

# *Políticas públicas referentes às incapacidades físicas em hanseníase na virada do século: uma década de (des)controle?*

I<sup>1</sup> Glauca Gonçalves Mantellini, <sup>2</sup> Aguinaldo Gonçalves, <sup>3</sup> Carlos Roberto Padovani I

**Resumo:** Objetivos: Focando na década da virada do século, recuperam-se as principais diretivas das políticas públicas setoriais referentes ao controle das incapacidades físicas em hanseníase (IFH). Material e métodos: Procedeu-se à revisão expositivo-crítica das respectivas normas técnicas a partir das menções às mesmas nos textos oficiais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, publicados de 1995 a 2005. Resultados: Constata-se que as IFH são consideradas em plano secundário, essencialmente em função do tratamento medicamentoso eleito como estratégia prioritária para a luta contra a endemia. Conclusões: Conclui-se que, de equívoco em equívoco, específicos para as IFH e gerais para a doença, frustraram-se até os dias atuais por repetidas vezes, sobretudo em nosso país, expectativas institucionais relativas à eliminação da moléstia.

► **Palavras-chave:** políticas públicas; incapacidades físicas; hanseníase.

<sup>1</sup> Sociedade Suíça de Gerontologia, Comitê Executivo do Grupo de Fisioterapia. Zurique, Suíça (glauca@mantellini.ch).  
ORCID: 0000-0002-7010-6092

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Faculdade de Medicina. Campinas-SP, Brasil (aguinaldogon@uol.com.br).  
ORCID: 0000-0001-9614-8525

<sup>3</sup> Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Departamento de Bioestatística. Botucatu-SP, Brasil (bioestatistica@ibb.unesp.br).  
ORCID: 0000-0002-7719-9682

Recebido em: 29/12/2017  
Revisado em: 12/10/2018  
Aprovado em: 18/11/2018

*WHO missed an opportunity to be intellectually open: it failed to acknowledge that leprosy is not going to be eliminated by multidrug therapy alone.*  
(Lockwood; Suneetha, 2005)

## Introdução

A presença das incapacidades físicas em hanseníase (IFH) no seio de diferentes populações e comunidades tem evoluído com duas dimensões mais destacadas: por um lado, trata-se de componente de doença infecciosa que importa combater e controlar; por outro, são mutilações e limitações maiores e menores que comprometem a sobrevivência econômica de seus afetados e suscitam preconceitos e práticas sociais que os atingem e os vitimam (BRASIL, 2001a).

Muito já se tem estudado, feito e refeito a respeito nesses dois âmbitos, e não cabe a pretensão de esgotar seus respectivos determinantes, manifestações e decorrências. Assumindo a centralidade do compromisso de entendimento e manejo das IFH, há que se reconhecer que a primeira das perspectivas citadas vem sendo trilhada, para o bem ou para o mal, prioritariamente pelos governos e organismos estatais, enquanto que a segunda, por iniciativas ditas voluntárias, ora religiosas, muitas vezes benemerentes, em geral internacionais, não governamentais em síntese (Gonçalves; Gonçalves, 1986).

Evidentemente, toda generalização é arriscada, até mesmo esta sobre a generalização. De fato, a complexidade do real, com seus diferentes tons e sobretons variando em tempos e espaços distintos, pode ser encerrada de forma assim tão sumária? Ora, há diversas situações, a História registra à saciedade, nas quais os doentes eram lançados à própria sorte, restando-lhes contar tão somente com eventuais apoios do cuidado caritativo ou solidário, bem como aquelas em que poderes constituídos decidiram, por decreto ou por arbítrio, não só práticas sociais em relação aos hansenianos, mas igualmente o destino a lhes ser conferido e executado (Gonçalves; Gonçalves, 1980). No entanto, não se foge à verdade se identificarmos como modelo de construção conceitual tentativamente plausível a tendência dual inicialmente posta.

Entendendo política pública setorial como o processo de compreensão e coordenação dos diferentes fatores envolvidos nas conjunturas de segmentos específicos da sociedade, pode-se admitir que as políticas oficiais de saúde

no planeta no século XX se deram a partir do *locus* que as reconheceram como legítimas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), surgida nos anos 1940 como ramo especializado da Organização das Nações Unidas (PAHO, 2002), em decorrência dos esforços internacionais pela paz entre as nações, e que assumiu como sua representação, para as Américas e Caribe, a preexistente Organização Pan-Americana da Saúde. Por seu lado, como igualmente difundido, as instituições privadas de algum modo envolvidas e/ou interessadas na assistência humanitária aos portadores da moléstia se estruturaram, da mesma forma em nível mundial, através da Federação Internacional das Associações contra a Hanseníase (ILEP).

