizados no tratamento dos doentes os seguintes esquemas de primeira linha:

- *Formas V e D:* Três primeiros meses de tratamento: rifampicina, 600 mg ao dia, ingeridos em jejum, associados a 100 mg ao dia de sulfona. A partir do quarto mês: 100 mg ao dia de sulfona por tempo indeterminado.

- *Formas I e T:* 100 mg ao dia de sulfona, durante três a cinco anos. Os pacientes com reação de Mitsuda positiva recebem

¹ Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, Equipe de Dermatologia Sanitária, Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

FIGURA 1—Prevalência de hanseníase no estado do Rio Grande do Sul.



alta por cura ao fim do tratamento. Os pacientes da forma I com reação Mitsuda negativa após o tratamento são mantidos sob controle anual por tempo indeterminado.

• Nas reações hansênicas tipo eritema nodoso, a droga de escolha é a talidomida.

Situação atual

Em 31 de dezembro de 1980, havia 3 265 casos de hanseníase em registro ativo no Rio Grande do Sul, o que corresponde a uma prevalência de 0,42/1 000 habitantes. Esse é um coeficiente de prevalência inferior ao do Brasil como um todo (1,3 casos por 1 000 habitantes). Segundo a classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde, o Rio Grande do Sul é área de média endemicidade (coeficiente de prevalência entre 0,2 e 1,0 por 1 000 habitantes). (Figura 1.)

No presente trabalho, será descrito o comportamento da moléstia nos últimos seis anos, período 1975-1980, que são os

melhor estudados, em razão de ter sido implantado em 1975 o sistema de registro por computador no estado, permitindo, a partir daquele ano, um processamento de dados mais ágil e mais amplo, com a obtenção de tabelas com os mais diferentes cruzamentos, dificilmente obtíveis por processos manuais. Os últimos dados extraídos por processos manuais correspondem à situação em 31 de dezembro de 1974, que figuram em algumas tabelas neste trabalho para efeito de comparação com os anos posteriores.

Incidência

No período 1975-1980 foram diagnosticados no Rio Grande do Sul 1 435 casos novos de hanseníase, com um coeficiente médio anual de incidência de 3,19 por 100 000 habitantes (tabela 1).

A incidência manteve-se mais ou menos estável nesses seis anos, pois o número de casos levemente superior observado em

TABELA 1—Incidência da hanseníase, Rio Grande do Sul, 1975-1980.

| Ano | Casos novos diagnosticados | Coefficiente de incidência por 100 000 h |
|-----------|----------------------------|--|
| 1975 | 235 | 3,25 |
| 1976 | 253 | 3,45 |
| 1977 | 268 | 3,60 |
| 1978 | 233 | 3,08 |
| 1979 | 222 | 2,90 |
| 1980 | 224 | 2,88 |
| Média | | |
| 1975-1980 | 239,17 | 3,19 |

1976 e 1977 deve-se não a um aumento real de novos diagnósticos, e sim à notificação atrasada de casos diagnosticados em anos anteriores por médicos privados, que mantinham esses doentes em tratamento em seus consultórios particulares, sem notificação. Graças a uma campanha de conscientização realizada pela equipe de dermatologia sanitária em 1976 e 1977, dezenas de notificações de médicos privados foram recebidas naqueles dois anos.

Além dos 1 435 casos mencionados, outros 174 foram incluídos no registro ativo no período 1975-1980, correspondendo a doentes que residiam em outros estados ou países e que transferiram residência para o Rio Grande do Sul, casos de recidiva da moléstia e outras reinclusões. O total de casos incluídos no registro ativo no período foi, portanto, de 1 609 (tabela 2).

Quanto à distribuição por forma clínica, predominaram as formas V e D com 813 casos (56,7% do total), seguidos da forma T, com 415 casos (28,9%), e da forma I, com 207 casos (14,4%).

