



Perspectivas históricas do diagnóstico e tratamento da hanseníase

Historical perspectives of the leprosy diagnosis and treatment

Ricardo Jardim Neiva¹

¹Instituto Federal do Norte de Minas Gerais

Resumo: Através da revisão da literatura sobre o tratamento e o diagnóstico da hanseníase, esse artigo analisa as interpretações da doença na história e de sua configuração endêmica no Brasil. Repercute assim a estrutura atual do programa de controle da hanseníase, por meio das mudanças nas classificações diagnósticas e adoção de critérios no uso de medicamentos em reações hanseníacas e da revisão dos conceitos da implantação da Poliquimioterapia da hanseníase no Sistema Único de Saúde – SUS. Tais fatos mostraram uma preocupação científica na segunda metade do século XX com uma doença ainda incompreendida e altamente endêmica no país.

Palavras-chave: Hanseníase, Tratamento, Diagnóstico.

Abstract: The study of literature review deals on the treatment and diagnosis of Hansen disease, this article analyzes the interpretations of the disease in a historical perspective and its endemic configuration in Brazil, as well as, the current structure of the program intended to control Hansen disease, through the treatment of cases of leprosy reactions and changes in classification to be adopted in Brazil. These facts showed a scientific concern in the second half of the twentieth century with a still misunderstood and highly endemic disease in the country.

Keywords: Leprosy, Treatment, Diagnosis.

1. Introdução

Historicamente, a hanseníase une, numa simbiose de latência irrefutável, o status de problema de saúde pública e flagelo social do indivíduo acometido. Por muito tempo, o diagnóstico da doença era visto tal qual uma sentença de morte. Com o surgimento de alternativas terapêuticas que barrassem o avanço do mal de Hansen, a comunidade médica passa a se ocupar mais ainda do estigma causado pela hanseníase. Apesar dos avanços na qualidade de vida e condições de combate do mal, ainda há um grande número de pessoas que não recebe um diagnóstico correto e um tratamento efetivo.

O processo de constituição da hanseníase como doença (enquanto processo biológico) e como estigma social (enquanto experiência subjetiva) é visível, se analisarmos os aspectos históricos envolvidos na evolução do seu tratamento. Da inexistência de cura completa até a moderna poliquimioterapia adotada em todo o mundo, um entendimento empírico foi construído para que a hanseníase pudesse almejar um tratamento clínico eficaz e menos preconceituoso. Segundo Cunha¹, esse

preconceito herdado do antigo testamento, por conta de passagens registradas no levítico, mantém a hanseníase como uma doença vinculada a preceitos religiosos. A situação de destaque dada à lepra no mundo antigo deixou marcas na hanseníase do mundo moderno. O papel do combate à doença foge do convencional e costura novas estratégias, voltadas à saúde pública.

Enquanto a hanseníase se disseminava no mundo antigo, as estratégias de tratamento também mudavam de acordo com o que era permitido e conhecido na época. O banimento do indivíduo da sociedade, tal qual as internações compulsórias ocorridas até o fim do séc. XX, foram parte do processo de como a sociedade lidou, bem ou mal, com os portadores do mal de Hansen. Segundo Olivier², nem a união do medo de todas as outras doenças juntas representaria o pavor que a lepra causava às pessoas. O indivíduo via na hanseníase uma porta para a morte e o comprometimento da salvação da alma prometida pelo cristianismo, então religião em ascensão no Ocidente. Nem mesmo a Peste Negra, que devastou o Séc. XIV, ou a sífilis, no final do século XV, causaram tanto pavor³.