Procura-se recuperar, neste texto, as manifestações e gestões internacionais em relação à hanseníase como paradigmas complementares cujos conteúdos e significados se buscam com o intuito de responder à questão central que se insinua no sentido da viabilidade de as IFH, no curto prazo, serem tratadas sob regime de eliminação ou de controle. Vale lembrar que se toma o vocábulo paradigma na acepção que lhe conferiu Kuhn (1996, p. 13), ao estudar a estrutura das revoluções científicas, como o conjunto das “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de ciência”.

## A perspectiva oficial internacional

Sem querer recuar demais no tempo, é de se reconhecer facilmente que a origem e a evolução da aplicação de políticas públicas oficiais à hanseníase naturalmente se confundem com as do conhecimento técnico-científico acerca da moléstia. Scollard (2005) traça rápidas pinceladas ao reconstruir os tons pastéis do quadro sombrio da realidade setorial de um século atrás: uma doença sem tratamento, amplamente confundida em termos de manifestações, classificações e complicações, incurável, objeto de poucos recursos para pesquisa e de número de cientistas empenhados menor ainda. A grande inflexão que o autor registra é nos anos 60, com a formulação dos Drs. Ridley e Jopling da nova classificação imunoclínica. Parece ter havido simplificação reducionista nessa abordagem, pois seguramente a descoberta das evidências que sustentaram a Teoria da Margem Anérgica do Prof. Rotberg nos anos 30 e a classificação clínica aprovada no Congresso de Madri (cf. GONÇALVES, 1977) são fatos anteriores ao assinalado e de importância não negligenciável. Como

a própria identificação dos mesmos aponta, porém, a gênese de ambos é ibero-americana, e não anglo-saxônica.

Independentemente de qual perspectiva se adote, no entanto, o divisor de águas a respeito foi a recomendação do comitê de peritos da OMS (WHO, 1982) para adoção, pela rede de serviços de saúde, em nível mundial, da poliquimioterapia (PQT) para tratamento da doença. O esforço internacional decorrente fez-se imenso, e pode-se dizer que nenhum hansenólogo dessa geração ficou à margem do respectivo processo de mudança desencadeado, fosse a favor ou contra. Especificamente no Brasil, houve grande adesão ao processo e, modestamente, a primeira autora deste artigo testemunhou esse protagonismo. Tal observação se deu inicialmente através da convivência quotidiana com a matéria para vir a dar-se de forma ativa e sistemática, pela ausculta a depoimentos e desdobramentos. Academicamente, já desde sua origem se conta com descrições técnicas esclarecedoras (GONÇALVES, 1986). Radicalizada ao extremo, a referida concepção levou à aprovação em 1991, pela Assembleia Mundial da Saúde, da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no ano 2000, conceituando-a não como desaparecimento total, mas como manutenção com prevalência inferior a um caso em dez mil pessoas (WHO, 1991), sem nenhuma menção às IFH (OMS, 2000).

Essa dualidade paradigmática de ausência de participação das IFH nos objetivos oficiais da OMS, na década de 90, torna o estudo das políticas públicas referentes a estas afecções, especificamente no período da virada do século, interessante e estratégico. De fato, o descuido para com as IFH foi planejado e, de certa forma, justificado. Recuperando-se editorial do *International Journal of Leprosy* produzido por Yuasa (1991), diretor-executivo e médico da Sasakawa Memorial Health Foundation, o raciocínio vigente aflora. O texto, na origem preparado para apresentação no evento de Assessoria dos Aspectos Técnicos e Operacionais da Hanseníase, patrocinado pela OMS (Maldivas, junho de 1990), expressava o cerne do Programa de Controle da Hanseníase para os anos 90: PQT para todos! E é justamente isso que se lê, e em seguida se vive: a ênfase política, técnica e financeira em busca da implantação de tratamento medicamentoso para doentes de hanseníase, em nível mundial.

Mais avante, ainda nas explicações preliminares do Dr. Yuasa, a doença passa, do ponto de vista de gestão, a ser “apenas” infecciosa e não determinante de deformidades e incapacidades, pois este último aspecto não seria responsabilidade das autoridades

do âmbito da saúde pública (!). A questão do manejo das IFH e da reabilitação destas, no sentido mais amplo, situar-se-ia sob atenção de órgãos especializados no bem-estar social e físico dos cidadãos, ou a cargo de organizações não governamentais (ONGs), as quais, esperava-se, estivessem fortemente presentes na implementação da PQT. Nesta quadratura de enxugamento do Estado, as palavras de ordem eram, sem dúvida: PQT e baixa prevalência.

