

Como está sendo avaliado o custo-efetividade e o custo-benefício dessa medida de controle? Estas são questões-chaves que justificam a realização de mais estudos em Montes Claros.

Outro aspecto, não menos importante, abordado no estudo<sup>4</sup>, foi o comportamento da população de flebotomíneos nos dez bairros previamente selecionados. Os autores estudaram aspectos cruciais sobre o comportamento dos flebotomíneos, como endofilia e exofilia. Toda e qualquer estratégia de controle vetorial a ser empregada em programas de controle das leishmanioses, deveria basear-se no prévio conhecimento do comportamento da população de flebotomíneos. Tão importante quanto aos estudos sobre endofilia e exofilia, seria avaliar se os flebotomíneos costumam alimentar-se dentro (endofagia) ou fora (exofagia) dos domicílios. Da mesma maneira, é preciso saber se a população de *Lutzomyia longipalpis* apresenta, ou não, concordância gonotrófica. Espécies que apresentam discordância gonotrófica precisam de dois ou mais repastos sanguíneos para completar o desenvolvimento dos ovos. Esta observação é extremamente importante do ponto de vista epidemiológico, pois significa que a fêmea irá procurar mais de um hospedeiro para completar o ciclo gonotrófico. O conhecimento prévio sobre o grau de *endofilia x exofilia*, *endofagia x exofagia*, *concordância x discordância gonotrófica*, bem como sobre a sazonalidade dos flebotomíneos comprovadamente vetores, ajudariam a definir, de forma mais precisa, os períodos de maior risco de adquirir a infecção em áreas endêmicas.

Afora os aspectos positivos já mencionados, é preciso chamar a atenção para um equívoco. No quarto parágrafo da página 148, os autores afirmam: "...com a doença instalada definitivamente em cidades de médio e grande porte, como Teresina, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte, Montes Claros, Januário, entre outras"<sup>4</sup>. Essa afirmação não está correta. De fato, existem casos autóctones registrados em municípios da região metropolitana do Recife, tais como Itamaracá e Paulista, mas não na Cidade do Recife. Não obstante, alguns pacientes residentes em municípios do interior de Pernambuco, migram para capital em busca de tratamento nos hospitais de referência, e acabam por ser, erroneamente, eventualmente notificados como casos de Recife. Arelado a isto, a presença de populações de *Lutzomyia longipalpis* ainda não foi confirmada no Recife<sup>2</sup>. Logo, todos os casos registrados nesta cidade podem ser até hoje, categoricamente classificados como casos alóctones.

Até onde sabemos, também não existem casos autóctones na cidade de Salvador, mas sim na região metropolitana. É interessante esse registro, pois não conseguimos explicar por que a LV ocorre de forma endêmica em municípios circunvizinhos de Salvador e Recife, sem que ocorra nestes últimos. O assunto foi comentado pelo Prof. Carlos Henrique Nery Costa<sup>1</sup>, UFPI, durante o VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em Recife em 2004. Várias hipóteses foram aventadas, durante uma breve discussão, porém nenhuma foi capaz de explicar a razão da não existência do ciclo zoonótico da LV nestes dois municípios.

No Brasil, a expansão da LV é fato demasiadamente conhecido. A doença se perpetua de forma paradigmática, difundindo-se geograficamente numa velocidade preocupante. Em parte, isso reflete uma melhoria no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Por outro lado, ilustra o baixo impacto das

