

## Capítulo 2

### Hanseníase: conhecimentos técnico-científicos

## Hanseníase: Conhecimentos técnico-científicos

*A ciência humana consiste mais em  
destruir erros do que descobrir verdades  
Sócrates*

A importância da hanseníase no mundo contemporâneo não guarda relação apenas com sua história pregressa, temor despertado ou incapacidades que pode acarretar; refere-se, também, aos aspectos sócio-político-culturais que a envolvem. Frente a esta realidade é possível afirmar que para solucionar problema de tal magnitude não bastam inovações tecnológicas e conhecimentos científicos. Faz-se necessário também vontade política, tanto por parte do poder estabelecido, quanto da sociedade que lhe confere o direito e dever de tomar decisões.

Durante séculos interpretada como mal lançado sobre os homens por suas faltas, o saber sobre ela passou a configurar-se técnico científico a partir do isolamento de seu agente etiológico, o *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, em 1873, por Gerhard Hansen. Indubitavelmente, a descoberta do microorganismo responsável pela patologia favoreceu a compreensão de sua história natural, provocando novo olhar sobre a enfermidade e o enfermo.

Hoje conceituada como doença infecciosa crônica, própria do homem, está presente nos cinco continentes. Entretanto, só representa problema de saúde pública nos países do 3º mundo onde é endêmica.

Atualmente, no Brasil, devido a implantação da poliquimioterapia, a agilização das altas, a retirada do registro dos casos já tratados ou resolvidos, o número atual é, segundo Relatório da Reunião Nacional de Avaliação das Ações de Dermatologia Sanitária (Brasil, 1996, s.p.), de 137.806 casos de hanseníase em registro ativo. E, mesmo que se

compute os indivíduos que ainda não foram diagnosticados, acredita-se que esta cifra não se mostre muito superior a 200 mil doentes.

Segundo Opromolla (1993, p. 535) , "Há no mundo cerca de 15 milhões de pacientes portadores de hanseníase e estes estão distribuídos principalmente nos países de áreas tropicais e subtropicais." Embora tal afirmação sugira ser esta comum nos países tropicais, não cabe classificá-la como doença tropical. No passado, foi endêmica na Europa, onde deixou de manifestar-se não por causa de condições climáticas ou tratamento quimioterápico eficiente, mas com a simples elevação na qualidade de vida.

Estes comentários reforçam a idéia desta enfermidade estar claramente ligada à situação social, uma vez que sua ocorrência relaciona-se estreitamente ao estágio de desenvolvimento de um povo; isto certamente influi em seu modo de vida determinando, inclusive, quais males prevalecerão.

Abordar os determinantes sociais, como fatores influentes nos surgimento de determinada doença implicou seguir o caminho da epidemiologia, método de investigação que procura interrelacionar aspectos da doença com os dos indivíduos e do seu meio. Esta explica a doença como resultante da interação entre agente causador, susceptível ou hospedeiro e meio ambiente físico, biológico e social. O resultado desta relação será doença se a equação favorecer ao agente e, saúde se privilegiar o hospedeiro; quanto ao meio ambiente, este pode atuar contra o hospedeiro ou agente causal, sendo, muitas vezes, o responsável pelo recrudescimento ou declínio da patologia.

Compreender o papel desta tríade, hospedeiro, agente, ambiente, em hanseníase requer conhecimentos particularizados sobre cada um. Como neste campo nem todos os elementos encontram-se completamente elucidados a abordagem será resumidamente apresentada, buscando destacar os itens mais relevantes.

Como citado, o agente causal da hanseníase é uma micobactéria - *M leprae*, descoberta no século passado e ainda hoje alvo de estudos. Parasita celular obrigatório, com acentuada predileção pelos tecidos cutâneo e neural periférico. De reprodução lenta, estimada em 12 a 14 dias, ao qual atribui-se seu prolongado período de incubação, entre 3 a 5 anos, e a cronicidade de sua evolução. Sua atração pelas regiões mais frias do corpo como nariz, testículos, lóbulos das orelhas, porções do trajeto nervoso nos membros superiores, inferiores e face, onde estes se localizam mais superficialmente, e trato respiratório superior sugere seu melhor desenvolvimento em temperaturas médias inferiores a 37°C. Esta particularidade do bacilo defendida por alguns hansenologistas, em contraposição à outros, são destacadas nas conclusões de Trifilio e Fleury (1992, p. 59) após estudo de 60 necropsias:

*"A capacidade de adaptação e proliferação do M leprae nas localizações orgânicas é relacionada com a temperatura. Os maiores valores dos índices baciloscópicos na laringe, testículos e faringe, são evidências sugerindo que o M leprae apresenta maior capacidade de proliferação abaixo de 37°C.*

*O encontro dos maiores valores do índice baciloscópicos na laringe em comparação à outras localizações viscerais sugere que esta localização apresenta condições de temperatura similares à mucosa nasal, que é considerada (...) porta de entrada e de eliminação do M leprae. "*

No 14º Congresso Internacional de Hansenologia (1993, p.111-112) relataram-se sucessos em experiências de cultivo in vitro desta bactéria, mas estas carecem ainda de avaliações complementares. Portanto, até o momento, não há um meio de cultura favorável ao crescimento deste bacilo em condições laboratoriais. Isto tem dificultado o conhecimento de seu metabolismo e estrutura química, mas progressos vêm sendo feitos.