Mas, afinal, o que significaria, nesses moldes, a hanseníase? Virmond (1995), na vanguarda, nos aponta perfil epidemiológico da magnitude e transcendência das IFH. Entre nós, a queda na prevalência e diminuição da proporção de novos casos com incapacidades não significaria queda ou diminuição na prevalência das IFH. Parece mais provável que se trata de decorrência da natural tendência de deterioração das mesmas e da retirada do registro dos casos declarados curados. Coube então, mais uma consideração importante: as estimativas de demanda de serviços das IFH deveriam ser alocadas não sobre a taxa pontual, mas sobre a acumulada, isto é, a de doentes e ex-doentes em dado período, excluídos os óbitos e as transferências para outros países. E é justamente devido a tal montante de indivíduos, com ou sem lesão nervosa, que se deveria considerar tratar-se como doença incapacitante, o que determina necessidade de implementação de ações reabilitativas, sobretudo através do estabelecimento de relações interinstitucionais com unidades que prestem atendimento direto à comunidade. Não seria paradoxal almejar a baixa prevalência durante as primeiras fases da eliminação, ignorando os já tratados a partir da PQT, sendo que nas próximas etapas exatamente estes irão precisar de atenção e cuidados especiais?

Enfim, os anos 90 foram marcados como o começo da longa sequência de determinações, tentativas e resoluções do plano mundial de eliminação da hanseníase, concebido pela OMS, as quais, alguns anos mais tarde, começariam a incorporar paulatinamente as IFH ao discurso ativo. Das primeiras publicações oficiais e técnicas nesse período a respeito das IFH, foi um guia prático para prevenção das IFH (SRINIVASAN, 1993), o qual sob a sombra da PQT se apresentava como tentativa de melhora da prevenção de incapacidades a partir do aumento da prática em campo. Para as IFH cada vez mais presentes na cotidianidade dos indivíduos, deformando-os e limitando-os social e economicamente e que continham indicação cirúrgica, foi editado guia básico de respectivos procedimentos em hanseníase (SRINIVASAN; PALANDE, 1997), cujo público-alvo eram os médicos operadores

dos serviços comunitários. Do ponto de vista editorial, a inclusão da IFH no programa de controle da OMS já existia.

A avaliação oficial da OMS em 1998 apresentava cobertura mundial da PQT de 99,4% dos casos sob tratamento, com a menor cifra ocorrendo paradoxalmente na Europa (92,3%); a taxa de abandono, nessas condições, era de 3,4%, e a de recaídas, de 0,3%. Concluía como essencial, às nações onde a doença ainda era endêmica, a procura de áreas com prevalência elevada. Entre as cinco recomendações gerais apresentadas aos países ainda com casos existentes, a quarta citada era a promoção da prevenção de incapacidades durante o tratamento (WHO, 1998a).

O relatório do comitê de especialistas em hanseníase (WHO, 1998b) considera, no escopo geral da epidemiologia e controle da doença, em segundo posto, após a PQT e a eliminação, a prevenção de deficiências e incapacidades (“*leprosy-related disabilities and impairments*”) no conjunto de questões remanescentes que necessitam ser destacadas, o qual inclui reabilitação em bases comunitárias e sustentabilidade das respectivas ações. Como síntese, aponta que o risco para tais situações – maior para doentes multibacilares do sexo masculino, idosos e com maior tempo de afecção – diminuiu significativamente com o novo esquema terapêutico. O manejo de reações e neurites merece todo um capítulo, com o objetivo de que sejam precocemente diagnosticadas e adequadamente tratadas para se evitarem deformidades permanentes, em geral já instaladas quando o doente chega aos então serviços de atendimento especializado à demanda passiva. Deficiências e reabilitação constituem outro capítulo, na perspectiva de respectivas intervenções.

Durante a realização da 3ª Conferência Internacional na Costa do Marfim, no dia 1 de novembro de 1999, a OMS promoveu a formalização da Aliança Global para Eliminação da Hanseníase (Gael), tendo como parceiros a Fundação Nippon, a ILEP, o Laboratório Novartis, a Assistência Dinamarquesa para Desenvolvimento Internacional e o Banco Mundial, visando integrar, fortalecer e monitorar os esforços comuns, com maior custo-efetividade. O primeiro encontro técnico dessa iniciativa ocorreu em 30 e 31 de janeiro de 2001, resultando na Declaração de Delhi, a qual, em suas expressas recomendações, aponta a necessidade de desenvolver prevenção e manejo das deficiências relacionadas à hanseníase como parte integral da reabilitação baseada na comunidade e destinada a todas as pessoas deficientes (WHO, 2001c).

No mesmo ano, a OMS lança publicação de difusão, “desenvolvida em colaboração com a Gael” (WHO, 2001a), em que são calorosa e efusivamente

comemoradas as eliminações da doença em numerosos países, como Burkina Faso, Venezuela, Tailândia, Togo, Sri Lanka e Benin. Por outro lado, muito da carga de doença em nível global, informa-se, estava então confinado às oito nações com os índices mais elevados da doença: Índia, Angola, Brasil, Guiné, Madagascar, Moçambique, Mianmar e Nepal. A perspectiva com que as IFH são tomadas parte da consideração da doença em sua história de notória causadora de deformidades e medo até os dias atuais, em que, graças aos esforços potencializados pela PQT, suas deficiências podem ser evitadas por detecção precoce e cura completa.