atuais estratégias de controle. Trabalhos dentro do escopo deste de Montes Claros e daqueles realizados em cidades como Teresina e Campo Grande, só para ficar com dois outros exemplos, devem ser cada vez mais encorajados e apoiados, como vem fazendo a Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, a fim de estabelecer o melhor planejamento e efetividade das ações de controle desta zoonose no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa CHN. Urbanização da leishmaniose visceral no Brasil: caracterização e especulações ontogenéticas. *In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Recife, 1 CD-ROM, 2004.
2. Dantas-Torres F, Faustino MAG, Alves LC, Acioli R, Lima OC. Classificação do município do Recife quanto à transmissão da leishmaniose visceral canina. *Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária* 23: 234, 2004.
3. França-Silva JC, Costa RT, Siqueira AM, Machado-Coelho GLL, Costa CA, Mayrink W, Vieira EP, Costa JC, Genaro O, Nascimento E. Epidemiology of canine visceral leishmaniasis in the endemic area of Montes Claros municipality, Minas Gerais State, Brazil. *Veterinary Parasitology* 111: 161-173, 2003.
4. Monteiro EM, França-Silva JC, Costa RT, Costa DC, Barata RA, Paula EV, Machado-Coelho GLL, Rocha MF, Fortes-Dias CL, Dias ES. Leishmaniose visceral: estudo de flebotomíneos e infecção canina em Montes Claros, Minas Gerais. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 38: 147-152, 2005.

*Filipe Dantas-Torres<sup>1</sup> e  
Sinval Pinto Brandão-Filho<sup>1</sup>*

1. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco.

## Reflexões sobre a Política Global de Controle de Hanseníase

### Considerations about Global Policy for Leprosy Control

Senhor Editor:

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), como comunidade científica nacional, solidariza-se com a comunidade científica internacional, contra essa marcha da Organização Mundial de Saúde (OMS) pela *eliminação* da hanseníase. Deveríamos aprender com a malária que precisou de décadas para e voltar ao controle e abandonar a idéia da erradicação.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Dermatologia, já se posicionou oficialmente ao Ministério da Saúde, não concordando com alterações que vêm sendo feitas na política nacional de *eliminação* da hanseníase. A resposta do Ministério foi exatamente como a OMS agiu na Aliança Global para a

Eliminação da Hanseníase, ou seja, a SBD foi sumariamente excluída das reuniões de formulação da política nacional por questionar as atuais mudanças técnicas, sem qualquer sustentação cientificamente aceitável.

A Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária foi extinta e foi criado um Programa Nacional de Eliminação de Hanseníase. A OMS é uma instituição séria e idônea que merece todo o nosso respeito, mas na hanseníase a sua legitimidade é questionável na comunidade científica internacional. No nosso país, a história se repete, o Ministério da Saúde, é uma instituição séria e idônea que merece todo o nosso respeito; mas na hanseníase ele vem perdendo legitimidade na comunidade científica nacional.

A OMS afirma, em seu relatório *Leprosy Elimination Project - Status report - World Health Organization (WHO) - Dec - 2003*, que os maiores problemas residem no fato de que no Brasil há um programa vertical. No mínimo isso reflete seu desconhecimento em relação da definição de vertical, uma vez que no país não há sequer UMA só unidade de saúde que trabalhe só com hanseníase. No Brasil, segundo a OMS, outro entrave seria o fato do programa estar entregue a dermatologistas, porém dos 27 estados brasileiros, apenas três tem dermatologista no programa, e no ministério, há mais de sete anos não há um dermatologista na equipe nacional. Note que o dever de casa foi feito quando estavam no Ministério da Saúde dois dermatologistas, quando a casa foi arrumada e a prevalência caiu de 19 para 4/10.000 habitantes.

O excesso de simplificação na assistência ao paciente de hanseníase fez com que os especialistas do todo o mundo, inclusive brasileiros fossem afastados das formulações técnicas de políticas internacional e nacional, de uma doença que é complexa. Retirou-se a baciloscopia da rotina com o argumento que nossa rede era incapaz de realizar tal exame, a mesma rede que faz até hoje o mesmo exame para tuberculose e a mesma rede que realiza, no país inteiro, contagem de CD4 & CD8 e avaliação da carga viral de HIV como exames orientadores da terapêutica.