Binford e Brand, e também outros estudiosos observaram lesões, especialmente nos virchowianos, concentradas mais nas extremidades. Isto sugeriu-lhes relação com o comprometimento dos nervos em suas localizações mais superficiais. A partir desta hipótese idealizaram as experiências que

culminaram na inoculação em animais onde a temperatura fosse mais baixa. O método de multiplicação bacilar na pata do camundongo foi estabelecido por Shepard, em 1960. Os resultados positivos deste procedimento permitiram investigações importantes, em especial sobre resistência medicamentosa, viabilidade do microorganismo fora do organismo, seleção e ação das drogas anti-hansênicas: se bacteriostáticas ou bactericidas.

O tatu, por ser animal de baixa temperatura, entre 33 a 35° C, mostrou-se particularmente favorável à inoculação. A disseminação bacilar alcançada na espécie *Dasyus novemcintus*, tatu galinha ou tatu de nove listas, permitiu a produção de grandes quantidades de bacilos, atualmente empregados em pesquisas de vacinas e fabricação de antígenos, como a Mitsudina suspensão de bacilos mortos obtida de tecidos infectados. Denomina-se Mitsudina A ou H conforme a origem seja animal ou humana, contêm entre 1,6 X 10<sup>8</sup> e 4X10<sup>7</sup> bacilos por ml, e é utilizada para determinar prognóstico e forma clínica da doença. Mais recentemente obteve-se reprodução da patologia em macacos do gênero *Cercocebus atys*, mongabey, trazendo novos incentivos à pesquisa da hanseníase humana.

Embora conhecido como parasita celular obrigatório, implicando no entendimento de que a manutenção do ciclo vital, permanência, sobrevivência e reprodução, só é possível em células vivas, Lombardi (1990, p. 15) escreve:

*"... estudos recentes demonstraram que o bacilo de Hansen pode permanecer vivo e infectante por 9 dias em secreções nasais secas de doentes contagiantes. Em solo úmido, à temperatura ambiente, o bacilo pode permanecer vivo e infectante por um período de até 46 dias. "*

Entretanto, como esclarece o autor, não se sabe o papel desempenhado por estes na ocorrência de novos casos.

Esta característica do *M leprae* desperta interesse na avaliação da resposta imunológica celular, responsável pela proteção do indivíduo infectado. Normalmente o organismo reage a processos infecciosos através de

dois sistemas, o humoral e o celular. Ainda que o modo de ação destes seja um dos muitos pontos obscuros no estudo desta patologia, sabe-se que a evolução da infecção relaciona-se a imunidade celular. Indivíduos capazes de organizar resposta celular eficiente evoluirão para formas não contagiosas, ou cura espontânea; aqueles com defeito imunológico específico e, por isso, incompetentes na reação celular seguirão para as formas contagiantes e disseminadas. Quanto ao sistema humoral detectou-se que indivíduos com sistema imune celular capaz de reagir ao bacilo apresentam baixos níveis de anticorpos, ao passo que aqueles com imunidade celular ineficiente os mostram em grande quantidade.

Entretanto, a presença de anticorpos não oferece, aparentemente, nenhum efeito protetor no processo evolutivo do quadro, ao contrário, muitas vezes é responsável pelo aparecimento de manifestações agudas, conhecidas como reações de eritema nodoso. Ou seja, os anticorpos, neste caso, não impedem a instalação do processo mórbido nem seu curso, ao contrário, podem concorrer para sua gravidade.

Segundo Lombardi (1990, p. 16 - 17), observações sobre o comportamento deste bacilo quanto as suas propriedades de virulência, infectividade, patogenicidade e poder imunogênico, ainda que inconclusivas, oferecem algumas perspectivas para a tomada de decisões quanto ao controle da epidemia.

Considerando a virulência, propriedade que dá a medida da severidade da doença, avaliada pela letalidade ou potencial incapacitante física, psicológica ou social, afirma-se ser alta. Isto porque, mesmo raramente levando a óbito é altamente descapacitante em todas as esferas, pois atinge o indivíduo fisicamente, deformando-o, incapacitando-o e desfigurando-o; psicologicamente por reduzir-lhe a auto-estima e auto-imagem; e socialmente por poder afastá-lo do convívio e das atividades laborativas. Destaque-se que a virulência da doença é tida como alta por seu caráter incapacitante, a

virulência do bacilo de Hansen mesmo é muito baixa, não é ele quem produz a incapacidade, e sim a reação imunológica individual.

A infectividade, capacidade do micro organismo de penetrar no susceptível, alojar-se, multiplicar-se e produzir infecção, é presumidamente menor que a dos patógenos causadores de quadros agudos. Embora admita-se a possibilidade de infecção sub-clínica, significando a existência de um número maior de infectados que de doentes.

Quanto a patogenicidade, ou potencial de gerar quadro clínico evidente, acredita-se ser baixa. Aceita-se atualmente a presença de infectados, sem evidências da doença, o que remete à hipótese de portadores sãos. Contudo, a participação do portador sadio na cadeia de transmissão da hanseníase é descartada. Entende-se que mesmo os casos manifestos, se paucibacilares não disseminam bacilo.

Porém convém lembrar que a cronicidade da doença favorece a permanência de indivíduos infectantes por períodos extensos, sujeitando os sadios a exposições sucessivas aumentando, assim, o risco destes contraírem-na, elevando o número de infectados com possibilidade de desenvolver a doença e realimentar a cadeia de transmissão. Isto esclarece porque as políticas de controle atuais preconizam o diagnóstico e tratamento precoces, especialmente dos casos bacilíferos.

