

Aguinaldo Gonçalves¹
 Glauca Gonçalves Mantellini²
 Carlos Roberto Padovani³

O PARADIGMA DUALISTA DA HANSENÍASE CONTROLE OU ELIMINAÇÃO: O PERÍODO CRÍTICO DE 2000 A 2005

Leprosy dual paradigm control or elimination: the critical period 2000-2005

RESUMO

INTRODUÇÃO: Uma das realidades atuais da hanseníase a nível do coletivo consiste na ação simultânea de órgãos oficiais e organizações não governamentais seguindo eventualmente estratégias diferenciadas. A presente comunicação visa contribuir para com tal questão, revendo alguns aspectos marcantes de respectiva evolução contemporânea. **MÉTODOS** Aplicação das técnicas de revisão bibliográfica e análise textual, enquanto metodologias conteudísticas, a dados primários de acervo circunstancial de publicações específicas em circulação aberta. **RESULTADOS** Os desencontros sucessivos demarcados entre ambos os setores explicitam-se no referente ao objetivo a ser atingido pela luta contra a doença, se seu controle ou sua eliminação. **CONCLUSÕES** Novas perspectivas de ações conjuntas são buscadas agora quando, mais realisticamente, se retoma a prioridade do controle da endemia e se contemplam, de fato, seus determinantes sociais.

Palavras-chave: hanseníase; controle; eliminação

ABSTRACT

Mantellini GG, Gonçalves A, Padovani CR. O paradigma dualista da hanseníase controle ou eliminação: o período crítico de 2000 a 2005. *Hansen Int* 2011; 36 (2): 17-23.

INTRODUCTION One of the main tendencies of leprosy worldwide is the simultaneous action of non governmental organizations and official agencies operating eventual different strategies. This paper aims to contribute to such question focusing on some outstanding aspects of respective contemporary evolution. **METHODS** Application of bibliographic review and contents analysis techniques to primary data from a circumstantial set of open circulation specific publications. **RESULTS** Successive disagreements registered between both parts refer to the objective to be attained by the fight against the disease, if control or elimination. **CONCLUSIONS** New perspectives of jointed actions are being searched for now when priority on endemics control is more realistically assumed and social determination is been really considered.

Recebido em: 18/11/11
 Aceito em: 15/12/11

- 1 Professor Titular em Saúde Coletiva e Atividade Física (UNICAMP). Docente Pesquisador, Faculdade de Medicina, PUC Campinas - aguinaldogon@uol.com.br
- 2 Doutora em Educação Física Adaptada (UNICAMP). Membro Diretor, Grupo Especializado em Fisioterapia Gerontológica, Sociedade Suíça de Gerontologia, Zurique - Suíça - gglauca@hotmail.com
- 3 Professor Titular de Bioestatística, UNESP - Campus de Botucatu - bioestatistica@ibb.unesp.br

Autor correspondente: Aguinaldo Gonçalves
 Rua Dr. Luverci Pereira de Souza, 1151
 CEP: 13083-730 - Cidade Universitária - Campinas, SP
 Telefone: (19) 3289 5022

Key words: leprosy; control; elimination.

A proliferação das Organizações Não-Governamentais (ONGs) pode ser considerada como um resultado da incapacidade do sistema democrático atual de desempenhar todas as tarefas desejadas pelos seus cidadãos. Embora as ONGs muitas vezes realizem um trabalho bastante positivo, elas têm tendência de diminuir o poder governamental e são capazes de interferir nos assuntos internos de outros países. Neste contexto, observam-se esforços de controlar suas atividades e este controle pode resultar em efeitos negativos (bloqueio da defesa dos direitos humanos) e efeitos positivos (correção da falta de coordenação no trabalho das ONGs). Kalk (2003)¹.

O COMBATE À HANSENÍASE

A hanseníase ainda constitui relevante problema de saúde pública em alguns países economicamente dependentes, aí incluído o Brasil como aquele que concentra a mais elevada taxa de prevalência do mundo. Em nosso meio, relata-se declínio acentuado da mesma², com coeficiente de detecção no Estado de São Paulo em 31.03.2011 de 4,25/10000 habitantes³, atribuídas às mudanças nos procedimentos de registro e de cálculo dos coeficientes e, principalmente à redução de tempo preconizado para o tratamento medicamentoso; na realidade, como se verá à frente, a razão é bem mais grave do ponto de vista ético, e simples, do ponto de vista aritmético.