O que vemos atualmente é um modelo um tanto diferente do que nos é mostrado em Foucault⁴. Para justificar o aprimoramento da medicina social na Europa do século XVIII, o autor explicita o surgimento do modelo médico e político da quarentena, como ferramenta de controle de doenças movido pelo estado. Com a identificação de famílias, demarcação de bairros “sob a responsabilidade de uma autoridade designada” para a fiscalização do não cumprimento da ordem de resignação domiciliar de quarentena. No modelo apontado por Foucault⁵ observamos ainda uma divisão entre as vigílias para os casos de lepra e peste. A lepra é estruturada como a exclusão social, enquanto os casos de peste são separados e selecionados num esquema que compõe a totalidade das medidas de quarentena na época. Em um esquema meticuloso de policiamento e exclusão e separação, a sociedade da época condicionava relações de poder para as questões de saúde.

Na atualidade, os tratamentos e os métodos de diagnóstico da doença estão focados na cura através dos medicamentos, na detecção precoce dos casos e em intervenções comunitárias. Estas condutas surgem com o nascimento da Poliquimioterapia (PQT), tratamento baseado no uso combinado de diversas drogas contra o bacilo de Hansen. Rodrigues e Lockwood⁶ relatam que o tratamento, surgido na década de 1980, beneficiou mais de 15 milhões de pessoas. A nova PQT elimina a necessidade de isolamento do doente, uma vez que, 72 horas após o uso da primeira dose, este não teria mais bacilos viáveis para contaminar outras pessoas através de via oral. Interrompe-se assim a cadeia de transmissão que parecia justificar o isolamento do portador.

A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e, sendo realizada de forma completa e correta, garante a cura da doença⁷.

Olivier⁸ aponta que a hanseníase incorporou no Brasil o espírito da doença dita de saúde pública. Sem que o doente seja retirado do convívio familiar ou mantido nas populares quarentenas da Idade Média, há tratamento comunitário da doença, além de campanhas de orientação mediadas pelo estado. Estas objetivam a identificação de sinais precoces da hanseníase por parte do próprio doente, sendo este tratado no início destes.

A gravidade da Hanseníase é mostrada através de dados epidemiológicos. Martins e Caponi⁹ mostram que, com referência a sua epidemiologia peculiar quando comparada a outras doenças incapacitantes e com relatos de casos de períodos históricos anteriores ao cristianismo, o Brasil ocupa o segundo lugar em número de casos no mundo. A Índia detém a liderança desse ranking. Outros documentos corroboram a afirmativa das autoras. Segundo o último boletim epidemiológico emitido pela OMS¹⁰, 16 países vêm apresentando um número anual de casos de hanseníase maior que 1000 casos. A Ásia, evidentemente por conta do alto número de habitantes, apresentou no relatório índice de detecção da doença de 9,39 casos por 100.000 habitantes. As Américas tiveram um índice de 4,58 casos por habitante. O país com maior número de casos registrados nas Américas é o Brasil, que apresenta os maiores índices.

Mais impressionante ainda é concluir que, segundo Souza¹¹, cinco países concentram 82% dos casos de hanseníase do mundo. São eles: Índia, Brasil, Indonésia, Myanmar e Nigéria. Um fato curioso é que o Brasil anota 87% do total de casos da doença na América, segundo a autora.

Como o entendimento da doença hanseníase sofre influências de cunho religioso, o tratamento muitas vezes fica prejudicado pela falta do estabelecimento de uma rede forte de confidencialidade e confiança, entre profissional de saúde e doente. O tratamento em si, apesar de muito importante, é ainda uma parte do processo. Há uma demanda em identificar precocemente, tratar e curar as pessoas por parte do Estado e dos profissionais, mas do outro lado há o indivíduo confrontado por seus saberes e sua interpretação dos fenômenos. Muitos atribuem então ao tratamento uma ideia de conserto do corpo:

O indivíduo estigmatizado, em alguns casos, responde tentando corrigir diretamente o seu "defeito", ou seja, procura se tratar corretamente tentando evitar sequelas ou sinais físicos da doença. Onde esse "conserto" é possível, o que ocorre não é adquirir um *status* de normalidade, de saúde, mas uma transformação do ego: indivíduo que tinha um "defeito" particular e o corrige⁹.

