

Realidades do controle da hanseníase: atualizando cenários

Realities of leprosy control: updating scenarios

Aguinaldo Gonçalves¹

¹Grupo de Pesquisa: Epidemiologia e Saúde, Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

Correspondência: Aguinaldo Gonçalves. Rua Luverci Pereira de Souza, 1.151, Cidade Universitária, CEP: 13083-730, Campinas, SP, Brasil. E-mail: aguinaldogon@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar.

Resumo

Face às sucessivas dificuldades terapêuticas para o controle da hanseníase, a aplicação da poliquimioterapia nas últimas décadas fez surgir a expectativa de cura dos doentes e eliminação da doença como problema de Saúde Pública. Progressivamente obteve-se redução da prevalência, porém sem aparente impacto sobre a transmissão, o que vem levando, reconhecidamente, à necessidade de sólidas avaliações de respectivas evidências epidemiológicas como subsídio para intervenções resolutivas. Nesse sentido, apresenta-se estudo quali-quantitativo retroanalítico combinado ao enfoque diacrônico prospectivo, baseado na associação das técnicas de revisão documental e análise de conteúdo, envolvendo as fases sucessivas de montagem do esquema operacional, execução da estratégia de busca, aplicação de critérios, seleção de estudos, extração e processamento de dados, implementação do plano de análise e formulação final. A consecução adequada dos procedimentos aplicados permite obter e discutir a identificação de três principais cenários: Eliminação da doença enquanto Problema de Saúde Pública (Doença Negligenciada); Aspectos Terapêuticos (Resistência; Recidiva; Não aderência; Persistência) e Complexidade (complicações e incapacidades físicas). As conclusões atingidas indicam, principalmente, que as realidades do controle atualmente vigente da hanseníase sob poliquimioterapia, continuam precisando ainda serem manejadas com rigor, inclusive por terem alcançado apenas uma fração fragmentária dos doentes atendidos, os quais, por sua vez, também correspondem a apenas um segmento do conjunto de pessoas acometidas.

Palavras-chave: Hanseníase. Controle. Quimioterapia combinada. Doença negligenciada. Política Social. Avaliação de Deficiência.

Abstract

In the light of successive therapeutical difficulties for leprosy control, the application of drug therapy combination over the last decades has brought about an expectation of cure for leprosy patients and also for the elimination of this illness as a Public Health problem. However, there has been a progressive reduction in the prevalence of leprosy, but without any apparent impact on transmission, which has led to recognized need for solid assessment of respective epidemiological evidence as grounds for interventions to solve the problem. In this regard, here we present a retroanalytical qualitative and quantitative study, combined with a prospective diachronic approach, based on the association of documental review techniques and analysis of content, involving the following phases in succession: assembly of an operational scheme, execution of search strategy, application of criteria, selection of studies, data extraction and processing, implementation of analysis plan and preparation of final text. The appropriate execution of the procedures, as applied, allows us to obtain and discuss the identification of three main scenarios: the elimination of the illness as a public health problem (Neglected Illness); therapeutic aspects (Resistance; Relapse; Non-Adherence; Persistence) and complexity (complications and physical incapacities). The conclusions that have been reached indicate, mainly, that the reality of leprosy control with the use of combination drug therapy, still needs to be handled with care, even more so as this is just a fragment of the set of people once under medical attention, which also correspond to only a parcel of people affected by the ailment.

Keywords: Leprosy. Control. Drug therapy combination. Neglected disease. Public policy. Deficiency evaluation.

Introdução e Objetivos

A hanseníase é uma doença crônica, de origem infecciosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, bacilo álcool-ácido-resistente de alta infecciosidade e baixa patogenicidade em áreas endêmicas. Descrita clinicamente de diferentes maneiras, a doença teve sua formulação diagnóstica estabelecida, há pouco mais de cinquenta anos, em quatro formas definidas — a indeterminada, a tuberculóide, a dimorfa e a virchowiana —, segundo o grau de resposta imunológica. Todas elas apresentam, em comum, comprometimento neural, maior ou menor, acompanhado de manifestações dermatológicas. Estas variam desde eritêmato-hipocromias discretas e localizadas até infiltrações extensas, evoluindo com placas, nódulos e úlceras¹.

Tais lesões, ao longo dos séculos, foram identificadas como a base das deformidades e incapacidades físicas presentes nos quadros mais avançados, fortemente vinculados com estigmas de rejeição e ostracismo, de origem social, econômica e religiosa, os quais contribuíram diretamente para a exclusão dos *portadores da moléstia* do convívio com a sociedade, e para com seu consequente isolamento de serviços integrados de saúde², tudo isto significando barreiras adicionais em direção ao respectivo insucesso terapêutico que se acumulou³.