Os programas de combate à Hanseníase, perseguindo seu controle, sucederam várias abordagens durante os últimos decênios: desde a ênfase ao tratamento medicamentoso com a monoterapia da dapsona até as manobras de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, incluindo o uso da poliquimioterapia (PQT) para o que se passou a classificar como pauci e multibacilares⁴. A partir de procedimentos e legislações diversas, o manejo biológico contra o tanto a nível individual quanto coletivo, sempre se pôs como meta de destaque absoluto.

Nas décadas de 80 e 90, as ações das equipes especializadas integrantes dos antigos programas especializados estaduais e federal foram descentralizadas e encaminhadas para execução, primariamente pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, com a retaguarda das Unidades Básicas de Saúde dos municípios. Os atuais doentes e seus familiares têm sido gradualmente transferidos para serviços de saúde perto de casa, em postos e centros de saúde. Aqueles que já receberam o tratamento não pertencem mais ao registro ativo e não são considerados doentes, diminuindo, como já citado, as taxas de prevalência de modo acentuado⁵.

Com o avanço da poliquimioterapia, os serviços permanentes de saúde passaram, no entanto, a divi-

dir a ação protagônica de combate à endemia com o recrudescimento de procedimentos campanhistas de outrora, que já se encontravam quase abandonados em nosso meio, desde os tempos heróicos da erradicação da varíola. De fato, para atingir metas cronológicas visando à eliminação da doença, as Campanhas voltaram a tornar-se, em anos recentes, estratégia da moda. Reimplantaram-se em países de alta endemicidade, em áreas-alvo de incidência alta, e com programas considerados em atividade, fracos⁶. Os objetivos principais se explicitaram, em seus próprios termos, como: i) aumento da consciência da comunidade e participação na detecção de novos casos, ii) melhora na capacidade de funcionamento do setor de saúde não especializado para diagnóstico e tratamento dos doentes, iii) detecção de casos que remanesceram silenciosos na comunidade e iv) cura, a partir da distribuição grátis da PQT. Com treinamentos realizados por serviços centrais e de acordo com a demanda, objetivou-se a assimilação de habilidades e práticas por parte de funcionários de unidades básicas de saúde.

Em termos mais amplos, portanto, nesse contexto recente a política oficial internacional da hanseníase focou a eliminação. A primeira proposta contemporânea, expressada em 1986 na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, mirou no ano 2000. Repensada mais crítica e realisticamente, em 1991 foi modificada com o adendo “como problema de saúde pública” e definida como presença de prevalência inferior a um caso por 10 000 habitantes. Em 2000, a Organização Mundial da Saúde declarou a moléstia eliminada “em nível global”, mas reagendou a “data fatal” para 2005.

Mas teria sido essa opção praticada no referido quinquênio realmente a mais acertada para o futuro incerto, que a partir daí se reconfigurou? Sobretudo porque em assim procedendo, como desafia Porter (2004)⁷, alguns fatos permaneceram: i) a moléstia continuou a ocorrer; ii) sua epidemiologia manteve as singularidades que vinha apresentando, sobretudo depois da introdução da PQT; iii) necessitam-se estratégias para continuar o controle, tratando e cuidando daqueles que receberam a PQT.

Acrescente-se, de nossa parte, que, apesar de tantas mudanças e número menor de pacientes controlados e medicados, as incapacidades físicas resultantes da hanseníase seguem existindo, alterando as funções de membros superiores, inferiores, olhos e nariz, estigmatizando, como causa primária de deformidades mais sérias e irreversíveis. Estudos epidemiológicos em localidades de atendimento têm-lhe repetidamente revelado lacuna da cobertura assistencial e apontado para necessidade de orientações mais incisivas, pois, diferentemente do que se diz ser a situação bacterioscópica após o tratamento medicamentoso, as incapacidades progridem e se agravam⁸. Nesse âmbito, é de rechaça-

rem-se nas gestões de serviços, manobras utilitaristas de exclusão para com o portador de incapacidades e deformidades no período pós-tratamento.

Em outros termos, torna-se indispensável assegurar que a pessoa tratada não seja sacrificada no depois, quando a hanseníase estaria passando de doença:

- de alta prioridade internacional, para baixa,
- controlada através de programas verticais, para diluídos nos serviços gerais de saúde,
- presente, compreendida e descrita em comunidade, para aquela que não o é,
- percebida por atingir grande grupo de pessoas, para afecção que acomete apenas alguns indivíduos.