Se pesquisas recentes evidenciam a situação acima, é fundamental que retomemos partes do histórico do tratamento da hanseníase no Brasil, para entendermos a efetividade e a funcionalidade do diagnóstico e tratamento. Com o passar do tempo, podemos perceber dois episódios que, ocorridos com portadores da hanseníase no último século, serviram de base para o estabelecimento do fluxo atual da assistência e medicamentos utilizados. Através de uma análise sociológica das ocorrências, podemos evidenciar duas grandes alterações fundamentais para que se chegasse aos moldes atuais de diagnóstico e tratamento.

A Portaria Nº1073/GM¹², coloca a hanseníase no centro do debate, e projeta, através do Ministério da Saúde, estratégias inovadoras no tratamento da doença feito na rede pública. Com revisões pautadas em religiosidade e misticismo, o mal de Hansen inaugurou no início do Séc. XXI uma nova forma da sociedade lidar com a doença. Para isso, foram necessárias revisões no modo como o diagnóstico e o tratamento da doença eram feitos, para que o Brasil firmasse suas ações e estratégias públicas em relação à hanseníase. Com a mudança na classificação das formas clínicas da doença e mudança dos critérios de uso da Talidomida no tratamento de reações hansênicas, o Brasil caminhou para um tratamento médico mais efetivo dessa doença.

Através da revisão da literatura sobre o tratamento e o diagnóstico da hanseníase, esse artigo analisa a estrutura atual do programa de combate à hanseníase no Brasil, as mudanças nas classificações diagnósticas e adoção de critérios no uso de medicamentos em reações hansênicas, assim como revisa os conceitos da implantação da Poliquimioterapia da hanseníase no Sistema Único de Saúde – SUS.

2. Objetivo

Analisar a trajetória das ações em saúde referentes à hanseníase no Brasil, revisando conceitos metodológicos, classificações diagnósticas e tratamentos poliquimioterápicos.

3. Percorso Metodológico

Os dados obtidos provêm de ampla análise de literatura sobre o tema, realizado entre os meses de Janeiro e Dezembro de 2014.

4. Resultados e discussão

4.1. Histórico do diagnóstico e tratamento da hanseníase

As doenças, interpretadas pela sociedade como um conjunto de fatores agregados, de ordem biológica e comportamental, preocupam indivíduos e instituições. Adoecer implica em cuidados para que se evite que isso aconteça e, em consequência, se diminuam possíveis danos corporais e mentais. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS¹⁰ há diversas evidências apontando que, com cuidados direcionados e regulares de saúde, os pacientes melhorem e que as comorbidades diminuam consideravelmente. Embora essa não seja uma verdade inquestionável, é de uso corrente no século XXI. Essa visão moderna que o indivíduo tem da doença já está severamente afastada da visão dos homens da antiguidade. Como visto em Foucault¹³, a crença no sobrenatural acompanhou a prática da medicina, em paralelo à racionalidade biomédica. O inexplicável encontrava muletas no sobrenatural com extrema facilidade.

Em Levítico, no Antigo Testamento, capítulo 13, encontra-se toda uma orientação sobre o que deveria ser feito em caso de lepra. Embora a doença a que a Bíblia se refira seja a Lepra, dificilmente esta seria a doença que concebemos como hanseníase. Os casos aqui elencados (na Bíblia), sob o termo genérico "lepra", incluem também simples infecções da pele, ou até manchas na roupa ou em edifícios. A lepra, como outras doenças, é algo de anormal, e por isso ameaçador, que se opõe à saúde normal¹⁴. Até o Séc. XIV, o nome Lepra tanto referia-se a lesões provocados por queimaduras, escamações, escabiose, câncer de pele, lúpus, escarlatina, eczemas, sífilis, quanto às manifestações do bacilo de Hansen. Autores como Virchow¹⁵ e Hansen¹⁶, defendem a teoria de que a hanseníase já existia na Europa antes da chegada do cristianismo, e teria se tornado endêmica na Idade Média em quase todos os povos de que se tem conhecimento.