Também nesse ano, no qual, em relação à eliminação da doença, o conceito é mantido mas a data expandida até 2005, a expressão “cura sem incapacidades”, entre aspas, parece surgir pela primeira vez numa avaliação da OMS (WHO, 2001b), justificada pela redução sensível do risco de incapacidades após a aplicação da PQT, graças à sua eficácia, à detecção precoce e à frequência e gravidade menores da reação, ou seja, por decorrência de nenhuma medida especificamente voltada à redução das incapacidades, mas exclusivamente pela ação da PQT.

No ano seguinte, o nível central da OMS no controle da hanseníase, ao informar a situação corrente da endemia (DAUMERIE, 2002), acumula algumas informações interpretadas de modo francamente favorável, tais como:

- I) não houve, até o momento, relato de algum caso com resistência medicamentosa após o emprego da PQT;
- II) a proporção de incapacidades entre casos novos é particularmente baixa nas Américas e no Sudeste da Ásia; o dado oficial para o Brasil é de mais de 9,65% (BRASIL, 2004).

Paradoxalmente, nesse plano mais geral em que as IFH vão se situar, aparece pioneiramente, irradiando-se das publicações oficiais da OMS recuperadas no período considerado de dez anos, o reconhecimento público institucional internacional de que é pouco provável qualquer queda dramática do número de casos novos no próximo decênio. Aponta como o principal vilão desse resultado a falta de conhecimento básico sobre a epidemiologia da doença, das fontes de infecção, do modo preciso de transmissão e da estrutura do contágio (WHO, 2002a).

Desde então, ao menos para consumo externo, o discurso oficial passaria a ter ambiguidade explícita: ao mesmo tempo que defende a PQT, a eliminação e seus

comemorativos, vai insinuando o preparo do *day after*. Em Brasília, na reunião de fevereiro de 2002 do Grupo Consultor Técnico para Eliminação da Hanseníase, a mensagem da Dra. Maria Neira, diretora do Departamento de Controle, Prevenção e Erradicação da OMS/Genebra, tanto exorta a maiores esforços por parte dos “países remanescentes” para se atingir a eliminação em 2005, quanto se refere à sua ocorrência num tempo indefinidamente “o mais breve possível”. Coerentemente com essa lógica, as campanhas já são concebidas para focar em áreas selecionadas e cuidadosamente identificadas, pois trata-se de recurso para atingir populações marginalizadas e desassistidas (WHO, 2002a). Se os resultados são avaliados corretamente, o principal desafio futuro é alcançar distritos onde a eliminação não pode ser atingida porque as atividades de rotina revelam performance pobre (WHO, 2002b). Os benefícios decorrentes da cura sem incapacidades são mencionados como inestimáveis, dadas as referidas dificuldades adicionais causadas pelas mutilações visíveis resultantes da forma avançada da doença, em termos de exclusão e discriminação para a pessoa e familiares, mesmo após a cura (WHO, 2002c).

Nas recomendações do encontro regional para gerentes de programas nacionais do Escritório do Mediterrâneo Ocidental, não há menção à questão das IFH; referência à reabilitação é contemplada na última delas, no sentido de dever merecer apoio de ONGs e OMS no desenvolvimento de estratégias apropriadas pelos órgãos nacionais (WHO, 2002d). No relatório do Grupo de Trabalho Científico sobre a Hanseníase (WHO, 2002e), o destaque em negrito na p. 7 afirma que o comprometimento da função neural e as reações representam as maiores ameaças e prioridades, tanto para a prevenção quanto para o desenvolvimento de tratamentos efetivos.

Em resumo, a tendência do discurso oficial que se vai acumulando caracteriza-se pela admissão simultânea de que, em nível mundial:

- I) a PQT foi o grande sucesso que tratou mais de dez milhões de doentes em poucos anos, coisa antes nunca alcançada, mas que manteve a incidência nos mesmos patamares anteriores;
- II) diante desse quadro, a eliminação provavelmente não se dará, como esperado, no ano 2005; pelo contrário, acumulará número crescente de pessoas portadoras de IFH;
- III) para estas, necessitar-se-á, portanto, de maior capacidade instalada, fornecida pela integração à rede de serviços gerais de saúde.