A SBD congrega 5.080 sócios, e já vem tomando todas as medidas para que seus associados não cumpram as orientações que vem sendo dadas pelo MS, uma vez que a entidade reafirma que essas medidas não têm amparo científico. Aliás, o editorial do último número do *International Journal of Leprosy*, (Editorial - Scollard David - *The 6th WHO TAG Report: Validation and "Non - existing patients" II Leprosy - Jan 2005*) recomenda explicitamente aos os ministérios da saúde dos países endêmicos que não acatem as recomendações da OMS. O último número do *Bulletin of the WHO, March 2005* Lockwood & Suneetha em *Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm* - expressa exatamente a trajetória equivocada da OMS em relação as atividades de controle da hanseníase.

Ao estipular a meta de eliminação, sem ouvir o Brasil, a OMS escolheu um indicador equivocado para monitorar a endemia. Agora, a OMS recomenda um tratamento *auto-supervisionado* onde o paciente, ao ser diagnosticado, recebe, de uma só vez medicação para 12 meses de tratamento dizendo a ele que não necessita mais das consultas mensais para monitoramento da evolução do tratamento, mesmo sabendo que a destruição do *M leprae* aumenta sobremaneira a carga antigênica geradora do dano neural.

Na era da medicina baseada em evidências, é imperativo que as políticas de saúde sejam formuladas sobre esse alicerce.

*"A hanseníase já é considerada doença negligenciada (conférence sur les maladies négligées, Berlin, dec 2003), no ritmo atual, em breve, será considerada doença esquecida"* (P. Bobin, Bull ALLE, Janvier, 2005).

Desejamos, sinceramente, sucesso ao Dr. Pannikar em seu desafio como novo líder da equipe técnica de hanseníase da OMS, e confiamos que ele possa organizar uma reunião do Comitê de Expertos de Hanseníase, e assim colocar a Comunidade Científica Internacional de Hanseníase e a OMS, juntas outra vez.

*The Brazilian Society of Dermatology (BSD), as a national scientific community, rendered solidarity with the international scientific community, against this march of WHO for leprosy elimination. We should learn with malaria that required decades to re-initiate its control and give up the elimination idea.*

In Brazil, Brazilian Society of Dermatology (BSD) took officially, to the Ministry of Health, the stand of non-agreement with the modifications that are being made in the national politics for leprosy *elimination*. The Ministry answer was exactly as that of WHO that acts in the Global Alliance for Leprosy Elimination, that is, the BSD was summarily excluded from the meetings of national policy formulation, for questioning the present technical changes, without any scientifically acceptable support.

The Sanitary Dermatology National Coordination was extinguished and a National Program of Leprosy Elimination was created. WHO is a reliable and competent institution that deserves our entire respect, but in the case of leprosy, its legitimacy is questionable in the world scientific community. In our Country, history repeats itself: the Ministry of Health is a reliable and competent institution that deserves our entire respect, but in the case of leprosy, it is losing legitimacy in the national scientific community.

In its *Leprosy Elimination Project - Status report - WHO - Dec - 2003*, WHO asserts that the bigger problems reside in the fact that in Brazil there is a vertical program. In the least, this reflects its ignorance in relation to the definition of vertical, since in the Country there is never so much as ONE care unit that works only with leprosy. According to WHO, in Brazil, another obstacle would be the fact that the program is handed to dermatologists. However, only three of the 27 Brazilian states have dermatologist in the program and, in the Ministry, for more than seven years, there is not one dermatologist in the national team. Observe that the homework was done when two dermatologists were in the Ministry of Health, when the house was settled and the prevalence diminished from 19 to 4/10,000 inhabitants.

The excess of simplification in the assistance to the leprosy patient caused specialists in the whole world, including Brazilian, to be separated from technical formulations of national and international politics of a complex disease. Bacilloscopy was withdrawn from routine, under the argument that our network was enable to perform such a test, the same network that performs up till now the same test for tuberculosis, and the same network that performs, in the whole country, CD4 & CD8 counting, as well as the evaluation of HIV viral burden as tests for therapy guiding.