Tendo em vista a crescente frequência de relatos de resistências microbiológicas a drogas isoladas em uso para o respectivo tratamento, um grupo de estudo da Organização Mundial da Saúde⁴ recomendou, há trinta anos, pela primeira vez, a adoção da poliquimioterapia (PQT) como conduta de eleição. Caracterizou-se pela aplicação de dois princípios fundamentais, independentemente da forma clínica (ou, em termos tornados correntes, da classificação operacional, i.e., se pauci ou multibacilar). O primeiro deles consiste na associação medicamentosa de pelo menos um agente bactericida e um bacteriostático. O segundo diz respeito à forma

de administração, pois combina sempre a autônoma (pelo próprio doente) e a supervisionada (pelo profissional de saúde).

O conjunto de conseqüências, potencialmente favoráveis, fez com que o entusiasmo de muitos rapidamente superasse a cautela de defensores de evidências de eficiência, eficácia e efetividade da novidade⁵ e, em menos de uma década, o procedimento foi tornado política pública setorial de alcance mundial, alimentando a estratégia de eliminação da doença como problema de Saúde Pública, pela Organização Mundial da Saúde, e alcançou-se segurança suficiente até para definir metas de redução da prevalência (para menos de um caso para dez mil habitantes), e data para sua ocorrência⁶, posteriormente adiada por repetidas vezes⁷.

“Esta foi uma triste experiência de como ministérios de saúde podem ser enganados e estratégias sem bases científicas sólidas podem ser aprovadas”⁸. Relata o autor, inclusive, a confissão de ex-dirigente institucional, de que a mesma foi aprovada pelos escalões superiores sem a manifestação de nenhum órgão técnico a respeito, pois pode ter sido percebido que, provavelmente, expressaria reservas a respeito: os autores da proposta (cujos nomes não vieram, até presente data, à tona do domínio público) sentiram a falta de fundamentação e, ao invés de corrigir, decidiram contornar os procedimentos padrão existentes para tais situações.

Uma série de estratégias foi aplicada, removendo-se conceitos sanitários consolidados até então. Em assim procedendo, pontua Naafs⁹, adotou-se tratamento que trouxe poucos benefícios aos doentes e pode, inclusive, por em risco o controle e tratamento adequados da hanseníase. Tais fatos eliminaram a capacidade instalada de monitorar e conhecer o que realmente acontecia em termos epidemiológicos¹⁰. Alguns autores chegam a afirmar que vários países endêmicos tomaram medidas administrativas destinadas a ocultar a revelação dos números verdadeiros da detecção de doentes, pois isto lhes seria politicamente inconveniente¹¹.

Em decorrência, numerosos centros de referência foram desmobilizados e descontinuaram-se processos de formação de profissionais competentes, mas o mundo real continuou a se manifestar com a persistência, e até mesmo ascensão, da curva de incidência¹². Epidemiologicamente, é preocupante a ausência de efeitos sobre a transmissão do bacilo, argumentada por alguns¹³, no entanto, como decorrente da maior detecção conseqüente ao crescimento da capilaridade dos serviços assistenciais; tal hipótese permanece à espera de demonstração, embora se disponha de procedimentos de comprovada viabilidade de aplicação e geração de informações confiáveis, conforme demonstrado por Opromolla et al.¹⁴ em clássica investigação empreendida em nosso meio, ao quantificar o chamado *iceberg* epidemiológico da doença. Antecipadamente, a evidência disponível sugere que as tendências subjacentes da incidência foram afetadas apenas minimamente¹⁵.

O impacto deste período de poucas décadas de *eliminação* trouxe para a atualidade, após tantas tratativas médicas e institucionais, a recondução da doença aos patamares progressos, em que era de baixa prioridade para os dirigentes setoriais e desprovida de assistência e atendimento adequados e acessíveis, para doentes e comunicantes¹⁶.

Responsivamente, na atualidade, organismos nacionais e internacionais, sobretudo a Organização Mundial da Saúde¹⁷, vêm conclamando esforços para a reconhecida necessária reconstrução do controle em bases sólidas. Trata-se, então, de empreender avaliações cuidadosas, voltadas a estratégias integradoras de instituições, responsáveis pela formação de profissionais em saúde, à rede de prestação de serviços, para que intervenham como núcleos de referência em ensino e pesquisa na área.

Em outros termos, significa superar diferentes concepções e práticas que, enganosamente, ainda circulam entre nós, desde a defesa dos programas verticais

isolados até o entendimento de que se deva prescindir da competência específica a potencializar a ação extensiva, no interior do nosso Sistema Único de Saúde — indiscutivelmente o mais democrático existente, dados seus princípios e procedimentos de universalidade, integralidade, hierarquização e regionalidade¹⁸.

Nesse contexto, muito se tem analisado como se deu a trajetória percorrida¹⁹, contando-se atualmente com um quadro relativamente abundante de iniciativas técnicas, voltadas a explorar diferentes cenários que possam apontar como viveremos aos próximos anos. O objetivo do presente texto foi contribuir nessa direção, recuperando informações recentemente disponíveis sobre a matéria na literatura especializada internacional, no sentido de:

- Proceder estudo sistemático retro-analítico sobre a evolução do controle da hanseníase, sob a estratégia da poliquimioterapia;
- Identificar equívocos praticados na execução das respectivas medidas, condutas e procedimentos;
- Explorar possibilidades de introdução, entre nós, de novos recursos operacionais e tecnológicos para intervenção, como referência na área.