Após a forte influência da lepra na tradição judaico-cristã, abundam tratamentos que lançam toda a sorte de recursos espirituais sobre o doente, além de critérios, no mínimo, curiosos. A visão da lepra como castigo divino colaborou efetivamente para que os padres fossem os responsáveis pelo "diagnóstico" dos leprosos; submetiam-nos à queima de objetos pessoais, sacrifícios e purificações. Nada mais lógico, se levarmos em consideração que a doença era vista como "castigo divino" e "impureza da alma". Havia ainda, nos rituais, a tentativa de colocar o indivíduo em contato com o que se entendia, pelo cristianismo, como puro: um pássaro, uma manjedoura, a água ou a madeira de cedro¹⁷.

Na Idade Média, a transmissão da hanseníase estava associada à hereditariedade, má alimentação efeitos do clima, além dos já citados fatores espirituais e religiosos. Portanto, a doença encontraria terreno fértil em pessoas vivendo em más

condições de higiene, alimentação e o consumo de alimentos sem critérios de variedade ou qualidade. A origem desses fatores se deve ao rápido crescimento da população e sua concentração nas cidades medievais, em espaço que lembra uma espécie de confinamento. A ocupação do espaço nas cidades da época também favorecia a promiscuidade, o crescimento e o desenvolvimento de várias doenças, além da hanseníase¹⁸.

Mesmo com as condições de disseminação da doença mencionadas anteriormente, é válido lembrar que muitos autores falam em cura espontânea da doença. Alguns autores descrevem a questão da cura espontânea, vista pelos médicos da época como sendo consequência da melhoria nas condições de higiene e dos esclarecimentos sobre a sua importância. Convém mencionar que a noção de higiene mencionada é a entendida de acordo com as concepções daquela época. Esses médicos negavam que a transmissibilidade pudesse se dar através das migrações ou do deslocamento de soldados, comerciantes e povoadores, ou ainda pelas Cruzadas²⁰.

Principalmente na Idade Média, os médicos e demais profissionais que identificavam a hanseníase eram movidos unicamente até o diagnóstico. Segundo Frohn²⁰, o banimento do indivíduo, que seria determinado na ocorrência de um diagnóstico dado por um médico ou um padre da época, encerrava por si só o problema. Não havia então um empenho na busca por respostas, tampouco tratamento para o mal de que sofria a pessoa expulsa. Interpretavam-na como impura, malvista aos olhos de Deus, e isso bastava. Não havia na época condições de possibilidade com a constituição de um saber para a compreensão da doença tal qual identificamos hoje. Só o advento da bacteriologia formou a referida compreensão.

O surgimento e multiplicação dos leprosários medievais nos mostra que havia um esforço diminuto para se buscar tratamento ou cura para casos de hanseníase por parte das autoridades da época. Faes²¹ conta que, uma vez instalado nos leprosários da Idade Média, o doente de hanseníase tinha direito a uma cama, um baú para guardar seus pertences e um lugar para acender uma vela. O hanseniano doente tinha direito a uma consulta médica por ano, porém por vezes ficavam por volta de 11 anos sem nenhum tipo de contato de ordem médica e de saúde profissional. Esta realidade foi trazida até o Séc. XX, onde perduraram as ocupações de hansenianos em comunidades afastadas da convivência em comunidade. Nesse período, em países de alta endemicidade como o Brasil, o advento da Poliquimioterapia (PQT) muda o panorama da segregação com oferta de tratamento e políticas públicas.

4.2. A hanseníase e seu tratamento no compasso do SUS

Muitas das concepções do estigma e entrelaçamento do tratamento do indivíduo hanseniano se deram após o início do tratamento hoje conhecido como Poliquimioterápico (PQT). A partir da Lei 9.010, de 29 de Março de 1995, fica proibido em território nacional a referência à doença Lepra, sendo o termo substituído pela alcunha "hanseníase"¹². A mudança do termo sucedeu o início do tratamento poliquimioterápico utilizado até os dias atuais, com uma combinação de medicamentos bacteriostáticos que prometem a cura dos pacientes com hanseníase em 100% dos casos de tratamento ininterrupto.