Seu poder imunogênico, ou seja: a capacidade de uma primeira infecção produzir efeito protetor frente a uma segunda, como normalmente ocorre nas chamadas moléstias comuns à infância, é desconhecido. A dificuldade em determiná-lo decorre do fato de manifestar-se principalmente na fase adulta, ser de longa evolução e por não haverem critérios nítidos de cura. Estes elementos prejudicam a avaliação de ser a manifestação subsequente reinfecção ou recidiva e limitam o conhecimento do caráter protetor conferido pela primeira. (Lombardi, 1990, p.16 - 17)

Relatos da presença de tatus e primatas naturalmente infectados, têm agitado discussões entre os pesquisadores, mas ainda carecem de maiores evidências afirmações de que tais animais participem, na transmissão da doença ao homem. Assim, considera-se, até o momento, ser o doente contagiante a única fonte de infecção.

Atualmente, a teoria mais aceita sobre o modo de transmissão, propriedade do microorganismo sair do foco de infecção e alcançar novo hospedeiro ou susceptível, é de que esta se dê por contato direto. Note-se que são hipótese e, portanto, hipoteticamente admitidas. Deste processo participariam o trato aéreo superior e a pele. Na transmissão respiratória a porta de saída do *M leprae* do reservatório da infecção e a porta de entrada no susceptível seriam as vias aéreas superiores. Bacilos presentes nas secreções nasais e orofaríngeas são liberados pelo doente contagiante ao falar, tossir, espirrar e expirar e penetram no organismo do novo hospedeiro através dos movimentos inspiratórios deste. No contágio pela via cutânea a porta de saída do agente causal seriam as secreções das lesões ulceradas da pele e as da orofaringe, a porta de entrada estaria representada pelas soluções de continuidade na pele do susceptível. Entretanto outras vias não estão totalmente descartadas, e permanecem como objetos de pesquisas em andamento.

Não há evidências de que fatores como raça, sexo, idade e alimentação intervenham na maior ou menor susceptibilidade dos indivíduos perante a infecção. Porém, dados estatísticos indicam uma maior incidência na segunda década de vida. Sobre esta questão Shehata (1974, p. 436), considerando o longo período de incubação defende serem os jovens e crianças as principais vítimas da enfermidade, que manifestariam a condição patológica por volta dos 30 anos. Quanto ao sexo, análises estatísticas levaram a concluir serem os índices de incidência e prevalência semelhantes nas populações masculina e feminina, exceto na forma V, onde encontra-se taxas mais elevadas nos homens, numa relação de 2:1.

No tocante às condições sociais, Lombardi (1990, p.18), acredita existir ligação entre hanseníase e miséria, estando o grupo de maior risco situado na classe mais próxima aos indicadores sociais de pobreza; embora, não refira se este fato está relacionado ao estado nutricional, aglomeração infra-domiciliar ou presença de outras moléstias contagiosas. Guns (1955, p.274) já manifestava esta opinião: "*... a contagiosidade da lepra é certa, mas seu mecanismo é ignorado. A miséria, a imundice, a promiscuidade e o contato prolongado favorecem o contágio.*"

Mais recentemente, Araújo (1993, p. 71A), durante o 14º Congresso Internacional de Hansenologia, voltou a discutir a influência das condições sociais na perpetuação da endemia:

*... em áreas com elevada prevalência de hanseníase a qualidade de vida da maior parte da população encontra-se abaixo do padrão recomendado, com serviços de saúde inadequados e precárias condições sanitárias. "*

Tanto na hanseníase como em outras doenças infecto-contagiosas, não há como negar a importante influência da situação ambiental e sócio-econômico-cultural. As manchetes diariamente reafirmam a presença destes elementos, não poucas vezes como atores principais, no desencadeamento dos processos mórbidos transmissíveis, especialmente os endêmicos ou com tendência a endemização. O mesmo ocorre com os surtos epidêmicos como os de cólera, febre amarela, dengue e outros que se busca debelar pela via da medicina curativa.

Entendendo que a saúde de uma população é indissociável de suas condições de vida, e que esta melhora significativamente com a apropriação do conhecimento, pode-se inferir que a participação do profissional de saúde não deve privilegiar apenas a cura. Ao discutir-se conhecimento técnico-científico neste campo, atenção especial deve estar voltada para estes aspectos. É importante que a ação do profissional favoreça a apreensão deste saber por parte da sociedade, capacitando-a a proteger sua

saúde. Aguardar providências de instâncias superiores, no quadro que vemos hoje, é dar chance a qualquer moléstia para que se instale em nosso meio. Ao contrário de manter-se na expectativa de medidas que o poder público empregará, deve a comunidade, amparada pelo conhecimento científico tomar também para si a tarefa de melhorar sua saúde e qualidade de vida.

Conhecido o agente etiológico e suas propriedades e destacados os pontos epidemiológicos mais relevantes, é necessário descrever a enfermidade.

A Organização Mundial da Saúde, OMS, (1989, p. 23 - 24), definiu como caso de hanseníase a pessoa com sinais clínicos da doença, com ou sem confirmação bacteriológica e necessitando de tratamento quimioterápico. Destacou a importância de um sistema de classificação para as doenças, especialmente as crônicas como esta, que apresenta muitas variações em suas manifestações clínicas e diferenças em sua imunologia, histologia, evolução e epidemiologia. Relaciona a necessidade da classificação para a estratégia de controle desta enfermidade com: a escolha do regime quimioterapêutico adequado ao seu tratamento; a identificação dos pacientes infectantes, importantes do ponto de vista epidemiológico e, por isto, principal alvo da quimioterapia e a identificação dos pacientes mais inclinados a desenvolver discapacidades.