Métodos

Trata-se de ensaio quali-quantitativo retroanalítico, combinado a enfoque diacrônico prospectivo, formulado a partir da associação das técnicas de revisão documental e análise de conteúdo²⁰.

Partiu-se do princípio reiterado por Almeida Filho²¹, de que, em pesquisa “objeto e método são mediados (ou mutuamente “ancorados”) por um terceiro termo, a práxis científica” e prosseguiu-se com Minayo et al.²², ao reconhecerem constituir-se o “caminho do pensamento” requerendo a marca pessoal do pesquisador na forma de articular fatos, teorias e achados, numa dialética de subjetivação e objetivação. No dizer de Baum²³, as metodologias para pesquisa em saúde

“devem ser diversas e selecionadas de acordo com o problema sob investigação: se nós aceitamos a inexistência de uma única forma correta de ver o mundo, nossos métodos devem antes explorar a culpabilizar a diversidade”.

Assumiu-se a revisão bibliográfica segundo Vieira, Saad-Hossne²⁴, como o processo que resulta na organização de recortes aprofundados da literatura especializada sobre determinado tema, permitindo “visão abrangente de achados relevantes, coisa que os estudos empíricos não fazem”. Implicou, como primeira fase de viabilização, na expressão de um título corrente (“controle da hanseníase”) e, em seguida, no isolamento de uma expressão-chave (PQT – *multi drug therapy*). Assim se instrumentalizou o acesso às fontes secundárias adotadas, utilizando-se as bases PubMed, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Academic One File* e *Evidence Based Medicine Reviews* — por serem correntes e acessíveis — referentes ao período entre 2005 e 2011, obtendo-se referência a 85 textos primários. Apenas quando localizados foram estes alocados para consideração, de acordo com o preconizado por Thomas, Nelson²⁵. Para tanto, adotou-se o estabelecido pela Associação Americana de Psicologia²⁶ que reconhece nesta classe publicações que: a) encerram pesquisas não publicadas previamente; b) foram revistas por sistemas inter-pares antes de serem aceitas por determinado periódico e/ou; c) sejam “arquivadas”, i.e., possam ser recuperadas por referência convencional. Tomaram-se como unidades observacionais finais, além de publicações setoriais institucionais oficiais, os 27 textos técnico-científicos publicados em periódicos internacionais que resistiram à submissão aos seguintes critérios de inclusão:

- referir-se ao nosso(s) objeto(s) de interesse, nomeadamente: a) controle da hanseníase; b) PQT; c) relações entre essas duas categorias;
- expressar-se em idiomas contemporâneos e de compreensão pelo meio universitário do país (Português, Inglês e Francês);

- apresentar-se tanto sob suporte técnico de papel quanto sob recursos informatizados, seja *on line*, ou sob forma de arquivo digitalizado;
- ser representativo de bases de dados correntes e atualizadas, operadas com limites temáticos, definidamente pertinentes.
- A partir do armazenamento de dados com os elementos técnicos descritos, bem como com comentários e anotações pessoais, pôde-se discriminar as referências, agrupando-as por tema e capítulo de entrada, orientando melhor a consequente utilização destas, como material de consulta, e ao final, o controle das citações bibliográficas no corpo do texto.

Adotou-se o proceder da análise de conteúdo como o conjunto de técnicas de pesquisa, quali-quantitativas, que visa compreender criticamente o sentido das comunicações e respectivos conteúdos, manifesto ou latente, empregando diferentes recursos para alcançar significados cifrados, escolhidos, segundo lembra Chizzotti²⁷, da forma mais adequada — de acordo com o material sob análise, os objetivos da pesquisa e a posição ideológica e social do analisador — e apropriados pelas análises lexicológica, categorial, de enunciação, de conotação, ou mais: [...] utilizando-se de qualquer outra forma inovadora [...].

De fato, admitindo as notações estruturantes de obra clássica da área, ultimamente republicada em português em edição europeia²⁸, empregou-se a sequência metodológica compreendida pelas seguintes fases sucessivas: a) contato exploratório e imediato com cada um dos textos amealhados; b) segunda leitura atenta e produtiva, a transcender o olhar espontâneo e direto, por estruturar-se em consensos próprios; c) apreensão categorial do saber/agir do entendimento textual, buscando a ideia principal de cada segmento sob estudo, isolando-a ao lado das demais, para compor listagem de temas

ou itens assim recuperados; d) execução do plano de análise levando à formulação conteudística da revisão²⁹.

Resultados

Percebe-se, desde pronto, que a PQT não constitui apenas a única forma admissível de tratamento da hanseníase, mas é, sobretudo, uma associação de estratégias sanitárias que atingiu redução expressiva do número de doentes no mundo. Isto, no entanto, foi conseguido por um conjunto tão heterogêneo de recursos e procedimentos que controvérsias extremamente consistentes remanescem quanto a qual será o cenário internacional que restará ao final.