Por seu alto poder de incapacitação sem perspectiva de grandes reabilitações do ponto de vista da recuperação da mobilidade, Carneiro; Possuelo; *et al*²² corroboram a ideia de que, quanto mais precoce o diagnóstico, menores os danos ao doente. É justo entender que, uma vez que o tratamento hanseníase provoca a interrupção de uma cadeia de transmissão e danificação do sistema nervoso periférico do indivíduo

acometido, se faz mister que todos os indivíduos em grandes áreas epidêmicas sejam diagnosticados o mais rápido possível. Esse processo deve então ter fluidez, sequência e não pode permitir erros de nenhuma natureza. Para que isso aconteça, nada melhor do que instituir uma doença dita "negligenciada" como prioridade e objeto de política pública. E o Brasil assim o fez.

O modelo atual de saúde é regido por políticas públicas e mediado pela representação do controle social, este presente na forma dos conselhos de saúde, órgão deliberativo das ações neste âmbito em nível municipal através da Lei nº 8142²³. O acesso a esses serviços é aberto a todo e qualquer cidadão brasileiro em território nacional, e se pretende universal, equitativo e igualitário. O amparo legal para esse entendimento da engrenagem da saúde se dá na Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990²⁴. Após firmada, a legislação do SUS viria a significar um avanço nos discursos da saúde social, preventiva e focada no indivíduo inserido em sua comunidade.

A proposição de uma saúde coletiva culmina no Brasil na criação do Programa de Saúde da Família, estratégia que vem para promover a saúde das pessoas com foco na organização familiar, e centra-se na tida estratégia primária de saúde. O projeto é ousado, e se dá, no início da década de 1990, num status de revolução da saúde. Com uma concepção do cuidado democrático, a ação da atenção básica à saúde apresenta princípios organizativos que nos dão uma ideia dos objetivos do projeto:

- a) prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, resolutive, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; b) intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; c) eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; d) humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; e) proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersectoriais; f) contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; g) fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; e (viii) estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício social²⁵.

Na seara das atividades da atenção básica em saúde do SUS, a hanseníase ocupa posto de destaque. O SUS tenta confrontar a antiga lepra nas suas ações básicas. Se há uma epidemia, ela precisa ser combatida na comunidade. O treinamento de profissionais para diagnosticar e tratar a doença entra na baila das ações. Porém, nem sempre surtem o efeito desejado. Segundo Moreira²⁶, para que ocorra o entendimento da necessidade de um diagnóstico preciso e tratamento efetivo da hanseníase na rede básica, é fundamental que se especifique o que vem a ser "Rede Básica" e qual sua função no tocante ao diagnóstico e tratamento da Hanseníase. Entende-se por rede básica as unidades básicas de saúde, os postos, os subpostos e os módulos do programa de saúde da família.

Várias decisões são tomadas por meio de políticas públicas desempenhadas em todo o país. O padrão de assistência visto no Brasil atual contempla ações específicas da atenção básica na hanseníase. O serviço público cuida dos casos diagnosticados da doença na própria comunidade, objetivando assim o tratamento ininterrupto dos doentes. O tratamento vem em seguida, assegurado pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde e demais unidades de descentralização do SUS.

4.3. Controvérsias e mudanças de conduta

A inclusão do mal de Hansen como doença negligenciada se sustenta ainda como a classificação desta entre as doenças ditas complexas, por não apresentar caracteres

genéticos definidos²⁵. A ocorrência da doença com variáveis genéticas que desencadeiam formas clínicas de manifestações distintas entre si, complicam o diagnóstico da doença, e faz com que a classificação dos casos e seu posterior tratamento passem por mudanças para que se facilite o diagnóstico em locais do país onde a atualização profissional seja uma constante.