O 6º Congresso Internacional de Leprologia, (1953, p. 505-507), realizado em Madri, propôs a classificação da doença, segundo características clínicas, bacteriológicas, imunológicas e histológicas, adotada, ainda hoje, por alguns centros de tratamento, treinamento e pesquisa. A classificação em pauta considera quatro formas clínicas: Inicial ou Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Virchowiana (V) e Dimorfa (D) ou Borderline (B). Conhecida como Classificação de Madri, foi alvo de críticas por parte de estudiosos que lançaram novas propostas. Entre estas, destaca-se a de Ridley e Jopling, de 1962, idealizada para os interesses da pesquisa. Por ter sido, a de Madri,

sancionada por Congresso Internacional e a de Ridley e Jopling não, utiliza-se no Instituto Lauro de Souza Lima a primeira, que será detalhada a seguir.

Após período de incubação variável de 3 a 5 anos, surgem as primeiras manifestações clínicas que caracterizam a forma Indeterminada (I), na qual a baciloscopia é negativa e o portador considerado não contagioso. A migração da forma inicial para as formas polares pode ser prevista pela aplicação do teste de Mitsuda. Descrito por Mitsuda, em 1919, consiste na injeção intradérmica de solução contendo bacilos de Hansen mortos e sua leitura após quatro semanas; o teste é utilizado para detectar a competência imunológica do indivíduo frente à este bacilo especificamente.

Clinicamente a moléstia poderá apresentar-se sob dois tipos polares, formas clínicas estáveis, ou dois grupos, instáveis clinicamente, como apresentado resumidamente a seguir.

A forma Indeterminada (I) caracteriza-se por mancha hipocrômica, eritematosa ou eritemato-hipocrômica, com alteração da sensibilidade e sudorese local. Eventualmente apenas alterações sensitivas ao nível das manchas como hipoestesia ou anestesia, tátil, térmica e dolorosa são percebidas pelo doente; ao exame bacterioscópico não são visualizados bacilos. É entendida como forma benigna, passível de tratamento sem deixar seqüelas incapacitantes. O teste de Mitsuda pode resultar positivo ou negativo, conforme imunocompetência individual, a qual determinará também sua transição para os pólos V, D ou T, quando não submetida à quimioterapia neste estágio. Aceita-se que possa permanecer imutável indefinidamente, mesmo sem tratamento, ou curar-se espontaneamente.

Tuberculóide (T): representa o polo estável, não contagioso da doença. Com baciloscopia, em geral, negativa, mostra lesões cutâneas eritematosas, eritemato-hipocrômicas ou eritemato-escamosas, de bordos elevados, mais ou menos extensas e bem delimitadas; responde positivamente ao teste de Mitsuda. Nesta, o dano neurológico periférico, normalmente

assimétrico, surge as vezes como única manifestação, é comum e freqüentemente severo, sendo o determinante de incapacidades físicas.

Vichowiana (V): tida como maligna pela extensa disseminação bacilar sem reação imunológica do indivíduo e pelo largo espectro de comprometimentos que pode produzir em vários órgãos. Clinicamente apresenta lesões de pele disseminadas, múltiplas e simétricas. O infiltrado difuso da face é acompanhado de madarose ciliar e supra-ciliar e formação de nódulos e tubérculos nas regiões malar, frontal e lóbulos das orelhas determinam a condição descrita como facies leonina. O teste de Mitsuda é sempre negativo e o exame baciloscópico francamente positivo, razão pela qual é denominada forma aberta ou contagiosa e, por isto, epidemiologicamente importante.

Dimorfa (D) ou Borderline (B): grupo intermediário entre os pólos, de caráter instável. Pelo extenso dano neural que provoca pode produzir um elevado grau de incapacidades. Bacteriológicamente positiva, com Mitsuda geralmente negativo. As lesões cutâneas são variadas, podendo aparecer sob a forma de placas e nódulos.

A OMS ao propor implantação do atual esquema terapêutico denominado poliquimioterapia, PQT, introduziu nova classificação empregando os termos multibacilar (MB) e paucibacilar (PB), adotados também no Brasil, a fim de facilitar sua aplicabilidade. Assim, são considerados paucibacilares os casos 1 e T, e multibacilares os D e V.

No Brasil, até meados dos anos 70, empregou-se a sulfona como único medicamento no tratamento da hanseníase, embora prosseguissem as pesquisas sobre outras possibilidades terapêuticas.

Do ponto de vista histórico a dapsona representou um marco, pois foi a primeira droga a determinar nova imagem em relação ao tratamento da enfermidade, permitindo alterar a situação do doente. Ao sucesso inicial da sulfonoterapia deve-se o fim da internação compulsória; melhorias muito mais

rápidas foram observadas, em especial na esfera otorrinolaringológica; possibilidade de manutenção da integridade familiar e do grupo social do doente; acompanhamento e condução ambulatorial dos casos, facilitando o controle epidemiológico e pondo fim às fugas hospitalares com abandono da terapia medicamentosa, antes bastante freqüentes. Possivelmente, seu senão foi o tempo requerido para cura, excessivamente longo e, por isso, razão de muitas descontinuidades no tratamento, um dos fatores da fármaco-resistência que se observaria mais tarde. Mas, sua presença foi tão importante que até hoje divide a Hansenologia em duas fases: pré e pós sulfona.

Nas duas décadas seguintes à sua introdução, no tratamento em massa em vários países, o observado aumento de casos sulfono-resistentes reclamou a introdução de novas drogas.