Publicações oficiais expressivas de 2003 parecem reforçar e acentuar essa perspectiva: admite-se amplamente o sucesso generalizado da PQT, destacando de seus indicadores mais sensíveis o fato de que, entre os casos novos detectados, a proporção de mulheres afetadas cresceu significativamente (WHO, 2003d). Retoma-se, entretanto, a discussão dos respectivos modelos operacionais adotados, reconhecendo-se que a introdução da ingestão não supervisionada constituiu avanço importante porque agiliza a aderência por aumentar a abrangência da aplicação para populações esparsas, nômades, situadas em áreas de beligerância e/ou longínquas dos serviços regulares de saúde (WHO, 2003c).

Nesse contexto, a reunião do Grupo Assessor Técnico (WHO, 2003a) explicita a decisão de que, embora seja provável que alguns países maiores, como Brasil e Índia, não cumprirão a meta de atingir a eliminação em 2005, a OMS não se propõe a alterar a definição de eliminação ou estabelecer nova data fatal; e a detecção, manejo e entendimento dos mecanismos envolvidos na lesão nervosa permanecem alta prioridade. Especificamente para a Índia, o Boletim da OMS (WHO, 2003b) relata que, apesar da previsão do diretor da Divisão Nacional de Hanseníase de atingir a eliminação em 2004-2005, alguns “*health experts*” creem que isso pode não ocorrer nos “próximos três anos”, como planejado.

Veio, então, a estratégia do último “empurrão” (de fato “*push*” no original em inglês) para eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública (PAHO, 2005): um texto sob forma de perguntas e respostas que passeia por uma visão oficial, repetitiva e otimista, sobre situações que até ali vêm sendo tratadas, como integração, estratégia de comunicação, campanhas especiais e, nuclearmente, a PQT (WHO, 2003e). Dos 69 temas abordados, alguma proximidade com IFH talvez possa ser apenas encontrada nos quatro atinentes a reações, e isto sem muita especificidade, mas tão somente em função da conhecida e tratada relação de causalidade existente entre estas e aquelas.

O caso brasileiro continuou a merecer menção diferenciada pelo relatório do Sexto Encontro do Grupo Assessor Técnico (WHO, 2004a), no qual, logo após a introdução, há remissão à reunião anterior, no segmento aqui destacado, em que se considera improvável o atingimento da meta global de um caso/10 mil habitantes no país. Expressando satisfação por qualquer notícia que sugira taxas mais favoráveis de progresso a respeito, informa a comissão que o monitoramento da eliminação, realizado em todos os estados e no Distrito Federal, visitou 2.189 unidades do

Programa de Saúde da Família, encontrando PQT disponível em apenas 22% das mesmas, num espectro de 0% na Região Sul a 41,2% no Nordeste, o que é interpretado como sucesso de integração muito limitado e apelo pela urgência do fortalecimento dessa dimensão nas atividades de controle.

Conclui-se no sentido de que todos os programas, para relato externo e comparações nacionais, devem seguir as diretrizes da OMS referentes a conceitos e definições de diagnóstico, tratamento, cura e abandono, sobretudo em relação à taxa de prevalência no ponto. Parece que às tendências apontadas, outra, ainda que tardiamente, se opõe, no sentido de refrear a rebeldia nativa quanto ao cultivo da amplamente reconhecida hansenologia brasileira. No quadro geral, são apresentados resultados de alguns projetos de pesquisa operacional, inclusive apoiados pela ILEP, centrados em aspectos de interesse terapêutico, contemplando até imunoterapia por calmetização. Quanto às IFH, continuam ausentes da reunião, se não em corações e mentes, ao menos em falas e registros.

## As determinações nacionais... nacionais?

Pela vivência da primeira autora deste artigo nos níveis assistencial e de coordenação locais, pode-se constatar que, para muitos dos profissionais atuantes na saúde brasileira, a OMS é algo próximo ao virtual, e a formulação das políticas públicas da área não passa de algo nebuloso que deve se processar pouco para além do regional ou estadual. Neste sentido, as gestões e determinações do Ministério da Saúde se apresentam como o ápice do modelo oficial. Portanto, mesmo que no período considerado essa instituição tenha praticamente atuado como extensão daquela, importa, ainda que de forma perfunctória, considerá-la destacadamente.

A esse respeito, um primeiro conjunto de fatos se insinua. Embora a lesão básica da hanseníase seja de natureza neurológica, ela vem habitualmente considerada como doença da pele de importância coletiva. Em outros termos, historicamente, na administração pública tem sido confiada a dermatologistas e/ou sanitaristas (RYAN, 2002). Vale dizer a categorias profissionais cujas respectivas prioridades de formação e atuação são, reconhecidamente, o atendimento individual às pessoas e/ou o cuidado às condições sanitárias das populações. Nesse contexto, em anos imediatos aos aqui considerados, a Dermatologia Sanitária deixou de ser Divisão Nacional, esvaziada que vinha sendo, de modo ponderável, de cérebros e músculos.