A classificação de Madri, descrita originalmente em 1953, baseia-se em características clínicas da doença, além de aspectos bacteriológicos, imunológicos e histológicos, definindo grupos ou pólos da doença. Segundo Souza¹¹ além dos pólos: Hanseníase Tuberculóide e Hanseníase Lepromatosa, a forma da doença poderia ser algo como uma manifestação que seria transitória entre estes, ou uma forma inicial da doença e, portanto, indefinida. A classificação de Ridley e Jopling²⁸ adotava subgrupos da doença para suprir a necessidade de classificação quando os achados clínicos não coincidiam com os pólos propostos anteriormente. Variava a forma Borderline, que já era a forma da doença que não se enquadrava nos pólos, como Borderline Tuberculóide (BT) Borderline Borderline (BB) e Borderline Lepromatoso (BL). Todas essas definições, apesar de serem precisas para os estudiosos do tema, se mostraram pouco práticas na hora do diagnóstico por parte de profissionais que não eram exatamente estudiosos da hanseníase.

Em um país com um grande número de pessoas com a hanseníase e um grande desconhecimento do tema, era necessário que algo fosse feito no sentido de aumentar a detecção e o tratamento de casos novos. Beiguelman²⁹ afirma que os serviços de Vigilância Epidemiológica nacional abandonaram a descrição para tentar "simplificar" o diagnóstico da moléstia por meio do uso de uma classificação da doença muito mais simples. Como poderemos observar em Brasil³⁰, e a partir daí em seguidas publicações a definição da forma paucibacilar, que abrange formas iniciais da doença e a forma tuberculóide, teriam tratamento de 6 meses; A forma multibacilar, como manifestação da hanseníase dimorfa e virchowiana (borderline e lepromatosa, respectivamente), tratamento de 12 meses.

Souza¹¹, ao apresentar as formas clínicas da doença, menciona também o fato que teria desencadeado uma importante alteração de rota no tratamento dos casos de Hanseníase: O tratamento das reações hansênicas. Seriam estas reações manifestações de exacerbação da resposta imunológica nos acometidos pela hanseníase, a aparecer em muitos casos após o início do tratamento. Foram elencados como recursos médicos dois fármacos: A prednisona, corticóide administrado em dosagem com aumento e diminuição controlados pelo médico; e Talidomida, medicamento que inspirava uma necessidade maior de cuidados, e cujo uso se destinaria a tratar uma forma peculiar de reação hansênica conhecida como eritema nodoso.

Segundo Oliveira et al³¹, A prednisona passa a ser distribuída sem maiores problemas, mas a talidomida traz em seu histórico um desenvolvimento, no mínimo, curioso. Largamente utilizada em todo o mundo na década de 1950 e sintetizada pela primeira vez em 1953 a Talidomida era considerada um medicamento inofensivo. A droga, utilizada como recurso para as gestantes para evitar enjoos e mal - estar, acabou desacreditada após pesquisa que comprovou o efeito teratogênico da mesma. Mais de 15 mil crianças na Europa teriam nascido com graves deformidades congênitas. O encurtamento dos ossos dos braços e das pernas seria então a principal sintoma da doença. Surgiam então o famosos "bebês da Talidomida".

Apesar do fato ocorrido na década mencionada, a Talidomida não teve seu uso abolido. As correções de ações realizadas pelo governo brasileiro, considerando os efeitos benéficos da mesma em indivíduos já estabelecidos ^{32, 33} confirmam a ausência de danos em indivíduos adultos. No Brasil, em casos de uso para hanseníase é exigido documento

controlado pelo Ministério da Saúde confirmando o entendimento de pacientes do sexo feminino sobre os efeitos da droga e a utilização de método contraceptivo durante o uso do medicamento, de forma a evitar a teratogenicidade da droga. De acordo com a Associação Brasileira de Portadores da Síndrome da Talidomida (ABPST):

“[...] na prática, a droga não deixou de ser consumida indiscriminadamente, em função da desinformação, descontrole na distribuição, omissão governamental, automedicação e poder econômico dos laboratórios. Com a sua utilização, surge a denominada segunda geração de vítimas da talidomida”³⁴.