Pettit e Rees (1964, p. 673-674), em 1964, confirmam a hipótese da sulfono-resistência. No início dos sessentas, Opromolla usou a Rifamicina SV, um derivado da rifampicina (RFM) para administração parenteral, apresentando os primeiros resultados de seu emprego em pacientes virchowianos, no 82 Congresso Internacional de Hanseníase (1963, p. 346 - 355), realizado no Rio de Janeiro. Nesta mesma época, Browne e Hogerzeil (1962, p. 6 - 10), publicaram estudo sobre a utilização da Clofazimina (CFZ) na hanseníase. Posteriormente, Levy, Shepard e Fasal (1976, p.183 -187), divulgam os dados obtidos em ensaio clínico no qual diferentes dosagens de rifampicina foram testadas, confirmando o efeito bactericida da droga sobre o *M. leprae*.

No início dos setentas, a OMS sugere a administração combinada de duas drogas, a DDS (diamino-difenil-sulfona), que já vinha sendo utilizada no mundo todo, mais a RFM (rifampicina), uma potente droga capaz de destruir o *M. leprae* com excepcional rapidez, podendo a primeira ser substituída pela CFZ (clofazimina), nos casos em que tal procedimento se mostrasse o mais adequado. Esta indicação não foi implantada mundialmente, tendo o Brasil sido um dos poucos países a adotá-la.

A DNDS (Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária), normatiza o emprego de drogas combinadas em meados dos anos setenta, oficializando, em 1978, a introdução destes fármacos no esquema quimioterápico para utilização em massa. (Nogueira, s.n.)

Desde 1976 analisa-se a necessidade de evitar o desenvolvimento de fármacorresistência, recomendando que os casos multibacilíferos ativos recebam pelo menos dois medicamentos anti-hanseníacos em esquema combinado. O relatório do Comitê de Especialistas em Hanseníase da OMS, em 1977, relacionou o aparecimento da resistência farmacológica ao emprego de doses iniciais muito baixas, com a terapia de manutenção com doses baixas e com a descontinuidade do tratamento.

Diante deste quadro, voltou a recomendar a adoção da farmacoterapia combinada para evitar a resistência à dapsona, ou para substituir o tratamento monoterápico, apresentando várias propostas de associação medicamentosa. Uma delas incluía a rifampicina (600 mg por dia) e a clofazimina (100 mg por dia), administradas por um período de dois a três meses, após o qual se continuaria a clofazimina indefinidamente (OMS, 1977, p. 22 - 23). Este foi empregado em nosso meio e várias vezes sugerido pela OMS.

A não utilização da terapia com mais de um medicamento nos programas de combate a hanseníase em muitos países, elevou as possibilidades de desenvolvimento ou aumento de cepas de bacilos resistentes e preocupou especialistas e instituições envolvidas. Em 1981, a OMS reuniu um grupo de estudiosos para discutir e reavaliar as drogas disponíveis para o combate a doença. Este encontro produziu o aconselhamento de alguns regimes medicamentosos combinados destinados ao tratamento dos multibacilíferos, e para a quimioterapia a curto prazo dos paucibacilares.

A Poliquimioterapia, recomendada pela OMS em 1982, caracterizou-se como conduta medicamentosa baseada no emprego de

esquema tríplice, composto de duas drogas bacteriostáticas e uma bactericida, associada a regras estabelecidas para acompanhamento dos casos.

Conforme Nogueira (1993, p. 43A e 53A), a implantação da PQT, no Brasil iniciou-se em 1986, em unidades piloto, estendendo-se gradativamente. Em 1989, em reunião para avaliação dos resultados obtidos pelo projeto piloto, especialistas da DNDS envolvidos neste estudo, concluíram ser viável sua implantação em massa, estabelecendo a PQT como esquema oficial de tratamento da hanseníase em todo o país, a partir de 1991. No Estado de São Paulo, foi inserida da mesma forma no começo de 1987. Em 1990, era empregada em 18 unidades de saúde; atingindo 392 em 1991, e 569 em 1992, cobrindo respectivamente 2,8%, 61,6% e 91,2% da rede assistencial do Estado. O relatório da situação da endemia no Estado de São Paulo (São Paulo, 1993, p.3), informa:

*"A cobertura do programa de controle da hanseníase envolve 91,1% dos municípios e 97,5% da população do Estado. A cobertura de PQT atinge 83,9% dos municípios com programa implantado e cobre 98,4% da população atendida pelo programa. "*

A introdução cautelosa do esquema tríplice e a manutenção de inúmeros pacientes sob monoterapia sulfônica gerou desconfiança na clientela quanto à certeza das autoridades médicas sobre as novas drogas. A insegurança quanto ao regime medicamentoso mais adequado para a quimioterapia combinada, tanto por razões de eficácia como de viabilidade operacional, se evidencia pelos muitos e diversos regimes multimedamentosos recomendados desde 1976 (OMS, 1982, p. 8).

A introdução gradual, criteriosa e monitorizada da PQT em 5 anos, de 1986 a 1990, objetivou avaliar a factibilidade de implantação deste esquema de tratamento, possibilitar a execução de padronização, sistematização e avaliações pertinentes, tendo em vista as condições operacionais da rede de prestação de serviços. Ações entendidas como indispensáveis à normalização dos novos passos. O aprendido com estes

procedimentos conduziu à recomendação do modelo terapêutico para todo território nacional, a partir de 1991.

O Ministério da Saúde, em julho de 1993, expediu novas normas para as ações destinadas à orientação e acompanhamento da execução do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase; entre outras medidas reforçou as indicações para adoção da terapêutica proposta pela OMS; indicou regras para acompanhamento dos casos; estabeleceu drogas alternativas, conduta nos processos reacionais e critérios de alta.