Com efeito, em 1999 foi publicado o *Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde*, elaborado por Gerson Fernando Mendes Pereira et al. No item “Introdução e Justificativa”, o abandono do tratamento é reconhecido como “importante obstáculo a ser superado”, pois

[...] os medicamentos e imunobiológicos são fornecidos pelo governo, sendo de responsabilidade dos municípios, assessorados pelos Estados, o planejamento, execução e avaliação das ações de controle, conduzindo a uma nova realidade na qual os municípios assumam efetivamente a gerência e controle da hanseníase a seu nível (BRASIL, 1999, p. 5).

De fato, trata-se de texto dedicado a prover elementos para o planejamento de gestões de controle no nível municipal, como se este se desse independentemente das determinações socioeconômicas das realidades singulares. Ao mesmo tempo, alguns serviços locais de saúde tiveram acesso a outro material de divulgação também de caráter confessadamente aplicativo, i.e. ao *Guia para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública*, editado em português pela OMS (OMS, 2000), em colaboração com a Gael. Ambos os documentos não mencionam explicitamente as IFH.

Ao contrário, as “Diretrizes Nacionais para Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle da Hanseníase”, surgidas a seguir (BRASIL, 2000), identificam as áreas tradicionais da atuação sanitária (por exemplo, planejamento e educação em saúde) como “competências”; das oito tratadas, a que nos diz respeito diretamente é a identificada por Recuperação e Reabilitação. O procedimento adotado consistiu em introduzir algumas bases pedagógicas e metodológicas que transitam da visão contemporânea de Educação em Saúde na direção participativa e pluralista, para na sequência apresentar, em cada competência básica, três listagens, uma contendo respectivos conceitos básicos e outra constituída da enumeração de habilidades e conteúdos que devem ser conhecidos para aplicação, e a última, indicando referências bibliográficas a serem alcançadas. Por essa perspectiva, são necessárias 17 habilidades para o tema em questão, como conhecer esquemas terapêuticos (PQT-OMS e alternativos), aplicar procedimentos de tratamento e administrar dose supervisionada, segundo normas do Ministério da Saúde. Na realidade, diretamente relacionadas à IFH são duas: conhecer e aplicar prevenção, tratamento e reabilitação das mesmas, exatamente nestes termos genéricos aqui reproduzidos; de igual forma, tais conhecimentos correspondem a um dos 11 considerados.

*Controle da Hanseníase na Atenção Básica – Guia prático para profissionais da equipe de saúde da família* é uma publicação de 84 páginas, das quais 15 são dedicadas às IFH. São tratadas normativamente: ao abrir o tema, há quatro “deve” em quatro linhas, nos seguintes termos:

As atividades de prevenção e tratamento de incapacidades não *devem* ser dissociadas do tratamento da PQT. *Devem* ser desenvolvidas durante o acompanhamento de cada caso e *devem* ser integradas. Adoção dessas atividades *deve* basear-se nas informações obtidas através da avaliação neurológica... (BRASIL, 2001d, p. 9 - grifos nossos).

Que mais devemos? De fato, a seguir,

[...] deve haver um acompanhamento”, bem como “os profissionais devem alertar a pessoa doente”; “devem ser tomadas as medidas adequadas para cada caso”; “ações [...] devem ser executadas na própria unidade de saúde”; “casos que necessitem de cuidados mais complexos devem ser encaminhados”; “o paciente deve ser orientado” [...] (BRASIL, 2001d, p. 9).

e numerosos outros deveres para com o nariz, olhos, mãos e em circunstâncias como na existência de fissuras, úlceras e feridas, perda de sensibilidade motora, calos, encurtamento ou retração de partes moles e fraqueza muscular.

O Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose (BRASIL, 2001b) estabelece as bases operacionais dessa proposta-título, elenca os 329 municípios brasileiros para atuação prioritária e traz minutas de duas portarias do Ministério da Saúde, uma identificando nomes de instituições e pessoas para constituir os respectivos Grupo Nacional e Secretaria Técnica, e outra prevendo a instituição, em todo o território nacional, da semana de 24 de março como Semana Nacional de Mobilização e Luta contra a Tuberculose. Documento de divulgação aponta, de forma bastante objetiva, as 14 estratégias desenhadas para dar conta do compromisso assumido.

Mas não só de propostas se constitui a bibliografia oficial brasileira na matéria. Há também o opúsculo *Casos clínicos* (BRASIL, 2001c), identificado pela proveniência da “Área Técnica de Dermatologia Sanitária”. São 41 páginas que organizam informações básicas sobre o diagnóstico e controle da endemia, entremeadas no interior da apresentação de três situações postas para estudo. Parece tratar-se, de todos os textos compulsados para preparo deste estudo, um dos que, sendo gerais, proporcionalmente mais se dedicam às IFH: contém, ainda que sob forma de anexos, exposição muito clara sobre episódios reacionais e outra sobre prevenção de incapacidades.