O conteúdo do Quadro 1 contém a indicação, segundo menção na literatura técnica pertinente atual, das principais categorias formuladas de cenários relacionados ao controle da hanseníase pela PQT. Como indicado, o mais geral e que mais atenção tem atraído por parte de sanitários, epidemiologistas e gestores de saúde, diz respeito à já mencionada questão da eliminação da doença, enquanto problema de Saúde Pública, aí envolvida a dimensão de se a mesma está negligenciada ou em vias de extinção. Na raiz dessa controvérsia, destacam-se os apontados aspectos estritamente terapêuticos, constituindo-se, assim, no segundo cenário a ser tratado. Finalmente resta considerar o terceiro cenário, o das manifestações de tudo o que foi posto: a complexidade, as complicações e as consequentes incapacidades físicas. Tais situações são discutidas a seguir, de forma a contextualizá-las como se encontram conformadas.

Discussão

Eliminação da doença enquanto Problema de Saúde Pública (Doença Negligenciada)

Esta realidade é o objeto de análise de cenário, única informatizada, empreendida por Meima et al.³⁰. Recorrendo à aplicação de programa computadorizado aos

Quadro 1 - Principais cenários relacionados ao controle da hanseníase pela Poliquimioterapia, a partir de menção na literatura técnica pertinente atual.

Chart 1 - Main scenarios related to leprosy control under multidrug, considering mentions in the present technical pertinent literature.

1. Eliminação da doença enquanto Problema de Saúde Pública (Doença Negligenciada)	2.1. Resistência
2. Aspectos terapêuticos:	2.2. Recidiva
	2.3. Não aderência
	2.4. Persistência
3. Complexidade, complicações e Incapacidades Físicas	

“melhores dados disponíveis no mundo”, é investigado o impacto da estratégia atual para a eliminação da doença em sua incidência, e a avaliação das consequências do fracasso da manutenção desta estratégia. Metodologicamente supõe-se que o interesse e a priorização no manejo de uma doença — considerada eliminada na maior parte do mundo — continue o mesmo por parte de cidadãos e autoridades ao longo do tempo e, em consequência, a intensidade do diagnóstico precoce e do tratamento por PQT permaneça constante. A estimativa obtida é que a redução, pela metade, dos valores atuais da incidência, se dará num horizonte de décadas variando entre um mínimo de 5 e máximo de 50 anos, com declínio anual previsto da incidência de 2 a 12%, a depender de fatores como calmetização de suscetíveis e velocidade de disseminação do bacilo nas populações. Destaca-se, então, que o relaxamento do controle é injustificado, dada a incerteza acerca da taxa de declínio, e os efeitos adversos de demoras maiores na detecção: em síntese, recomenda-se que uma perspectiva de intervenção de longo prazo deva ser adotada.

Tais assertivas vêm confirmar aquilo que Evans³¹ já profeticamente anunciara, no sentido de que o controle da hanseníase, como de demais doenças infecciosas, para ser conduzido em bases realistas, deve contemplar como primeira prioridade as co-morbidades, incapacidades e mortalidade; o controle da infecção propriamente dita como segunda prioridade e o controle da presença e disseminação

ambiental do agente como terceira, para só então discutir termos e atividades de “eliminação” e “erradicação”.

Desse modo, melhor se situa a conquistada nomenclatura própria que reconhece a hanseníase como “doença negligenciada” (DN), a par da recomendação por intensificação ponderável de iniciativas não apenas de gestão operacional do controle da afecção, mas também, nominalmente, de pesquisa fomentada. O Ministério da Saúde³² reconhece as DN como aquelas “que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países”.

Mais recentemente, as DN têm sido identificadas pelas autoridades federais³³ como “doenças infecciosas em extinção”. A razão mencionada para esta substituição semântica foi referida como a necessidade de mudança, de uma conotação negativa para uma positiva, na relação dos órgãos do governo e as respectivas moléstias — trata-se de deslocar a confissão de desconsideração e incúria pelo exatamente oposto: dedicação e avanço, que resultaram no atual estágio de pré-desaparecimento em que se encontrariam. O novo termo compreende destacadamente a hanseníase, a malária, a filariose, Doença de Chagas, oncocercose, geohelmintiasis, tracoma, tuberculose e lues congênita, que, em conjunto, acometem mais de um bilhão de pessoas, o que significa dizer que atingem aproximadamente uma em cada seis pessoas de toda

a Humanidade viva. Eis aí um cenário cuja magnitude, portanto, não pode ser ignorada.