Este plano buscou ampliar a adoção da PQT em todo o país. Para sua concretização tem procurado investir na qualificação de recursos humanos e reestruturação da rede assistencial. A idéia mestra é a de que estando Unidades Básicas e Centros de Referência atuando efetivamente, a atual proposta de tratamento atinja 100% de cobertura e, aliada à esta, assistência global seja oferecida ao hanseniano. Procura-se com tais medidas alcançar a meta assumida, em 1991, pela Assembléia Mundial de Saúde de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000.

Aqui é necessário parênteses para explicar que eliminar a doença enquanto problema de saúde pública não significa necessariamente erradicá-la, mas sim reduzir sua prevalência para um caso para cada dez mil habitantes. Lombardi (1990, p. 11), afirma que nas Américas 80% dos doentes registrados encontram-se no Brasil. Martins (1994, p. 41), por sua vez, chama a atenção para o Brasil, que possui o segundo maior contingente de hansenianos do mundo, com 223.539 diagnosticados. A este número, especialistas presentes na Conferência para Eliminação da Leprosia, promovida pela OMS, em Hanói, em 1994, somariam 60.000 ainda desconhecidos. Neste mesmo encontro, Gerson Penna, Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia, levou dados que indicam a possibilidade da erradicação ocorrer no país em 2008.

Cabe lembrar que qualquer meta envolvendo saúde pública depende da adoção de políticas sérias para elevação da eficiência do sistema e

da qualidade de vida da população, não podendo faltar apoio e incentivo à pesquisa. Os questionamentos de Opromolla (1992, p.148 - 149) dão à medida das inquietações que afligem o meio científico, especialmente no Estado de São Paulo.

*"Por que isto acontece? Por que se mantém esta situação de atraso científico principalmente com relação aos problemas de saúde que nos dizem respeito e que teríamos obrigação de resolver, com tantos investigadores competentes que sabemos existir em várias áreas e com tantos jovens que saem a cada ano das universidades capacitados e ansiosos por contribuir com sua parcela para o progresso científico e tecnológico de nosso país?"*

*Como se explica que no Estado de São Paulo, o Estado mais rico da Federação com vários Institutos de Pesquisas e universidades, uma rede de mais de 700 centros de Saúde distribuídos pelo Estado todo e que no caso particular da hanseníase detém o maior número de casos novos por ano e a endemia está longe de uma perspectiva de controle?"*

*Sabemos que nossa situação econômica é responsável por uma considerável parcela dessas questões, mas também o é sem dúvida a falta de vontade política de identificar esta quase estagnação científica em nosso meio."*

Penna (1994, p.11), respondendo às afirmações de Martins, enfatizou que o aumento absoluto de casos registrados no país reflete, na verdade, a melhoria da capacidade operacional do Programa de Controle, que com os esforços empreendidos na capacitação de pessoal, suprimento de insumos e orientação técnica permanente, elevou de 15 mil para 34,5 mil o número de casos diagnosticados por ano. Apresentou, também, os últimos índices sobre a situação da endemia hanseníca no Brasil, informando ter o número de seqüelados caído de 16% em 1986 para 8% em 1992, o número de crianças diagnosticadas diminuído de 23% em 1986 para 11% em 1992 e, a prevalência da doença baixado de 1,71 por mil em 1986 para 1,35 por mil em 1993.

Estes números, demonstram a preocupação da esfera pública com o problema. Entretanto, fazer do Brasil um país não endêmico é tarefa também da sociedade civil. E, se os resultados, até aqui alcançados, não

traduzem ainda o sucesso almejado, as diversas variáveis envolvidas devem ser consideradas, tanto as relacionadas ao âmbito governamental, quanto as que envolvem a clientela e seu tecido sócio-cultural. Pois, chegar à erradicação da hanseníase exigirá tanto esforços políticos, quanto participação efetiva da sociedade. Para atingir este alvo é necessário investir mais em pesquisas e capacitação de recursos humanos e, indubitavelmente, promover melhorias no quadro social que vivemos.

Como os programas anteriores, este também se alicerçou no diagnóstico e tratamento precoces, Educação para Saúde e Prevenção de Incapacidades Físicas como elementos essenciais para diminuir incidência e letalidade. Tem-se, porém, que ter em mente que tanto o serviço de saúde oferecido à população quanto o modelo social adotado não os favorecem.

Desnecessários dados estatísticos para comprovar a realidade que se vive; grande parte da população encontra-se excluída, não só do sistema de saúde, mas, neste caso, principalmente dele, ou por habitarem regiões com escassa ou nenhuma assistência, ou por não poderem arcar com seu custo, que não é só o valor da consulta ou remédios e exames, já que estes são pagos indiretamente, é também o valor do dia trabalhado; o valor do emprego, muitas vezes, perdido por se ter sido diagnosticado; este valor maior que indivíduo e sociedade pagam pelo desconhecimento.

Nesta lógica, a realidade vivida diz respeito também ao discurso do excluído, já que nela ele não fala, é falado ou falam por ele, no seu lugar e do seu lugar. Isto repercute na apreensão do sentido de hanseníase colocado em confronto nos discursos científicos e populares.