O *Guia para o controle da hanseníase*, tradicional publicação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, foi reeditado em 2002 (BRASIL, 2002). Manteve

fundamentalmente as feições das versões anteriores, não se registrando mudança substantiva no tratamento técnico conferido às IFH.

## Considerações finais

Pode-se encerrar este ciclo de tentativas, em busca de políticas públicas internacionais sobre IFH, recorrendo a publicações segundo proposta da OMS de eliminação da endemia. Na avaliação de 25 anos de PQT (WHO, 2004c) e no trato das campanhas de intensificação (WHO, 2004b), as IFH são mencionadas no sentido de indicador de diagnóstico tardio. Ademais, esclarecendo que os objetivos da estratégia adotada pela OMS “não são aspirativos, mas gerenciais”, a OPS faz o repique, atribuindo às IFH tanto quanto às suas consequências sociais, a discriminação e o estigma (PAHO, 2005).

Tudo isto considerado, as sinopses dos dados epidemiológicos internacionais da endemia (WHO, 2005) e, principalmente, nacional em 2004 (BRASIL, 2004), fecham o decênio considerado com resultados desafiadores. Em nosso meio, foi indicada a existência de 175.098 doentes, dos quais apenas menos de um quinto (27.647) reconhecidos como em curso de tratamento: dos outros quatro quintos, são literalmente 58.572 pacientes em abandono de tratamento, e 66.085 pacientes não classificados. Não é apresentado algum indicador envolvendo IFH.

Inobstante, em 28 de janeiro de 2005, Dr. Jarbas Barbosa, então secretário de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2005), anunciou que, como “o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase tem alcançado êxitos importantes”, em dezembro daquele ano o Brasil atingiria a meta estabelecida pela OMS de eliminação da hanseníase. Infelizmente, como por óbvio se constata, não se teve oportunidade de confirmar o vaticínio não oracular aí expressado.<sup>1</sup>

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 28 p.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes nacionais para a elaboração de programas de capacitação para a equipe de saúde da rede básica atuar nas ações de controle da hanseníase pela área técnica de dermatologia sanitária*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 60 p.

\_\_\_\_\_. *Manual de prevenção de incapacidades*. Brasília: Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação, 2001a. 107 p.

\_\_\_\_\_. *Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. *Casos clínicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.41 p.

\_\_\_\_\_. *Controle da hanseníase na atenção básica*. Guia prático para profissionais da equipe de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d. 84 p.

\_\_\_\_\_. *Guia para o controle da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 90 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Data-SUS. *Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase*. Disponível em: <http://hanseníase.datasus.gov.br/hans/hans.htm>, 2004. Acesso em: 28 out 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dermatologia Sanitária. *Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose*. Disponível em: [/dtr2001.saude.gov.br/sps.areastecnicas/atds/trome.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sps.areastecnicas/atds/trome.htm), 2005. Acesso em: 5 jan 2005.

DAUMERIE, D. Elimination of leprosy as a public health problem: current status and challenges ahead. *Report of the Scientific Working Group on Leprosy*, p. 58-77, 2002.

GONÇALVES, A. Genética em hanseníase: revisão crítica sobre sua conceituação e evolução. *Hansenologia Internationalis*, v. 2, n. 2, p. 153-156, 1977.

\_\_\_\_\_. A poliquimioterapia na hanseníase, com especial referência ao Brasil. *Brasilia Medica*, v. 23, n. 1-4, p. 5-10, 1986.

GONÇALVES, A.; GONÇALVES, N.N.S. Epidemiologia e controle da hanseníase: atualização conceitual. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 37, n. 8, p. 215-223, 1980.

GONÇALVES, A.; GONÇALVES, N.N.S. Organizações internacionais e controle da hanseníase no Brasil. *Hansenologia Internationalis*, v. 11, n. 1/2, p. 74-77, 1986.

LOCKWOOD, D.N.J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 83, n. 3, p. 230-235, 2005.

KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. 4. São Paulo: Perspectiva, 1996. 257 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública*. WHO/CDS/CPE/2000.14. 1-37. Genebra: OMS, 2000.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment and bases for action*. Washington, DC: PAHO, 2002. 379 p.

\_\_\_\_\_. *The final push towards elimination of leprosy: strategic plan*. Disponível em: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/lep-who-final-push.htm> 2005. Acesso em: 1 ago 2005.