O uso da Talidomida passa então a ser severamente controlado por órgãos públicos de saúde no Brasil em diversas esferas. O controle do Estado faz com que o medicamento fique à disposição dos doentes com manifestação da reação tipo II, ao mesmo tempo que impede que o medicamento seja utilizado em larga escala, sem o devido controle. A venda em farmácias e drogarias, por exemplo, é vetada pelos órgãos competentes.

5. Considerações finais

É inegável que a evolução da clínica para tratamento da hanseníase está diretamente ligada a questões de estigma. Sem que fosse permitida uma aproximação e observações, a hanseníase era a doença do “não-contato” e do “não-toque”. Segundo Lobo (2008, p. 288) a ausência de referência médica no tratamento do “leproso” teve reflexos no atraso de medidas efetivas de tratamento através dos tempos. No Brasil Império, por volta do século XIX, o abandono do portador da hanseníase e a não existência do contato médico que hoje caracteriza a clínica dificultou a assistência e limitou a evolução de estudos sobre a doença. A autora relata que essa época ficou marcada como o período onde as casas de misericórdia se separaram em “asilos de inválidos, velhos e portadores de doenças crônicas, também considerados incuráveis”.

Se não houve grandes evoluções no controle da doença até o fim da Idade Média, na época atual a diminuição dos casos em países com grandes investimentos em pesquisas e assistência em saúde contrasta com a permanência e ressurgimento de casos em países nos quais a doença recebe o estatuto de doença negligenciada.

A cargo do governo brasileiro, como problema de saúde pública, a Hanseníase iniciou o tratamento efetivo no fim dos anos 1980, levado a cabo pelos serviços públicos de saúde com uma proposta de vigilância constante e, desde então, um afinamento de sintonia que anda no compasso da proposta do Sistema Único de Saúde. Um grande equívoco que teve sua rota pretensamente corrigida foi o uso de Talidomida para tratamento de reações hansênicas. Hoje, o uso é controlado com rigor pelo Estado, desde a distribuição do medicamento até a assinatura de um consentimento do usuário.

Com o tratamento assegurado, o indivíduo com hanseníase precisava ainda ser levado ao convencimento de procurar um serviço público para tratamento. A formulação de nova nomenclatura foi vital para diminuir o estigma e colocar a doença num hall de adoecimento “comum”, fortalecendo estratégias de tratamento dentro de uma proposta humanizadora, no sentido do termo para melhorias na assistência em saúde coletiva.

A detecção dos casos e o tratamento eficaz diminuíram os indicadores da doença em nosso meio. Através da formação continuada e das sucessivas medidas de simplificação dos parâmetros de diagnóstico da doença, o Brasil consegue preparar profissionais nas mais diversas áreas da saúde para lidar com a hanseníase, diagnosticá-la

e trata-la efetivamente. O processo foi aperfeiçoado através dos tempos com diminuição do estigma, tratamento eficaz e diálogo comunitário. As metas de combate de erradicação, propriamente ditas, surtem efeito lento, e necessitam adaptações constantes. Tal qual a evolução lenta do bacilo de Hansen, esse aliado funciona, mas em longo prazo.