Aspectos mais estritamente terapêuticos

A recidiva parece ser a maior ameaça que se pode correr, em termos de cenário terapêutico da hanseníase. Como se trata de doença crônica e altamente dependente da capacidade constitucional de defesa do hospedeiro, o reaparecimento de manifestações clínicas e/ou laboratoriais durante toda a vida do doente é risco a ser fortemente monitorado e que mais se agrava à medida que fatores ligados ao agente etiológico e ao tratamento o favoreçam. Relatos correntes levam a crer que a prospecção desse cenário não deveria ser muito ameaçadora, pois informam que a ocorrência dessa condição não seria tão frequente. Circunstâncias do processo observacional podem, no entanto, responder por certa parte desses resultados. Nessa ordem de fatos, Poojabylaiah et al.³⁴ obtiveram taxa bruta de prevalência da recidiva de 1,84% entre doentes com tratamento completo e bem sucedido de PQT, durante 18 anos, o que corresponde a um seguimento médio *per capita* de $7,13 \pm 1,25$ anos. Foram incluídos para estudo, porém, apenas 163 dos 300 doentes do período, sendo que no dizer dos próprios autores, “presumimos que as taxas seriam maiores se todos tivessem sido avaliados”. Ainda assim, relatos recentes têm revelado que recidivas de 16 a 36% entre doentes multibacilares, com índices bacterioscópicos elevados, foram observadas após conclusão de dois anos de PQT³⁵.

Esses termos têm seu fundamento à medida que se constata, facilmente, que desde os primeiros ensaios bem sucedidos com dapsona, em 1943 — em Carville, por Faget et al.³⁶ —, o tratamento da hanseníase tipifica-se pela crônica recorrente da fuga à farmaco-resistência (FR) das drogas sucessivamente introduzidas. De fato, dez anos mais tarde, surgiram os relatos das primeiras ocorrências de respectiva FR, levando, duas décadas mais tarde, ao uso associado da rifampicina,

inclusive pioneiramente, em nível nacional no Brasil³⁷. Apenas cinco anos depois, Jacobson e Hasting³⁸ já demonstraram experimentalmente um caso de hanseníase rifampicina-resistente. Tais achados foram alcançados pelo emprego da técnica de Shepard de crescimento bacilar em modelo animal, pela inoculação no coxim plantar de camundongo³⁹, mas atualmente já se conta com a disponibilidade de recursos biomoleculares para identificação de mutantes em relação à dapsona, à rifampicina e ao ofloxacina⁴⁰.

Viabilizaram-se, assim, elementos concretos para a vigilância epidemiológica contínua de casos sentinelas de eventos de FR, tanto secundários quanto primários, sendo, nestes casos, FR em doentes sem a ingestão prévia de medicamentos específicos, de tal modo que em 2006, a Organização Mundial da Saúde organizou gestões públicas para a viabilização de uma rede mundial de laboratórios capazes e disponíveis para a pesquisa de FR em hanseníase⁴¹. Implantada em 2009, recolhe sistematicamente dados de seis países endêmicos: Brasil, China, Colômbia, Índia, Mianmar e Vietnã. No informe de 2010⁴², são mencionados os relatos de 887 recidivas, das quais 213 (24%) testadas para FR, encontrando-se resultados positivos para aproximadamente 10% delas.

A não-aderência pode ser responsabilizada por esses números? Entre os fatores geradores desta, relatam-se os relacionados às drogas, aos doentes e aos serviços de saúde, mas, seja pela experiência em nosso meio, seja pelos relatos internacionais, tende a aí situar-se também entre tantos outros fatores, como escolaridade, gênero, classe social, nível salarial e manifestação cultural, sendo o principal a exigência de presença física no serviço para a ingestão do medicamento e, portanto, a necessidade de falta ao trabalho. Com efeito, Kar et al.⁴³ confirmaram este motivo como responsável por 33,07% dos casos investigados por eles, seguido de reações adversas às drogas (25,98%) e estigma social (18,11%).

Foss et al.⁴⁴ acrescentam, para o caso brasileiro, a constante migração dos Estados do Norte para os do Sul, especialmente frequente nos segmentos mais pobres da sociedade. Isto torna, asseveram eles, muito comum iniciar-se o tratamento em determinado lugar e, a seguir, mover-se para outro, levando, em consequência, à maior disseminação da doença e imprecisão dos dados epidemiológicos. Tais fatos são preocupantes, pois, como já mencionado, a ministração supervisionada é componente identitário deste tratamento.

Uma das mais discutidas questões no âmbito médico da PQT diz respeito à duração encurtada do tratamento, viabilizada, sobretudo, pela sua destacada ação bactericida: apenas a primeira dose da rifampicina seria capaz de matar 99% ou mais dos organismos viáveis e tornaria o doente não infectante em dois dias, inibindo por vários dias a reprodução dos raros sobreviventes⁴⁵. Estes, no entanto, como foi demonstrado em preparações teciduais, apresentam persistência no hospedeiro, ainda que transcorrido tempo muito superior ao ano de duração do tratamento, para os casos multibacilares que dizima a maioria deles. Persistentes são os *M.leprae* viáveis que, em pesquisa de resistência na pata do camundongo, são sensíveis a todos os agentes anti-micobacterianos aplicados, apesar dos níveis bactericidas tissulares, fato que justifica a normativa do Programa Nacional Norte-Americano de Hanseníase, ao recomendar seguimento pós-alta a cada seis meses, aos doentes paucibacilares por cinco anos, e aos multibacilares, dez anos⁴⁶. Isto leva os especialistas a tomarem condutas bastante cautelosas em termos de políticas públicas, ao recomendarem que “qualquer tentativa de reduzir a duração do tratamento de doentes virchowianos em larga escala deve ser feita após ensaios cuidadosos com estudos longitudinais”⁴⁷.