Assim, se tomado como base, para estabelecimento do diagnóstico precoce, suas primeiras manifestações, mancha hipocrômica, hipoestésica ou anestésica, anidrótica e alopecica, já que no momento não se dispõe de testes específicos para detecção da infecção em fase anterior; é possível inferir porque os diagnósticos ocorrem tardiamente, quando a doença já está polarizada. Se partirmos do ponto de vista do cliente percebemos que a

razão da demora na procura de atendimento está relacionada mais ao desconhecimento que ao descaso. Como e por que perder um dia de trabalho e enfrentar fila de espera e olhares curiosos? Por conta de uma mancha que não dói, não coça, não suja, não incomoda? Exemplo deste pensar é o relato recente de um paciente:

*"O Doutor do posto disse que eu estou doente faz mais tempo. Só fui lá faz uns cinco meses (..) não reparei antes (..) só percebi quando fiquei sem serviço. A senhora sabe, quando não se está fazendo nada (..) sobra tempo prá procurar (..). Foi assim que eu percebi que o braço estava dormente, meio esquecido, a fraqueza da mão incomodou (..). Aí, eu fui no médico (..) depois ele falou que a coisa era mais antiga, mas eu não vi antes (..) se eu visse ... "*

Declarações como esta dão a medida da necessidade de se investir no conhecimento da população.

Antropológica e historicamente, sabe-se que um povo altera seus hábitos, costumes e conceitos quando a mudança lhe é benéfica, quando pode apossar-se dos conhecimentos convertendo-os em seu proveito. As oportunidades para tal apreensão em hanseníase, no âmbito de uma coletividade mais ampla, que não comporte apenas os públicos representados pelos profissionais de saúde e clientela, têm sido poucas. Este desconhecimento poderá significar uma dificuldade na condução do projeto de erradicação da doença, como é hoje para o Programa de Controle e para as ações de prevenção de incapacidades.

Torna-se cada vez mais necessário investir na população, permitindo-lhe incorporar as propostas de Educação para a Saúde, reconhecidas como suporte importante para as demais ações, especialmente as preventivas, quer sejam as direcionadas ao controle da endemia ou as que visam a integridade física, psíquica e social do hanseniano.

A noção de educação para a saúde tem sido concebida e posta em prática porque saúde, ainda que represente preocupação individual,

repercute no coletivo, pois afeta a família, comunidade, nação. Pensar saúde obriga cogitar o potencial humano, uma vez que o enriquecimento de um país depende diretamente do estado de saúde de sua gente. A economia enfatiza a importância do homem como parte imprescindível do mecanismo de produção, logo, a força de trabalho humana é responsável significativamente pela riqueza nacional. Aceitando o mérito individual nesta engrenagem, acata-se que esta deve ser saudável e competente e, por isto, merecedora de maior diligência na atenção à saúde e educação ofertada.

Como as pessoas aprendem a partir do que as rodeia, de suas experiências e das de outrém, formando assim o instrumental com o qual decidirão suas vidas, é impossível afirmar se tomarão sempre a atitude mais benéfica ou acertada. Sabe-se que as tradições culturais, religiosas e sociais são partes importantes do modo de ver o mundo, e também, campos abertos ao estabelecimento de superstições e crenças, muitas vezes, prejudiciais à receptividade do indivíduo diante de fatos e conhecimentos novos. O propósito da educação sanitária não é o de provocar ruptura destes laços, mas sim motivar o pensamento racional e imparcial, e com isto a adoção de mudanças comportamentais favoráveis à solução dos problemas de saúde que enfrentam.

Conquanto o atendimento no setor saúde esteja, ainda, dirigindo seus recursos à doença, o pensamento e prática da educação para saúde tem buscado intervir neste processo pela via da participação, abandonando fórmulas nas quais indivíduo e comunidade são tidos como ignorantes, necessitados de conselhos e informações. Procura-se afastamento do modelo que entende a natureza e função desta atividade como apropriadas ao "dar educação sanitária", baseando seu fazer na tradução dos fatos médicos em linguagem inteligível pelo público alvo, de forma prescritiva.

Em hanseníase, como em qualquer outro evento do continuum saúde-doença, esta perspectiva mostra-se excessivamente reducionista, pois vê o hanseniano como receptáculo de noções corretas e condutas que deve assumir para corrigir desordens biológicas, físicas e psicossociais,

desconsiderando que estes eventos adquirem outros significados para aqueles que os vivem e que estas significações integram seu modo de vida.

Não que tal tradução não possa ser feita, entendendo o doente como sujeito de seu tratamento e sendo necessária a conversão do vocabulário médico para outra linguagem a título de favorecer a compreensão do indivíduo, não há porque contra indicá-la. Mas, é necessário salientar que só isto não caracteriza processo educativo; mais que informar-lhe o nome do agente etiológico, drogas utilizadas, dosagens e cuidados a serem tomados, é preciso dizer-lhe porque determinados problemas ocorrem e quais estratégias seriam convenientes para enfrentá-los. É preciso repensar o modelo prescritivo do discurso-saúde. Alcançar a esfera sócio-cultural do público ao qual nos dirigimos exige cada vez mais que consideremos sua historicidade e seu discurso.

Como imaginar que unia pessoa ou grupo vá alterar seu modo de ser e agir sem terem sido dadas razões justificadoras para tanto? Assim como a doença tem significação particularizada para os indivíduos, as condutas em seu tratamento também devem alcançar este nível. Falar de hanseníase como doença contagiosa, tratável com medicação específica não é o mesmo que falar da hanseníase como realidade psicológica e social evocativa de diferentes reações. Estabelecido este princípio, pode-se dizer ineficaz este "dar informações", pois, se desconsideradas as referências do público não pode haver comunicação, o compartilhar significado, entre educador e educando.