BSD congregates 5,080 members, and it is already taking all measures so that its associates do not comply with the orientations that are being given by the Ministry of Health, since this entity reaffirms that these measures have no scientific support. Otherwise, the editorial of the last issue of the International Journal of Leprosy (Editorial Scollard David – The 6<sup>th</sup> WHO TAG Report: Validation and *Non-existing patients* IJ Leprosy – Jan 2005) recommends explicitly to the ministries of health of endemic countries not to obey WHO recommendations. The last issue of the Bulletin of the WHO, March 2005 Lockwood & Suneetha in Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm — expresses, exactly, the mistaken trajectory of WHO in relation to the leprosy control actions.

At determining the elimination goal, without hearing Brazil, WHO has chosen a mistaken indicator to monitoring the endemic disease. Now, WHO recommends an *self-supervised* treatment, where the patient, at being diagnosed, receives, at a time, medication for 12 months of treatment, and he is told that he does not need more monthly consultations for monitoring the evolution of the treatment, even knowing that the destruction of *M. leprae* increases extremely the antigenic burden generator of neural prejudice.

In the era of the evidence-based medicine, it is imperative that health politics be formulated over this foundation.

*Leprosy is already considered as a neglected disease (conférence sur les maladies négligées, Berlin, Dec 2003), In the present rhythm, it will be soon considered as a forgotten disease* (P. Bobin, Bull ALLE, Janvier, 2005).

We sincerely wish Dr. Pannikar success in his new challenge as leader of WHO Technical Leprosy Team, and we trust that he will convene a meeting of the Leprosy Expert Committee, bringing WHO and the international scientific community together again.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lockwood DN, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. Bulletin of the World Health Organization 83: 230-235, 2005.
- Meima A, Smith WC, van Oortmarsen GJ, Richardus JH, Habbema JD. The future incidence of Leprosy: a scenario analysis. Bulletin of World Health Organization 82:373-380, 2004.
- Meima A, Smith W, Cairns S, van Oortmarsen GJ, Richardus JH, Habbema JD. The future Incidence of Leprosy: a scenario analysis Public Health. Rotterdam University - ILJ Volume 70: número 4, Dec, 2002.
- Oliveira MLW, Talhari S, Penna GO, Gonçalves HS. Editorial - O Compromisso da SBD com a eliminação da hanseníase no Brasil: Somos também responsáveis pelo fracasso dessa meta? Sociedade Brasileira Dermatologia, volume 80, número 1, janeiro-fevereiro, 2005.
- Scollard D. Editorial. The 6<sup>th</sup> World Health Organization. TAG Report: Validation and "Non - existing patients" IJ Leprosy Jan, 2005.
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Relatório da Reunião de Trabalho para Avaliação da hanseníase no Estado de São Paulo, 2004.
- Warwick JB, Lockwood D. Leprosy - Seminar. The Lancet, April 2, 2004.
- World Health Organization. Leprosy Elimination Project - Status report - WHO – December, 2003.

*Sinésio Talhari<sup>1</sup> e Gerson Penna<sup>1</sup>*

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro, RJ.

## Nova Tabela das Áreas do Conhecimento

### New Table for Areas of Knowledge

#### Senhor Editor:

O CNPq, a CAPES e a FINEP constituíram Comissão Especial de Estudos para propor uma nova Tabela das Áreas do Conhecimento. Como é de conhecimento geral, a tabela em uso há mais de duas décadas causa problemas variados tanto na gestão quanto na organização de dados de C&T e educação. Uma classificação atualizada será instrumento da maior relevância para a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas públicas.

A construção de uma tabela de áreas do conhecimento, sendo atividade complexa, necessita de ampla participação da comunidade. A contribuição de editoras especializadas é indispensável para garantir visibilidade e qualidade ao trabalho a ser realizado.

Neste sentido, sugerimos que as editoras disseminem informações sobre a matéria junto a seus colaboradores e assinantes. Estamos a sua disposição para maiores informações sobre o trabalho da Comissão através do seguinte endereço: [comissao.areas@cnpq.br](mailto:comissao.areas@cnpq.br).

*Manuel Domingos Neto<sup>1</sup>*

1. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério da Ciência e Tecnologia. Brasília DF, Brasil.