O cenário da complexidade e suas manifestações

Este cenário, o da complexidade das situações aplicadas, é indigitado pelas

Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase, do Ministério da Saúde, objeto da Portaria nº3125, do Gabinete do Ministro⁴⁸. Não se trata aí, apenas, de estabelecer coordenadas gerais, como habitualmente vinham fazendo os documentos oficiais do governo brasileiro, deixando detalhes de procedimentos a cargo de guias e textos técnicos, que se publicavam posteriormente, mas sim de tomar uma posição incisiva, pelo rigor minudiscente da orientação destinada a gestores e profissionais, para a execução do fortalecimento das ações da vigilância e à organização dos serviços, com base, inclusive, na mobilização social.

Nessa direção, são indicadas as PQT para as intolerâncias à dapsona e à clofazimina, sejam isoladas ou combinadas, pelo uso, supervisionado e autoministrado, do ofloxacina e/ou da minociclina, para pauci e multibacilares, quando indicados. Também não podem ser consideradas simples as situações mencionadas de associação com agravos paradigmáticos da pós-modernidade, como a AIDS e as doenças da competitividade e da hipocinesia, bem como peculiaridades próprias da hanseníase, como o tratamento das reações, destacadamente a subintrante, a determinar o emprego da pentoxifilina para beneficiar os quadros com predomínio de vasculites.

Eventos como estes levam a frequentes referências de encaminhamentos a centros de maior complexidade, regionais, estaduais e nacionais, o que reforça a já mencionada necessidade de manutenção de horizontes de longa duração, especialmente no que se refere à qualificação de pessoal competente e ao desenvolvimento de tecnologias apropriadas.

As complicações não se referem apenas às dificuldades diagnósticas, frequentemente mencionadas por alguns autores europeus⁴⁹, mas às lesões orgânicas posteriores ou agravadas às dermatológicas, destacadamente as decorrentes do envolvimento neural. Estas atingem as funções sensitivas, motoras e autonômicas dos nervos periféricos, a partir de perdas

sensoriais, limitações motoras e comprometimento da sudorese⁵⁰.

Nesse sentido, há um cenário em evolução, como Sehgal et al.⁵¹ apresentam em seus dados, igualmente preocupantes. Começando pela análise da reação tipo 1, mostram eles o quadro em transformação no que se refere à terapêutica pelo emprego de corticoide: recomendada anteriormente pela Organização Mundial da Saúde para aplicação como tratamento padrão por doze semanas, nos dias atuais tem duração recomendada para seis a nove meses, o que pode parecer temerário quando se consideram os efeitos danosos do uso prolongado da droga.

Também relembra alguns fatos estratégicos a demonstrar que as armas empregadas nessa luta não são tão potentes como se pode ser levado a crer. Com efeito, o conhecimento recente, é que os esforços destinados à prevenção de incapacidades, exercidos durante e após o período de aplicação da PQT, resultam em sucesso em apenas um de quatro casos, bem como se sabe, atualmente, que os corticoides previnem somente 60% dos casos, enquanto os mono-filamentos de nylon não são superiores aos outros métodos de avaliação, como o da caneta esferográfica.

Uma perspectiva de cenário para o controle da hanseníase nos próximos anos, é apontada insistentemente pela Estratégia Global, aprimorada para redução adicional da carga da Hanseníase, plano quinquenal de trabalho da Organização Mundial da Saúde para o período de 2011 a 2015⁵². Tendo como objetivo único reduzir a carga da doença pela prestação de serviços de qualidade, formula repetidamente reptos relacionados à avaliação e manejo das incapacidades físicas, de modo a relevar que se está adentrando a um período em que prevenção, diagnóstico e tratamento desses agravos vão encontrar-se na centralidade das ações e esforços setoriais.

De fato, aproximadamente metade dos marcos estratégicos para estimular mudanças e definir rumos, constitui-se

de bloco de medidas centradas nesses aspectos, sejam eles: a) monitoramento atento do número de casos novos com grau 2 de incapacidade; b) fortalecimento das ações em áreas com altas proporção de tais casos e c) adoção de procedimentos dirigidos ao atendimento dessas pessoas. O documento registra, ademais, que é proposta, como base para meta global de monitoramento do progresso das gestões desenvolvidas após o início do tratamento, a proporção de doentes com grau 2 de incapacidade entre os casos novos. Argumentam eles tratar-se atualmente do indicador que “centra a atenção em deficiências com impactos cruciais sobre as pessoas afetadas pela doença”.

Não obstante, este cenário da realidade da doença nos próximos anos é, indiscutivelmente, dos mais graves, pois as Incapacidades Físicas em Hanseníase (IFH) devem crescer em frequência e gravidade, considerando-se os dados atuais a respeito. Cross⁵³ foi incumbido em promover uma avaliação da cobertura e qualidade dos serviços de prevenção de IFH e os resultados que apresenta chegam a ser alarmantes. Fez-se referência a 22 países, cujo conjunto corresponde à soma das nações em que: a) ocorrem mais de mil casos anualmente; b) há história de alta prevalência; c) a hanseníase ainda constitui problema significativo.