Esse percentual de forma I é bastante inferior à média verificada no resto do Brasil (cerca de 30%). Isso se deve, entretanto, ao fato de ser o Rio Grande do Sul o único estado brasileiro onde é realizado sistematicamente exame histopatológico em todos os casos suspeitos de hanseníase. Entre os casos comunicados apenas com suspeita clínica de hanseníase, a proporção dos classificados

TABELA 2—Casos de hanseníase incluídos no registro ativo por forma clínica e por modo de descoberta, Rio Grande do Sul, 1975-1980.

| Modo de descoberta | Forma clínica | | | | Total |
|---------------------------|---------------|-----|-----|-----|-------|
| | V | D | T | I | |
| Notificação | 126 | 51 | 89 | 28 | 294 |
| Exame de contatos | 76 | 28 | 70 | 63 | 237 |
| Consultas | 312 | 96 | 210 | 92 | 710 |
| Outros meios | 28 | 5 | 14 | 8 | 55 |
| Não especificada | 69 | 22 | 32 | 16 | 139 |
| Subtotal (Casos novos) | 611 | 202 | 415 | 207 | 1 435 |
| Transferências | 63 | 16 | 44 | 17 | 140 |
| Recidivas | 26 | 3 | 2 | — | 31 |
| Outras reinclusões | 2 | — | 1 | — | 3 |
| Total | 702 | 221 | 462 | 224 | 1 609 |

como I foi de 30,8% no período (percentual semelhante ao verificado no resto do Brasil). O exame histopatológico, entretanto, reduziu esse percentual para 14,4%, quer por não ter sido confirmado o diagnóstico clínico de hanseníase, quer por ter revelado estrutura granulomatosa, indicando já haver o caso evoluído para as outras formas clínicas. Para o melhor entendimento da tabela 2, cumpre esclarecer que os critérios adotados para a classificação da doença são os seguintes:

Forma I. Áreas hipo ou anestésicas, acompanhadas ou não de hipocromia, alopecia e anidrose. Ausência de lesões em relevo, de espessamento de nervos e de lesões tróficas. Bacteriologia negativa. A reação de Mitsuda pode ser negativa, fracamente positiva, fortemente positiva ou com ulceração. Histopatologia: com infiltrado inflamatório crônico discreto, com ou sem bacilos, e ausência de lipídios.

Forma T. Placas anulares ou eritematoedematosas de limites nítidos, acompanhadas de anestesia. Pode haver espessamento de nervos regionais e lesões tróficas. Bacterioscopia negativa. Reação de Mitsuda com ulceração ou fortemente positiva. Histopatologia: granuloma tuberculóide, bacilos

difícilmente identificáveis, ausência de globias e lipídios.

Forma D. Lesões foveolares ou placas eritemato-edematosas ferruginosas de limites externos imprecisos. Pode haver espessamento de nervos e lesões tróficas. Bacterioscopia em geral positiva. Mitsuda negativa ou fracamente positiva. Histopatologia variável, abrangendo desde aspectos próximos do granuloma tuberculóide ao infiltrado virchowiano, podendo ser encontrados ou não bacilos álcool-ácido-resistentes; lipídios geralmente presentes.

Forma V. Infiltração difusa, manchas eritematosas, tubérculos e nódulos, placas infiltradas, madarose, espessamento de nervos e lesões tróficas. Anestesia difusa. Bacterioscopia positiva. Mitsuda negativa. Histopatologia: granuloma com células de Virchow, bacilos isolados ou em globias, presença de lipídios.

Observação: Os casos clinicamente compatíveis com forma I porém com presença de granuloma revelada pela histopatologia, são classificados como forma T, D ou V, de acordo com a histopatologia. Casos clínicos e histopatologicamente compatíveis com a forma T, mas com Mitsuda persistentemente negativa, são classificados como forma D.

TABELA 3—Casos novos de hanseníase e casos novos de formas V e D por sexo, Rio Grande do Sul, 1975-1980.

| Ano | Casos novos de hanseníase | | Casos novos, formas V e D | |
|-----------------|---------------------------|-----|---------------------------|-----|
| | Sexo | | Sexo | |
| | M | F | M | F |
| 1975 | 129 | 106 | 73 | 50 |
| 1976 | 129 | 124 | 72 | 58 |
| 1977 | 134 | 134 | 75 | 70 |
| 1978 | 112 | 121 | 66 | 68 |
| 1979 | 110 | 112 | 74 | 56 |
| 1980 | 111 | 113 | 77 | 74 |
| Total 1975-1980 | 725 | 710 | 437 | 376 |