Ora, nestes tempos de (des)articulações público-privadas, a observação do combate a hanseníase se torna bastante oportuna, posto tratar-se de conjunto de ações em saúde que há muitos anos vem sendo executado segundo duplo protagonismo. Os órgãos estatais setoriais responsáveis, de um lado, são, a nível internacional, a Organização Mundial de Saúde – OMS – e seus escritórios regionais (nas Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde – OPS) e, nas realidades dos diferentes países membros, as administrações estaduais e municipais. Complementarmente, organizações não governamentais – ONGs – operam com o mesmo objetivo em muitos lugares, geralmente afiliadas à ILEP – Federação Internacional das Associações contra a Hanseníase⁹.

Mas parece que não se trata apenas disso, de antagonismo entre dois modelos de gestão sanitária. Pode-se dizer que o que também se disputa a respeito no interior do setor saúde nesta conjuntura é a hegemonia entre duas ideologias. Trata-se de um lado, da eliminação, propugnando e aplicando a perspectiva tecnicista de fazer desaparecer uma doença através da luta centrada em drogas, empregada de forma pragmática dirigidamente ao agente biológico “causal”; de outro, o controle implica contato direto com a população, seus doentes, comunicantes, características demográfico-sociais e respectivos determinantes de saúde.

O presente relatório objetiva contribuir para com o debate acerca dessa opção colocada – controle ou eliminação – destacando aí os dois segmentos mencionados – a gestão estatal e a atuação das ONGs. Nesse sentido, constitui-se ensaio baseado na aplicação de técnicas de revisão bibliográfica e análise textual, enquanto metodologias qualitativas conteudísticas¹⁰ a dados primários de acervo atual circunstancial de publicações específicas sobre a evolução da hanseníase a nível internacional, em circulação aberta. A partir da experiência técnica dos autores, definiu-se como perspectiva de recorte temporal de trabalho a investigação de respectivos documentos publicados durante o período quinquenal de 2000 a 2005, os quais dão conta do caminhar das respectivas gestões publicizadas.

A PERSPECTIVA NÃO GOVERNAMENTAL

Como indicado acima, falar em perspectiva não governamental vem significando fazê-lo em relação à atuação das ONGs. As atualmente consideradas como mais significativas, resultantes de associações oriundas de nações do primeiro mundo (Inglaterra, Estados Unidos, França, Bélgica, Itália, Espanha, Luxemburgo, Suíça, Alemanha, Canadá, Holanda, Japão e Taiwan), agrupam-se na já mencionada ILEP.

A apresentação procedida por Mr. Terry Vasey, seu presidente, ao primeiro encontro da Aliança Global para Eliminação da Hanseníase – GAEL - em Nova Delhi, descreve, de forma bastante clara, a respectiva identidade com a atuação se dando em três níveis: o político, o técnico e o operacional, com o significado, respectivamente, de participação em atos oficiais e formais, gestões de corpo profissional experiente na troca de informações e cooperação e, finalmente, desempenho em campo.

Os destinatários, na maioria dos casos, têm sido os habitantes dos países mais endêmicos, nos quais a instituição mantém numerosos projetos e equipe de coordenação, habitualmente exígua, voltados a esforços especiais. No ano em consideração, à Índia foram destinados vinte milhões de dólares e ao Brasil, fomento a campanhas de massa, treinamento em gerência de programas, prevenção de deficiências e reabilitação, avaliação e pesquisa operacional.

Auto-referenciadamente, a ILEP se define como colaborador financeiro, fundamentando a afirmação com as informações de que¹¹: a) contribui anualmente para luta anti-hansênica com 50 a 60 milhões de euros; b) constitui uns dos líderes mundiais no fomento científico à área; c) oferece mais de 50 financiamentos anuais. A prevenção é um dos três únicos componentes de sua missão declarada, além do suporte a atividades humanitárias médicas, científicas, e sociais para o tratamento, cuidado e reabilitação de hansenianos e para um mundo sem hanseníase.