A “escassez generalizada de informação” é a primeira grande revelação obtida, fato que se relaciona intrinsecamente com o segundo achado: a prevenção de IFH, implementada através de programas nacionais, revela-se “muito esparsa”. As respectivas razões citadas não constituem novidade ao todo, destacando-se: a) falta de profissionais qualificados ou, ao menos, treinados na matéria; b) baixa prioridade governamental conferida para o controle da hanseníase e, mais ainda, especificamente para a prevenção de IFH; c) recursos materiais ausentes ou limitados; d) inadequado acesso aos serviços e e) mau manejo terapêutico de episódios reacionais.

Conclusão

Foi possível colher informações consistentes na literatura técnica pertinente acerca de cenários evolutivos do controle da hanseníase, sob o regime da PQT. Entre os equívocos cometidos nessa trajetória, constatou-se que o relaxamento do controle é injustificado, resultando ser necessário o oposto, na medida em que alguns indicadores terapêuticos adotados (resistência, recidiva, não aderência e persistência) situam a hanseníase como DN, segundo nomenclatura oficial da Organização Mundial da Saúde.

A partir de procedimentos quantitativos rigorosos, as evidências epidemiológicas disponíveis indicam que continuaremos a conviver com a doença ainda por décadas, apesar da esperança equivocada de muitos.

No interior dos recursos operacionais para intervenção na área, diferenciam-se as medidas de vigilância epidemiológica se dando num contexto de crescente complexidade, com o envolvimento, inclusive, de mobilização social e de medidas terapêuticas diferenciadas.

Por seu lado, as complicações da doença vêm merecendo cada dia maior atenção, seja em decorrência às suas próprias peculiaridades, seja pelas associações com os agravos da modernidade, demarcados pela competitividade e hipocinesia. As incapacidades físicas, causadas pelas lesões neurais, merecem destaque especial, pois os cuidados exercidos visando à prevenção, durante e após o período da PQT, apresentam sucesso em apenas um de cada quatro casos avaliados.

Referências

1. Gonçalves A, Gonçalves NNS. Epidemiologia e controle da hanseníase: atualização conceitual. *Revista Brasileira de Medicina* 1980; 37(8): 414-7.
2. Awofeso N. Concept and impact of stigma on discrimination against leprosy sufferers - minimizing the harm. *Lepr Rev* 2005; 76(1): 101-2.
3. Gonçalves A. Carta ao Editor. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2006; 13(4): 1065-6.
4. World Health Organization. *Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes: report of a WHO Study Group*. Geneva; 1982. (WHO - Technical Report Series, 675).
5. Gonçalves A, Gonçalves NNS. A poliquimioterapia na hanseníase, com especial referência ao Brasil. *Rev Bras Med* 1986; 23(1-4): 5-10.
6. World Health Organization. *Elimination of leprosy*. Geneva; 1991. (Resolution of the 44th World Health Assembly).
7. Organisation Mondiale de la Sante. *La dernière ligne droite vers l'élimination de la lèpre. Plan stratégique 2000-2005*. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_CPE_CEE_2000.1_fre.pdf, 2005 (Acessado em 04 de Novembro de 2011)
8. Noto S. Why Brazil is doing this? *Leprosy Mailing List*. Disponível em <http://www.aifo.it/english/resources/online/lml-archives/index.htm> (Acessado em 04 de dezembro de 2011)
9. Naafs B. Treatment of leprosy: science or politics? *Trop Med Int Health* 2006; 11(3): 268-78.
10. Fine PEM. Leprosy: what is being "eliminated"? *Bull World Health Organ* 2007; 85(1): 2-3.
11. Schreuder PAM. Give the leprosy workers a voice. *Leprosy Mailing List*. Disponível em <http://www.aifo.it/english/resources/online/lml-archives/index.htm> (Acessado em 26 de dezembro de 2011)
12. Lima MSM, Pomini ACM, Hinders D, Soares MPB, Mello MGS. Capacitação técnica vs. comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. *Cad Saúde Colet* 2008; 16(2): 293-306.
13. Penna ML, De Oliveira ML, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. *Lepr Rev* 2009; 80(3): 332-44.
14. Opromolla DV, Nobrega RC, Gonçalves NNS, Padovani SHP, Padovani CR, Gonçalves A. Estimativa da prevalência da hanseníase pela investigação em demanda inespecífica de agências de saúde. *Rev Saúde Pública* 1990; 24(3): 178-85.
15. Saunderson PR. Leprosy elimination: not as straightforward as it seemed. *Public Health Rep* 2008; 123(2): 213-6.
16. Aquino DMC, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991- 1995. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1): 119-25.
17. Daumerie D. Independent evaluation of GAEL. Letter to the editor. *Lepr Rev* 2004; 75: 407-8.
18. Fleury S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3): 743-52.