Na distribuição de casos por sexo, nota-se uma incidência praticamente igual nos dois grupos, com 725 casos no sexo masculino e 710 no sexo feminino, tendo sido nos últimos três anos diagnosticado maior número de casos entre indivíduos do sexo feminino. Observe-se que a razão de masculinidade no estado é aproximadamente 1,0. No que diz respeito, porém, às formas contagiosas (V e D), há leve predominância de casos do sexo masculino, na proporção de 1,16/1 (tabela 3). Isso parece indicar que, embora o risco de adoecer seja aproxima-

TABELA 4—Casos novos de hanseníase, população estimada e coeficientes de incidência por grupo etário, Rio Grande do Sul, 1975-1980.

| Idade na ocasião do diagnóstico (em anos) | Casos novos de hanseníase período 1975-1980 | População estimada em 31-12-1977 | Coefficiente médio de incidência por 100 000 h |
|---|---|----------------------------------|--|
| 0 a 4 | 4 | 942 000 | 0,07 |
| 5 a 9 | 17 | 1 012 000 | 0,28 |
| 10 a 14 | 30 | 943 000 | 0,53 |
| 15 a 19 | 75 | 844 000 | 1,48 |
| 20 a 29 | 251 | 1 230 000 | 3,40 |
| 30 a 39 | 262 | 919 000 | 4,75 |
| 40 a 49 | 281 | 703 000 | 6,66 |
| 50 e mais | 508 | 911 000 | 9,42 |
| Total | 1 435 | 7 504 000 | 3,19 |

damente igual nos dois sexos, a proporção de indivíduos com resistência natural é maior entre as mulheres que entre os homens.

Na incidência por grupo etário nota-se nítida predominância de casos nas idades mais avançadas crescendo o risco de adoecer juntamente com a idade (tabela 4). Apenas 3,55% dos casos diagnosticados o foram em menores de 15 anos, o que parece confirmar que o Rio Grande do Sul não é área de alta endemicidade.

Prevalência

Depois que foram adotados os critérios de "alta estatística" no Estado, o coeficiente de prevalência caiu de 0,47 por 1 000 habitantes em 31 de dezembro de 1974 para 0,42 por 1 000 em 31 de dezembro de 1976. Essa queda deveu-se à eliminação do registro ativo nesses dois anos de grande número de doentes em paradeiro ignorado que, segundo a tábua de vida do estado do Rio Grande do Sul, eram provavelmente falecidos. A partir de 1976, a prevalência vem-se mantendo estável, com coeficiente inalterado de 0,42 por 1 000, o que indica que o número de doentes em registro ativo está aumentando na mesma proporção em que cresce a população do estado (tabela 5).

Dos 232 municípios do estado, 15 apresentam coeficientes de prevalência supe-

riores a 1,0 por 1 000 habitantes. Todos estão situados na metade norte do estado (figura 1) e correspondem, em sua maioria, a áreas de população de origem alemã e polonesa. Essas duas etnias são aparentemente mais acometidas pela moléstia que as populações de origem portuguesa, espanhola e africana. Isso poderia ser atribuído ao fato de serem esses indivíduos descendentes de imigrantes oriundos de áreas não endêmicas, e portanto, sem "resistência secular", enquanto que os negros e os brancos de origem ibérica descendem de habitantes de áreas endêmicas que, por seleção natural, eram em sua maioria resistentes à hanseníase.

Controle de doentes

Pelos critérios atuais adotados pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, são considerados como controlados os doentes nas seguintes condições:

a) os de forma I com Mitsuda negativa e os de formas V e D que foram reexaminados pelo menos uma vez nos últimos seis meses;

b) os de forma I com Mitsuda positiva e os de forma T que foram reexaminados pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

Desde 1975 vem-se observando-se gradual melhoria nos percentuais de controle em todo o estado, tendo-se atingido o índice de 83,5% em 31 de dezembro de 1980, destacando-se os de formas V e D, dos quais 85,7% estavam controlados naquela data (tabela 6).

Altas

Durante o período 1975-1980 foram retirados do registro ativo 1 655 doentes de hanseníase, o que significa um número ligeiramente maior do que o dos que foram nele incluídos no mesmo período (tabela 7).