Ao invés de apenas seguir prescrições importa haver interesse, motivação e desejo de mudança por parte dos envolvidos; e estas só são possíveis se o profissional for capaz de interpretar as necessidades, mesmo as não expressas, e reações de sua clientela, pois esta ouve o que lhe é dito e, também, como é dito. Neste sentido manifesta-se Van Parijis (1990, p. 98)

*"No meu ponto de vista as pesquisas em ciências sociais e educação sanitária deveriam enfocar menos as particularidades culturais do cuidado ao hanseniano em diferentes países e mais sobre 'temas básicos' relacionados ao mecanismo psicossocial e*

*processos usados pelos pacientes para dar significado à sua doença e decidir sobre seu cuidado. "*

Imprescindível, portanto, aprender a olhar a problemática da hanseníase pelos olhos do receptor, paciente, família, comunidade; esquecer por instantes a mancha, deformidade, úlcera, descapacidade e considerar o significado da patologia e terapêutica do ponto de vista do portador; atentar para sua reação, se benéficas ou não e por esta leitura decidir quais palavras e argumentos serão melhor recebidos. Arvelo (1977, p. 127), complementa este raciocínio:

*"Nesta ordem de idéias, a Educação Sanitária não pode continuar sendo considerada uma forma simplista de exposição de conhecimentos, mas uma matéria com objetivos definidos e metas precisas, fundamentadas em uma investigação dos fatores sócio-culturais que incidem no problema e para cada caso deve desenvolver-se sobre a base de métodos e técnicas apropriadas a condições particulares. "*

Possivelmente a educação para a saúde assim estruturada configurará apoio importante aos programas de combate a doença e prevenção das incapacidades por ela produzidas; pois será capaz de incentivar adesão do paciente ao tratamento, apresentação voluntária, dos casos suspeitos, para diagnóstico inicial ou de intercorrências e, também, incorporação das técnicas simples de prevenção em sua rotina diária e modo de viver.

A maioria das incapacidades físicas em hanseníase, com exceção do colapso nasal e perda de sobrancelhas em virchowianos não tratados e em estágios avançados, resultam do dano neural periférico típico da doença e são preveníveis ou corrigíveis. Sendo as marcas físicas deixadas o principal fator retroalimentador do preconceito em relação ao doente, sua prevenção emerge como o grande desafio para os profissionais da área. Para enfrentá-lo medidas de prevenção, reabilitação e readaptação têm sido elaboradas para serem utilizadas nos diversos níveis de atenção à saúde, com as complexidades e extensões requeridas. Porém, estes recursos só surtirão efeito se pacientes e

profissionais atuarem em conjunto, posto que seu sucesso exige constância e esta requer a compreensão de sua validade.

A política nacional de combate à hanseníase por longo período foi marcada por postura paternalista, na qual o Estado, através de seu Serviço de Saúde, buscava suprir as necessidades dos doentes, retirando-lhes, contudo, a autonomia. Hoje advoga-se imprescindível a participação do indivíduo em seu processo de tratamento e reintegração social, habilitando-o a zelar por sua integridade física e psicossocial, impondo barreiras ao avanço das incapacidades. Por estas razões as ações preventivas têm procurado modelos mais simples, nos quais o paciente assuma responsabilidades para com o seu estado de saúde.

Como bem observa Cristofolini (1989, p. 9 - 14), as propostas de prevenção e tratamento das incapacidades devem ser norteadas por dinâmica privilegiadora da integridade biopsicossocial do homem, portanto abordando-o como ser total, abrangendo assim suas relações com ele mesmo e com o mundo que o circunda. Desta forma considera-se indispensável aos profissionais de saúde os seguintes requisitos: introjeção de uma filosofia de prevenção; estimular o cliente ao auto-conhecimento e auto-avaliação; combater o estigma em todas as esferas; promover a participação ativa do doente em seu tratamento e cuidado; capacitar-se como equipe e prover-se dos recursos necessários ao emprego das técnicas na extensão e complexidades necessárias.

A prática da Prevenção de Incapacidade não se molda em improvisos, são ações estudadas e dirigidas à solução de problemas específicos. Tão pouco é exclusividade de uma categoria profissional específica, ao contrário, corresponde a um trabalho multidisciplinar, cujo êxito liga-se a atuação do conjunto e não pode declinar da participação do usuário.

Pelo exposto, pode-se afirmar que Técnicas Simples de Prevenção de Incapacidades Físicas em Hanseníase são conhecimentos

técnico-científicos a serem incorporados no cotidiano do hanseniano, já que seus benefícios dependem do hábito adquirido em empregá-las. Danos neurais correspondem a estados, muitas vezes, irreversíveis, que uma vez instalados torna necessário evitar prejuízos maiores. Diante da perspectiva de seqüelas incapacitantes ou deformantes a atuação do paciente como sujeito da ação preventiva é imprescindível.

Nesta lógica, técnicas simples de prevenção são noções que se pretende inserir na rotina do indivíduo com auxílio da Educação para a Saúde. Assim, pode ser visualizada conforme os modelos impositivo-reducionista ou motivador-participativo. Seguindo o primeiro, certamente desembocar-se-á em impasses semelhantes aos enfrentados pela educação sanitária, quando esta adota via de mão única, ou seja, o trajeto que percebe o doente como incapaz de tomar decisões acertadas em relação à sua saúde, portanto carente de quem as prescreva. Optar pelo segundo exige substituir a prática unidirecional, prescritiva, pela abordagem estimuladora, compartilhadora, na qual combina-se a visão de mundo do usuário com conceituações dadas pela ciência, favorecendo a compreensão e introjeção do novo conhecimento por entendê-lo vantajoso. Implica em trabalho mais árduo, porém compensador.