Nas palavras do Prof. W.C.S. Swith, presidente da Comissão Médica¹², o propósito da mesma pode ser sintetizado nos nossos dias na transição do passado “em que a compaixão pelo indivíduo orientava os serviços de combate a hanseníase para os tempos atuais, em que existe a oportunidade de se desenvolverem novas áreas especializadas para as quais é necessário adquirir novas habilidades, adotar novas abordagens e estabelecer novas alianças”. Parece que é isto mesmo!

Além desta identidade demarcada nos planos institucional, financeiro e assistencial, dimensão igualmente densa da ILEP é a atuação técnica, geralmente também em perspectiva complementar às ações regulares dos serviços de saúde. Nessa direção é antológica publicação sobre interpretação de indicadores epidemiológicos da hanseníase, constituídos a partir das informações obtidas nos bancos de registros de dados dos próprios

projetos¹³: entre os dez instrumentos amealhados, na sua totalidade destinados à caracterização do processo de detecção ou ao manejo do doente, dois se referem diretamente às Incapacidades Físicas em Hanseníase – IFH –, a saber: i) a proporção de doentes com IFH de grau 2 entre os novos casos detectados e ii) a proporção das pessoas em tratamento que desenvolveram IFH. Discussões a respeito evoluíram no interior da Organização, sendo designado especialista reconhecidamente competente na matéria para preparar texto-roteiro para debate interno¹⁴: a sugestão final é pela criação de centros-sentinela nacionais e/ou subnacionais, a partir dos quais se possa contar com melhor qualidade dos dados obtidos.

A mesma estratégia para estimular participações de “mais pessoas com competência e experiência e desejosas em contribuir” foi adotada para apreciação da cobertura dos programas de controle e aí também as IFH foram consideradas¹¹, pelo entendimento da ausência como indicador de sucesso do programa.

De igual sorte, técnica é a ligação da ILEP com a ILA – International Leprosy Association –, o braço acadêmico desse contencioso. Conjuntamente, em 2002 reconheceram que: i) a hanseníase ainda vai continuar a existir por muitos anos; ii) o número de casos novos continuará a ocorrer nos níveis correntes, ou próximos, no futuro previsível; e iii) IFH continuarão a aparecer em proporção significativa deles¹⁵. No diagnóstico e terapêutica, entre outros aspectos, lembram: i) o espessamento neural é sinal cardinal na identificação da doença; ii) atividades voltadas à prevenção da limitação e IFH são importantes porque aumentam a probabilidade de detecção precoce e tratamento das complicações (mais comumente reações); iii) os programas de controle, portanto, devem deslanchar mecanismos de monitoramento regular da função nervosa e tratamento de limitações funcionais do nervo.

Esse enlace da ILEP com a ILA, organismo também voluntário, é, efetivamente, digno de registro. Na própria manifestação dos protagonistas, consiste em tratativas para suprir sentida lacuna à época, qual fosse a inexistência de fórum apropriado em que se pudessem examinar sistematicamente as normas recentes que a OMS vinha introduzindo nos programas de eliminação da hanseníase a nível internacional. O instrumento de trabalho escolhido foi documento-base produzido por especialistas, fundamentado em textos publicados em período de 35 anos e processados por quatro bases de dados, a primeira das quais Medline, para responder a 18 questões previamente formuladas e grupadas em quatro temas cardinais, dos quais Prevenção de Incapacidades foi um deles com quatro itens.

Neste sentido, as recomendações apresentadas ratificam que: i) a função nervosa deve ser incluída como indicador nos ensaios quimioterápicos; ii) diagnóstico

precoce e tratamento com PQT reduzem a frequência das lesões funcionais do nervo; iii) estas, no entanto, não serão, na totalidade, prevenidas pela PQT; iv) no curso da terapêutica, a função nervosa deve ser cuidadosamente monitorizada, segundo procedimentos padronizados; e v) corticóides são recomendados para o tratamento de reações e neurites.

Nos últimos anos, a ILEP vem contando com comissão (ITC) que se reúne periodicamente para prover assessoramento às instituições-membro, em áreas que lhe são solicitadas: em termos estruturais, subordina-se ao comitê diretor, ao qual é delegada a responsabilidade das decisões e ações durante o ano pelo órgão máximo, a assembléia geral. No dia-a-dia, o presidente da ITC opera com um secretariado, produzindo relatórios referentes aos projetos em curso e organizando encontros, os quais ocorrem ordinariamente na segunda segunda-feira de junho em Londres e, em dezembro, cada vez em país diferente em que atividades programáticas estejam sendo desenvolvidas¹⁶.