TABELA 5—Prevalência da hanseníase, Rio Grande do Sul, 1974-1980.

| Ano | Casos em registro ativo em 31-12 de cada caso | Coeficiente de prevalência por 1 000 h |
|------|---|--|
| 1974 | 3 311 | 0,47 |
| 1975 | 3 115 | 0,43 |
| 1976 | 3 056 | 0,42 |
| 1977 | 3 096 | 0,42 |
| 1978 | 3 143 | 0,42 |
| 1979 | 3 195 | 0,42 |
| 1980 | 3 265 | 0,42 |

TABELA 6—Percentuais de controle de doentes de hanseníase segundo a forma clínica, Rio Grande do Sul, 1975-1980.

| Forma clínica | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| V + D | 77,6 | 81,9 | 80,9 | 84,5 | 85,6 | 85,7 |
| T | 68,0 | 74,2 | 76,1 | 75,7 | 75,7 | 77,1 |
| I | 66,9 | 68,3 | 70,3 | 74,3 | 76,0 | 76,6 |
| Total | 74,0 | 78,7 | 78,8 | 81,8 | 82,9 | 83,5 |

TABELA 7—Altas de doentes de hanseníase, por forma clínica e por motivo da alta, Rio Grande do Sul, 1975-1980.

| Motivo da alta | Forma clínica | | | | Total |
|---|---------------|----|-----|-----|-------|
| | V | D | T | I | |
| Cura | — | — | 459 | 185 | 644 |
| Óbito | 311 | 15 | 75 | 29 | 430 |
| Transferência para outro estado ou país | 144 | 10 | 40 | 26 | 220 |
| Estatística | 74 | 2 | 161 | 89 | 326 |
| Erro diagnóstico | 15 | — | 11 | 7 | 33 |
| Duplo cadastramento | 1 | — | — | 1 | 2 |
| Total | 545 | 27 | 746 | 337 | 1 655 |

Adota-se como norma técnica dar alta por cura aos pacientes da forma I com reação de Mitsuda positiva e tuberculóides branqueados após, no máximo, cinco anos de tratamento. Por essa razão, o número de altas por cura supera em muito o de óbitos (644 curas contra 430 óbitos), apesar de nunca serem concedidas altas por cura a doentes de forma I com Mitsuda negativa, nem a doentes de formas V e D.

No mesmo período 1975-1980 foram retirados do registro ativo 326 doentes por alta estatística. Estas altas correspondem a pacientes em paradeiro ignorado que se enquadraram em uma das seguintes situações:

- doentes que, de acordo com a tábua de vida do estado do Rio Grande do Sul, eram provavelmente falecidos, levando em consideração o tempo em que se encontra-

vam desaparecidos e a idade que tinham quando foram vistos pela última vez;

- doentes não incluíveis no item anterior, em paradeiro ignorado há mais de 20 anos, independentemente da forma clínica e da idade, e

- doentes da forma I com Mitsuda positiva e doentes da forma T não incluíveis nos dois itens anteriores, em paradeiro ignorado há mais de 10 anos, independentemente da idade.

A maior parte dessas altas estatísticas foi dada nos dois primeiros anos do período (1975-1976) uma vez que, até 1974, não se havia adotado nenhum critério para a retirada de doentes em paradeiro ignorado, dos quais havia grande acúmulo no registro ativo, alguns dos quais desaparecidos havia mais de 30 anos e com idades superiores a 110 anos.

Internamento de doentes

O controle dos doentes de hanseníase no Rio Grande do Sul é eminentemente ambulatorial. Quando o internamento compulsório dos doentes foi abolido por lei em todo o Brasil, em 1954, encontravam-se internados no único hospital-colônia do Estado (Hospital-Colônia Itapõa) cerca de 700 doentes. Esse número foi rapidamente reduzido à metade após a abolição do internamento compulsório. A partir de 1960, o número de internamentos estabilizou-se entre 340 e 350, situação que perdurou até dezembro de 1974, quando a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente adotou uma estratégia mais agressiva para a redução de pacientes de hanseníase internados. Para tanto, foi criada em Porto Alegre uma unidade de internamento de dermatologia sanitária, com 20 leitos, que entrou em funcionamento em março de 1975 e na qual passaram a ser internados, além de portadores de outras dermatoses, doentes de hanseníase com intercorrências agudas que necessitavam de cuidados de enfermagem