- RYAN, T.J. Integration of leprosy services. *Leprosy Review*, v.73, p.394-395, 2002.
- SCOLLARD, D.M. Leprosy research declines, but most of the basic questions remain unanswered. Editorial. *International Journal of Leprosy*, v. 73, n. 1, p. 25-27, 2005.
- SRINIVASAN, H. *Prevention of disabilities in patients with leprosy: a practical guide*. Geneva: WHO, 1993. 140 p.
- SRINIVASAN, H.; PALANDE, D.D. *Essential surgery in Leprosy*. Geneva: WHO, 1997. 132 p.
- VIRMOND, M. A hanseníase como doença de baixa prevalência. *Hansenologia Internacionalis*, v. 20, n. 2, p. 27-35, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Chemotherapy of leprosy for control programmes*. Geneva: WHO, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Elimination of leprosy: resolution of the 44th World Health Assembly*. Geneva: WHO, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Expert committee on leprosy: seventh report* World Health Organization. Geneva: WHO, 1998a.
- \_\_\_\_\_. Progress towards leprosy elimination. *Weekly Epidemiological Record*, v. 73, n. 21, p. 153-160, 1998b.
- \_\_\_\_\_. *Learning from success*. Geneva: WHO, 2001a. 36 p.
- \_\_\_\_\_. Leprosy. *Weekly Epidemiological Record*. Geneva, v. 76, n. 23, p. 173-179, 2001b.
- \_\_\_\_\_. *First meeting of the Global Alliance for Elimination of Leprosy (GAEL)*. Geneva: WHO., 2001c. 32 p.
- \_\_\_\_\_. Report on third meeting of the WHO technical advisory group on elimination of leprosy. Geneva: WHO, 2002a. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_CDS\\_CPE\\_CEE\\_2002.29.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_CPE_CEE_2002.29.pdf)>.
- \_\_\_\_\_. Leprosy elimination campaigns. *Weekly Epidemiological Record*. Geneva, v. 77, n. 3, p. 17-20, 2002b.
- \_\_\_\_\_. Leprosy. *Weekly Epidemiological Record*. Geneva, v. 77, n. 1, p. 1-8, 2002c.
- \_\_\_\_\_. *Report on the regional meeting on leprosy elimination for national programme managers*. Cairo: WHO, 2002d.
- \_\_\_\_\_. *Report of the scientific working group on leprosy*. Geneva: WHO, 2002e.
- \_\_\_\_\_. Report on fifth meeting of the WHO technical advisory group on elimination of leprosy. Geneva: WHO, 2003a. Disponível em: <<http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/lep-tag-5th-mtg-2003.htm>>. Acesso em: 15 fev 2005.

\_\_\_\_\_. Leprosy elimination in India inches closer. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 81, n. 2, p. 152-153, 2003b.

\_\_\_\_\_. Special action projects for the elimination of leprosy. *Weekly Epidemiological Record*, v. 29, p. 254-258, 2003c.

\_\_\_\_\_. Leprosy elimination campaigns: impact on case detection. *Weekly Epidemiological Record*, v. 78, n. 3, p. 9-16, 2003d.

\_\_\_\_\_. The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem. Geneva: WHO, 2003e.

\_\_\_\_\_. *Report on the sixth meeting of the WHO technical advisory group on the elimination of leprosy*. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/TAG/TAG6.doc>> 2004a. Acesso em: 27 Jul 2005.

\_\_\_\_\_. Special campaigns to eliminate leprosy: improving services. *Weekly Epidemiological Record*, v. 37, p. 334-339, 2004b.

\_\_\_\_\_. Twenty-five years of multidrug therapy for leprosy. *Weekly Epidemiological Record*, v. 27, p. 247-252, 2004c.

\_\_\_\_\_. Global leprosy situation, 2005. *Weekly Epidemiological Record*, v. 80, n. 34, p. 289-295, 2005.

YUASA, Y. MDT for all: target oriented leprosy control program in the 1990s. *International Journal of Leprosy*. Geneva, v. 59, n. 4, p. 624-638, 1991.

## Notas

<sup>1</sup> G. G. Mantellini executou todas as fases do processamento das fontes primárias. C. R. Padovani e A. Gonçalves participaram da discussão do projeto, do acompanhamento da execução, da revisão dos originais e da leitura final do artigo.

## *Abstract*

### *Public Policies related to Leprosy Physical Disabilities at the turn of the century: a decade of (lack of) control ?*

**Objectives:** The Public Policies referred to the control of the physical disabilities in leprosy (PDL) during the 1995-2005 decade are our main interest. Material and

**Methods:** Wide-ranging thematic revision on official texts of the World Health Organization and of the Brazilian Ministry of Health, published during the mentioned period. Results: We have been able to aim

evidences which pointed to the consideration that Public Policies related to the PDL are issued on a secondary level, essentially in function of the drug treatment, considered as priority against the endemic disease.

**Conclusions:** We may conclude that, due to mistakes done specifically to the PDL and in general to the illness itself, commitments referring to the elimination of the leprosy were frustrate repeated times, unfortunately, mainly in our country.

► **Keywords:** public policies; physical disabilities; leprosy.