Algumas das questões discutidas têm sido: disseminação de publicações, revisão de instrumentos para coleta de dados, treinamento e material de aprendizado, controvérsias terapêuticas, ação conjunta com a OMS, educação em saúde, organização e qualidade dos serviços, prioridades de pesquisa, relatos de visitas a centros na Ásia e na África, sistema de informação¹⁷, destacando-se a revisão e aprovação do Guia de Reabilitação Baseada na Comunidade, livro técnico de caráter aplicativo¹⁸.

Tomando para análise o relatório anual de 2003 do diretório de projetos financeiros pelos membros do ILEP¹⁹, publicado em 2004, tem-se que quase a metade do total aproximado de um milhão e meio de dólares investidos em pesquisa aplicada, o foi para iniciativas rubricadas como de prevenção; dos 700 mil destinados a pesquisa básica, terapêutica mereceu o último posto (18%), depois de genômica (19%), imunologia (28%) e microbiologia (35%).

Também no âmbito da hanseníase, cabe reconhecer a existência e ação daquilo que no Brasil dos anos pós-golpe militar vem sendo chamado de grupos da “sociedade civil”. Trata-se de conjuntos de pessoas que reúnem esforços e empenhos em torno de finalidades próprias de objetivos gerais.

As possibilidades da informática e da telemática trouxeram facilidades cruciais nesse processo. Cabe citar, então, a IDEAL (Iniciativa para Ensaios Diagnósticos e Epidemiológicos para a Hanseníase), grupo de voluntários, pesquisadores que se ocupam desse escopo específico indicado pelo próprio nome. Surgiu concretamente, de chamada procedida pela lista de Correspondência da Hanseníase²⁰ no final de 2003: reunindo em torno de poucas dezenas pessoas, tem permitido a troca de experiências e informações eletro-

nicamente, até desembocar no seu primeiro encontro, realizado no Instituto de Pesquisas Armauer Hansen, ALERT, em Adisabeba, Etiópia, em outubro de 2004.

Reconhecendo e reiterando o fundamento da prevenção no desenvolvimento da lesão do nervo e, em decorrência, na incapacidade, limitação e isolamento social, o relato do referido evento inicia por recuperar o conhecimento das iniciativas em curso no estudo dos novos recombinantes antigênicos, para, a seguir, se referir aos ensaios imunodiagnósticos, tanto baseados em anticorpos quanto nas células T, relevando a necessidade de que sejam simples, seguros e “sustentáveis e amigáveis” (i.e., com custo e execução exequíveis); aplicações em Epidemiologia Molecular constituem o passo seguinte, recorrendo ao uso das sondas de DNA.

Como, do interior indicado dos movimentos sociais se fez distinguir a IDEAL, pelo apelo para a prevenção a partir de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento, cabe registrar a ocorrência de outras formas de manifestação de organização popular em favor da hanseníase, de características se podemos dizer opostas, dado o envolvimento direto do doente. No Brasil, pelo menos duas delas se destacando, a SORRI e o MORHAN, ambas de passado recente, surgidas em torno do último quartil do século XX, em relação com o atual Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP. Já amplamente estudados em diversos aspectos, recebem menção aqui circunscrita ao objetivo mencionado.

Com efeito, a Sociedade para Reabilitação e Reintegração do Incapacitado²¹ se constituiu em decorrência de amadurecido processo desenvolvido para reabilitação de ex-doentes da referida instituição, cuja estratégia inicial centrou-se num projeto local, identificado como Pro-reab. Avaliações progressivas apontaram a necessidade de estruturação de sustentação mais permanente destinada às pessoas portadoras de deficiência física, mental, auditiva, visual e social, incluindo os hansenianos. Dessa realidade, originou-se a fundação, em 1976, da SORRI, hoje com equipamentos sociais instalados e operantes em oito unidades nas cidades de São Paulo, Bauru, Sorocaba, Campinas, São José dos Campos e Litoral Norte, do estado de São Paulo, Parauapebas, no Pará e Salvador, na Bahia. Uma de suas iniciativas interessantes, por lidar diretamente com Educação em Saúde, é o Teatro Interativo “A Turma do Bairro”, adaptação da técnica japonesa chamada Bunraku, que trabalha com “bonecos de mão e haste”, em roteiro criado no Brasil pelo sociólogo Tomas Frist, inserido na luta contra a moléstia no país pela então Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, à época dirigida por um de nós (AG).