19. Gonçalves A, Mantellini GG, Padovani CR. Leprosy Control: perspectives & epidemiological and operational aspects. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2010; 52(6): 311-5.
20. Mantellini GG, Gonçalves A. A revisão e a análise como metodologias científicas contendeúísticas. *Inter Science Place* 2009; 2(5): 1-13.
21. Almeida Filho N. A ciência da saúde. São Paulo: Hucitec; 2000.
22. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
23. Baum F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Soc Sci Med* 1995; 40(4): 459-68.
24. Vieira S, Saad-Hossne W. Metodologia científica para a área da saúde. São Paulo: Campus; 2001.
25. Thomas JR, Nelson JK. Métodos de pesquisa em atividade física. Porto Alegre: Artmed; 2002.
26. American Psychological Association. Publication manual of the American Psychological Association. Washington: 2001.
27. Chizzotti A. Pesquisas em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2001.
28. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
29. Cohen JS, Biesecker BB. Quality of life in rare genetic conditions: a systematic review of the literature. *Am J Med Genet A* 2010; 152A(5): 1136-56.
30. Meima A, Smith CS, Van Oortmarssen GJ, Richardus JH, Habbema JD. The future incidence of leprosy: a scenario analysis. *Bull World Health Organ* 2004; 82(5): 373-80.
31. Evans AS. Ruminations on infectious disease epidemiology: retrospective, curspective, and prospective. *Int J Epidemiol* 1985; 14(2): 205-14.
32. Brasil. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1): 200-2.
33. Soares RCFR. Epidemiologia da Hanseníase. Programa XII Congresso Brasileiro de Hansenologia; 2011 nov 23-26; Maceió (Br). Bauru: Sociedade Brasileira de Hansenologia 2011.
34. Poojabylaiah M, Marne RB, Varikkodan R, Bala N, Dandakeri S, Martis J. Relapses in multibacillary leprosy patients after multidrug therapy. *Lepr Rev* 2008; 79(3): 320-4.
35. Scollard DM, Adams LB, Gillis TP, Krahenbuhl JL, Truman RW, Williams DL. The continuing challenges of leprosy. *Clin Microbiol Rev* 2006; 19(2): 338-81.
36. Faget GH, Pogge RC, Johansen FA, Dinan JF, Prejean BM, Eccles CG. The promin treatment of leprosy. A progress report. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1966; 34(3): 298-310.
37. Opromolla DVA. Contribuição ao estudo da terapêutica da lepra (hanseníase) [Tese de Doutorado]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 1972.
38. Jacobson RR, Hastings RC. Rifampin-resistant leprosy. *Lancet* 1976; 2(7998): 1304-5.
39. Shepard CC. The experimental disease that follows the injection of human leprosy bacilli into foot-pads of mice. *J Exp Med* 1960; 112(3): 445-54.
40. Matsuoka M. Drug resistance in leprosy. *Jpn J Infect Dis* 2010; 63(1): 1-7.
41. Organisation Mondiale de la Santé. Pharmacorésistance de la lèpre: rapports de certains pays d'endémie. *Weekly Epidemiological Record* 2009; 26: 264-8.
42. Organisation Mondiale de la Santé. Relevé épidémiologique hebdomadaire. *Weekly Epidemiological Record* 2010; 29: 281-4.
43. Kar S, Pal R, Bharati DR. Understanding non-compliance with WHO-multidrug therapy among leprosy patients in Assam, India. *J Neurosc Rural Pract* 2010; 1(1): 9-13.
44. Foss N, Souza A, El-Azhary R. Leprosy in Brazil. *International Journal of Dermatology* 2010; 49: 589-97.
45. Sehgal VN, Sardana K, Dogra S. The imperatives of leprosy treatment in the pre- and post-global leprosy elimination era: appraisal of changing the scenario to current status. *J Dermatolog Treat* 2008; 19(2): 82-91.
46. Worobec SM. Treatment of leprosy/Hansen's disease in the early 21st century. *Dermatol Ther* 2009; 22(6): 518-37.
47. Job CK. Report on a 10 year follow-up study of 2 lepromatous patients treated for 1 year with standard multidrug therapy. *Indian J Lepr* 2009; 81(3): 149-50.
48. Brasil. Portaria nº3125 de 07 de outubro de 2010: aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
49. Forno C, Häusermann P, Hatz C, Itin P, Blum J. The difficulty in diagnosis and treatment of leprosy. *J Travel Med* 2010; 17(4): 281-3.
50. Walker SL, Lockwood DN. Leprosy. *Clin Dermatol* 2007; 25(2): 165-72.
51. Sehgal VN, Sardana K, Dogra S. Management of complications following leprosy: an evolving scenario. *J Dermatolog Treat* 2007; 18(6): 366-74.
52. Organização Mundial Da Saúde. Estratégia Global aprimorada para a redução adicional da carga da Hanseníase. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
53. Cross H. Adding quality to leprosy control: prevention of disability. *Lepr Rev* 2010; 81(2): 138-43.

Recebido em: 20/03/12

Versão final apresentada em: 16/12/12

Aprovado em: 07/03/13