TABELA 8—Doentes de hanseníase em registro ativo e doentes com contatos cadastrados, por forma clínica, Rio Grande do Sul, 31 de dezembro de 1980.

| Forma clínica | Doentes | | |
|---------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| | Em registro ativo | Com contatos cadastrados | Cadastramento (%) |
| V + D | 2 438 | 1 894 | 77,7 |
| T | 503 | 338 | 67,3 |
| I | 325 | 222 | 68,3 |
| Total | 3 265 | 2 454 | 75,2 |

TABELA 9—Contatos cadastrados de doentes de hanseníase, doentes com contatos cadastrados e média de contatos por doentes, por forma clínica, Rio Grande do Sul, 31 de dezembro de 1980.

| Forma clínica | Contatos cadastrados | Doentes com contatos cadastrados | Média de contatos por doentes |
|---------------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| V + D | 4 881 | 1 894 | 2,58 |
| T | 1 242 | 338 | 3,67 |
| I | 513 | 222 | 2,31 |
| Total | 6 636 | 2 454 | 2,70 |

especializados. Além disso, iniciou-se uma campanha junto aos hospitais gerais da rede privada e previdenciária, para que concordassem em hospitalizar hansenianos com problemas clínicos ou cirúrgicos que demandassem cuidados permanentes de enfermagem. Disso resultou a elevação do número de hospitais gerais que passaram a aceitar o internamento de hansenianos de dois para 43. O Hospital-Colônia Itapõa ficou reservado apenas ao internamento de casos sociais, necessitados de asilo. Com isso, a média anual de casos de internamento, que fora de cerca de 50 até 1974, reduziu-se para 10 no período 1975-1980. Como a média de altas hospitalares, quer por óbito, quer por transferência para tratamento ambulatorial, manteve-se em torno de 30 por ano no período 1975-1980, o número de pacientes internados sofreu rápida redução, caindo de 343 (10,4% dos doentes em registro ativo) em 31 de dezembro de 1974 para 210 (6,4% dos doen-

tes em registro ativo) em 31 de dezembro de 1980. Face a essa redução, parte das instalações do Hospital-Colônia Itapõa foram cedidas para internamento de doentes mentais.

Controle de contatos

Em 1º de julho de 1977, foi dado início em todo o estado ao cadastramento geral dos contatos domiciliares dos doentes de hanseníase. Os dados pessoais desses contatos, inclusive nome e endereço, foram lançados em computador, o que facilitou a exclusão de todos os casos de duplo cadastramento de um mesmo indivíduo (situação que se verifica com frequência nos casos em que, em um mesmo domicílio, residem dois ou mais doentes de hanseníase).

Em 31 de dezembro de 1980, dos 3 265 doentes em registro ativo 2 454 (75,2%)

TABELA 10—Contatos conhecidos de doentes de hanseníase, contatos controlados e percentuais de controle, por forma clínica do caso índice, Rio Grande do Sul, 31 de dezembro de 1980.

| Forma clínica do caso índice | Contatos conhecidos | Contatos controlados | Controle em relação aos conhecidos (%) | Estimada de controle (%) |
|------------------------------|---------------------|----------------------|--|--------------------------|
| V + D | 4 881 | 1 337 | 27,4 | 21,3 |
| T | 1 242 | 215 | 17,3 | 11,6 |
| I | 513 | 102 | 19,9 | 13,6 |
| Total | 6 636 | 1 654 | 24,9 | 18,7 |

tenham seus contatos cadastrados (tabela 8). O total de contatos cadastrados era de 6 636, com uma média de 2,7 contatos por doente (tabela 9). Essa média é inferior à da composição familiar do Rio Grande do Sul (4,4 pessoas por domicílio, segundo o censo de 1980, o que daria 3,4 contatos por doente) por ser freqüente a ocorrência de mais de um caso de hanseníase num mesmo ambiente familiar, reduzindo consideravelmente a proporção contatos/doentes.