De sua parte, o MORHAN (Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase), criado há mais de três décadas por hansenianos, tem organização e atuação moldadas na tentativa de mobi-

lização da sociedade, na luta contra o estigma, junto à formulação de políticas públicas e da disseminação de informação²². Especificamente, voluntários e membros participantes desenvolvem atividades a nível local, regional e nacional, instigando o maior compromisso de gestores municipais no manejo da doença, principalmente no contexto de descentralização e reestruturação dos serviços de tratamento para a atenção básica. Seus projetos têm buscado assegurar o exercício da cidadania sem restrições, operando através de voluntariado que cuida para não substituir o papel do Estado.

UM PARADIGMA DUALISTA?

A adoção da qualificação acima significa reconhecer a existência, no interior da mesma, de duas vertentes que, ao conservarem suas identidades, preservam a subsistência do que a perspectiva toma como central. Assim, talvez a designação apodada ao caso vertente não seja das mais adequadas, na medida em que se põe um terceiro elemento com presença tão forte que sua inobservância leva ao risco de negligência: trata-se da própria relação entre a OMS e a ILEP e respectivos consedâneos nacionais e locais. Senão, vejamos!

Ao longo das exposições sobre as posições de ambas, sempre se jogou penumbra elegante sobre a complementar, mas a realidade raramente contou com essa delicadeza. Dentro do nosso horizonte temporal, é exatamente no imediatamente pós-passageiro do século que, ao se buscar articulação, se exterioriza à superfície uma das rupturas havidas: do que se fala é da oportunidade de oficialização da GAEL, em que a ILEP, um dos membros fundadores, não figura na historiografia oficial; mais ainda, segundo Ji (2004)²³ alguns convites multilateralmente consensados foram cancelados pela OMS, “o que também aumentou o ressentimento das organizações não governamentais quanto à maneira com que a OMS lida com a parceria” da GAEL, de onde a ILEP acabou excluída em 2002.

Ji (2004)²³ persiste na defesa desta instituição lembrando que respectiva contribuição, em termos de recursos e pessoal, é várias vezes as da Sasakawa Foundation e da Novartis juntas, diferenciando-se das mesmas apenas pelo fato de administrá-los diretamente, ao contrário delas que entregam-nos “no atacado” à OMS. Na realidade, essa manifestação do autor se deu a propósito de “relatório de avaliação independente” procedida sob a direção do Dr. Richard Skolnik e constituída por profissionais externos à comunidade hansenológica, com exceção do belga Michel Lechat.

Para sustentação das divergências, também não escassearam os registros acerca de argumentos técnicos: claramente a ILEP tinha se declarado discordante da campanha pela eliminação da hanseníase posta em marcha pela OMS, nominadamente pela adoção dos procedimentos simplificados definidos, não só em

relação à formulação e classificação diagnóstica, mas também à própria prática terapêutica : “a organização de campanhas em larga escala e outras intervenções, aparentemente sob o objetivo de reduzir o número de pessoas submetidas à PQT, foi a justificativa para negligenciar aspectos cruciais como a prevenção de incapacidades” dizia textualmente Braber (2004)²⁴ em relação ao referido documento. Mas, persevera ele, a “ILEP considerou não construtivo permanecer fora da GAEL e decidiu participar da mesma, sem, no entanto, firmar acordo formal”.

Continuando no relatório e nas então tensões bilaterais, Durston (2004)²⁵ relembra a chegada de outro parceiro, a ILA Sua resolução do Congresso Internacional na Bahia de “que a incidência disponível sugere fortemente que problemas significativos da hanseníase vão continuar a existir ainda por muitos anos futuros” fez tremar os pressupostos sustentadores da resolução da Assembléia Mundial de 1991. Na realidade, esclarece o autor, as coisas já se explicitaram durante os preparativos do evento, quando a ILA organizou um Fórum Técnico para discussões prévias e a OMS não aceitou participar. Mais três posições que sustentou, ademais, neste texto, transmitiram suas apreciações: i) já é tempo de a OMS mudar postura e “retórica”, retornando a papel assessor original; ii) podem-se estar ouvindo poucas críticas nos países endêmicos contra a forma “eliminatória” de condução das atividades anti-hansênicas, porque estes dependem muito da OMS nos demais programas e, portanto, não lhes vale a pena atitudes de confronto; iii) são necessárias medidas corretivas decididas, imediatas e radicais em relação à política vigente.