6. Referências bibliográficas:

1. Cunha, VS. O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). [Mestrado] – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
2. Olivier HR. On being diagnosed a 'leper': a paradigm of archetypal thinking. *Southern Medical Journal*, Birmingham; 1988. 81(11):1426-1432.
3. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec. 1994.
4. Foucault M. *Microfísica do poder*. 26ed. São Paulo: Graal; 2013. 431p.
5. Foucault M. *Vigiar e Punir*. 22 ed. Petrópolis: Vozes; 1999, p.162-187.
6. Rodrigues LC, Lockwood DNJ. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges and research gaps. *Lancet Infect Dis*. 2011; 11:464-70.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Olivier HR. On being diagnosed a 'leper': a paradigm of archetypal thinking. *Southern Medical Journal*, Birmingham; 1988. 81(11):1426-1432.
9. Martins PV, Caponi S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Jun [acesso em 2015 Abr 06]; 15(Supl. 1): 1047-1054. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700011>.
10. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: Componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
11. Souza CS. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina*, Ribeirão Preto; 1997. 30: 325-334.
12. Brasil. Diário Oficial da União. Portaria nº 1073 GM. Orienta o desenvolvimento de ações de controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
13. Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. 252p.
14. Garmus L. *Bíblia Sagrada*. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1983.
15. Virchow R. *Die krankhaften Geschwülste; dreissig Vorlesungen*. Berlim. 1865.
16. Hansen GA. *Übertragung der lepra von mensch zu mensch. Facultative oder obligatorische isolation der leprösen*. In: *Lepra Konferenz*, 1, 1897.
17. Chouraqui A. *Os homens da Bíblia*. São Paulo : Cia das Letras; 1990. 341p.
18. D' Haucourt G. *A vida na Idade Média*. São Paulo: Martins Fontes; 1984. 134p.
19. Hecht I. *Der siechen wandel. Die aussätzigen im mittelalter und heute*. Freiburg, [s.n.]. 1982.
20. Frohn W. *Der aussatz im Rheinland; sein vorkommen und seine bekämpfung*. Gustav Fischer: Jena. 1933.
21. Faes JT. *Hospitales de leprosos en Asturias durante las edades media y moderna*. Oviedo [s.n.]; 1966.

22. Carneiro M, Possuelo LG, Valim, ARM. Neuropatia por hanseníase: atraso no diagnóstico ou um diagnóstico difícil? Cad. Saúde Pública [online]; 2011, vol.27, n.10, pp. 2069-2069. ISSN 0102-311X.
23. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8142. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF; 1990.
24. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF; 1990.
25. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2008 Abr [acesso em 2015 Abr 06]; 61(2): 153-158. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>.
26. Moreira TA. Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas. Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos. 2003; 10(1): 291-307.
27. Prevedello FC, Mira MT. Hanseníase: uma doença genética?. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2007 Out [acesso em 2015 Abr 06]. 82(5): 451-459. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000500009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962007000500009>.
28. Ridley DS; Jopling, WH. Classification of leprosy according to immunity: A five-group system. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1966; 34:255-73.
29. Beinguelman B. Genética e hanseníase. Brasil: Ciência e saúde; 2002. 7:117-28.
30. Ministério da Saúde (Brasil), Fundação Nacional da Saúde. Guia de Controle da Hanseníase. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. 156 p.
31. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Souza ACM. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada?. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1999 [acesso em 2015 Abr 06]; 15(1): 99-112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100011>.
32. D'arcy PF, Griffin JP. Thalidomide revisited: Adverse Drug Reaction Toxicology; 1994. 13:65- 76.
33. Abraham J. **Partial progress?** The development of american and british drug regulation. In: Science, Politics, and the Pharmaceutical Industry (J. Abraham, ed.), New York: St. Martin's Press; 1995, pp. 36-87.
34. Associação Brasileira de Portadores da Síndrome da Talidomida. O que é a talidomida? [online]; 2015. Disponível em: <http://www.talidomida.org.br/oque.asp>.

Artigo Recebido: 28.06.2015

Aprovado para publicação: 25.05.2016

Ricardo Jardim Neiva

Instituto Federal do Norte de Minas Gerais-MG

Av Marechal Campos, 1468 – Maruípe

CEP: 29.040-090 – Vitória – ES – Brasil

Email: ricardo.neiva@ifnmg.edu.br