O número de contatos de doentes das formas V e D cadastrados até 31 de dezembro de 1980 era de 4 881. Desses, 1 337 (27,4%) achavam-se controlados, isto é, haviam sido examinados pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Considerando, entretanto, que apenas 77,7% dos doentes com V e D tinham seus contatos cadastrados nessa data, o percentual real de controle deve ser estimado em 21,3%, (27,4.77,7)/100 (tabela 10).

Resumo

Os autores apresentam a política atual adotada no estado de Rio Grande do Sul, Brasil, no controle da hanseníase e sua relação com o sistema de saúde existente, e mostram os resultados de seis anos de trabalho após a implantação do sistema de registro de doentes através de arquivo nominal de computador. É descrita a distribuição dos casos novos por forma clínica, sexo, grupo etário e coeficientes de incidência no período 1975-1980. Indicam-se as altas concedidas no período, a variação dos coeficientes de prevalência e os índices de controle de doentes e contatos. Juntamente com essa descrição, analisam-se os critérios de classificação, em especial da forma I, os critérios de concessão de alta, o efeito da "alta estatística" sobre o número de doentes registrados, e a política de internamento de doentes em hospitais-colônia. ■

Control de la lepra en un sistema integrado de atención de salud (Resumen)

Los autores presentan la política actual adoptada en el estado de Rio Grande del Sur, Brasil, sobre el control de la lepra y muestran también los resultados de seis años de trabajo posteriores a la implantación del registro de enfermos a través del archivo nominal de computadora. Se describe la distribución de los casos nuevos según forma clínica, sexo, grupos de edad y coeficientes de incidencia en el período 1975-1980. Se indican también las

altas concedidas en el período, una variación de los coeficientes de prevalencia y los índices de control de enfermos y contactos. Junto con esa descripción se analizan los criterios de clasificación, en especial de la forma I, los criterios de concesión de alta, el efecto de la "alta estadística" sobre el número de enfermos registrados y una política de internación de pacientes en hospitales-colonias.

Leprosy control within an integrated care system (Summary)

The authors present the current policy adopted in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, to control leprosy and its relation to the existing health system. They also present the results of six years of work following the

establishment of a computerized nominal file for registering patients. The distribution of new cases is described by clinical type, sex, age group and incidence rates for the period from 1975 to 1980. Cases declared cured during this

period, variations in the prevalence rates, and control indexes for patients and contacts are also indicated. Together with this description, classification criteria, particularly for type I, are analyzed, as are criteria for declaring a

case cured, the effect of cases "statistically cured" on the number of patients registered and a policy for placing patients in colony-hospitals.

Contrôle de la lèpre dans un système intégré de services de santé (Résumé)

Les auteurs décrivent la politique actuelle adoptée par l'état de Rio Grande do Sul, Brésil, pour le contrôle de la lèpre, ainsi que son rapport avec le système de services de santé actuels. Les auteurs retracent également les résultats obtenus au cours de six années de labeur, depuis l'implantation du registre de malades au moyen d'archives nominales sur ordinateur et la distribution des nouveaux cas selon leur forme clinique, le sexe, le groupe d'âge et les coefficients d'incidence pour la période 1975-1980. Cette étude renferme aussi

des informations concernant l'excès aux malades en traitement pendant cette même période, la variation des coefficients de prévalence et les indices de contrôle des malades et des contacts. En même temps les auteurs analysent les critères de classification, de la forme I notamment, les critères d'autorisation de sortie (de l'hôpital), l'effet de la "sortie statistique" sur le nombre de malades enregistrés et la politique d'internement de patients dans des hôpitaux-colonies.

SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE SALMONELLA

Un Simposio sobre la situación de la salmonelosis en el mundo se llevará a cabo en la ciudad de Nueva Orleans, Louisiana, EUA, del 19 al 20 de julio de 1984. El objetivo principal será identificar métodos prácticos para prevenir o reducir infecciones causadas por *Salmonella* entre los animales y la contaminación de productos alimenticios de consumo humano con ese organismo. Las personas interesadas pueden dirigirse a: Dr. G. H. Snoeyenbos, Paige Laboratory, University of Massachusetts, Amherst, MA 01003, EUA.