De fato, já quase no final do quinquênio, elas foram anunciadas! Daumerie (2004)²⁶ pontua, logo a seguir, ações reformuladas pela OMS em relação ao controle da hanseníase, destacadamente:

- i) ampliação do grupo técnico do nível central, com maior número de especialistas em controle, reabilitação, acompanhamento e avaliação, nomeados pelo Diretor Geral e selecionados de lista de especialistas propostos por membros parceiros e pela OMS, visando preservar as atividades;
- ii) manutenção de negociações com os fornecedores de medicamentos para que estes continuem a ser garantidos sem custos aos nacionais;
- iii) gestão em colegiado de participantes para mais ampla discussão e colaboração dos vários parceiros no desenvolvimento comum e
- iv) início dos trabalhos para uma Resolução da

Assembléia Mundial da Saúde que, além da priorização da PQT, assegure abordagem abrangente do cuidado para com a hanseníase “incluindo a prevenção do dano ao nervo e a reabilitação dos necessitados”.

Em seguida, é oficializada a colaboração entre a OMS e a Comissão Técnica da ILEP, justamente para o período em questão, no sentido da manutenção de atividades de controle da hanseníase que realmente avancem para a redução da morbidade, grau de acometimento, estigma e discriminação²⁷. Objetivamente, a abordagem de “campanha” caminha para duração mais longa, a qual, além de enfatizar a detecção de casos novos e da PQT, inclui a prevenção e a reabilitação. O paradigma estará se unificando?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim recuperadas, ainda que superficialmente, as principais características das intervenções das organizações não governamentais no controle da hanseníase, busca-se responder se sua atuação adicional às políticas públicas estatais tem influenciado de forma decisiva, no plano internacional, na redução das determinantes, manifestações e decorrências do agravo, até porque, no essencial, ela se volta sobretudo para os grupos de maior demanda social.

Parece que alguns autores são categóricos ao afirmar que as estratégias “a favor dos pobres”, ou seja da chamada “baixa renda” não alteram substancialmente as desigualdades na saúde, determinadas sócio e economicamente, já que intervêm na periferia da tessitura social. Tendem a deixar intocado o centro do processo que gera essas desigualdades, incluindo, por padrão, o gênero e as etnicidades²⁸. Atividades genuinamente a favor da equidade buscam se basear nos fatores sociais que influenciam a saúde ou o processo da doença. Instituições governamentais e setores sociais – tais como educação, transporte, proteção ambiental e política trabalhista – assumem responsabilidade explícita na melhora das condições de saúde e na aproximação das lacunas da equidade na saúde. Citando Mackenbach; Bakker (2003)²⁹ “é necessária uma reviravolta rápida na inovação política, no monitoramento, nos métodos de avaliação e no compartilhar do conhecimento para se reduzirem as desigualdades globais na saúde, nos próximos anos”. Nessa direção, já se pode contar com manifestações de outros especialistas³⁰ a vocalizarem que as ações em hanseníase sejam direcionadas a segmentos populacionais abrangentes, nomeadamente a mulher e a família.

REFERÊNCIAS

- 1 Kalk A. A cooperação entre uma ONG e os estados “anfitriões” no controle da hanseníase na América Latina. *Cadernos Saúde Pública* 2003; 19 (2): 663-666.
- 2 Brasil Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. DATA-SUS. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/DEVEP/SVS/MS Disponível em: <http://hanseniase.datasus.gov.br/hans/hans.htm>, 2004.
- 3 São Paulo. Campanha de Combate à Hanseníase 2011. São Paulo, Programa Estadual de Controle da Hanseníase, <http://www.cve.saude.sp.gov.br>
- 4 WHO. World Health Organization. Leprosy. *Weekly Epidemiological Record*, Geneva, Switzerland, 2001; 76 (23): 173-179.
- 5 WHO. World Health Organization. Leprosy. Report on fifth meeting of the WHO technical advisory group on elimination of leprosy. Geneva, Switzerland. Disponível em: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/lep-tag-5th-mtg-2003.htm>, 2003.
- 6 WHO. World Health Organization. Leprosy. Leprosy elimination campaigns. *Weekly Epidemiological Record*, Geneva, Switzerland 2002; 77 (3): 17-20.
- 7 Porter JDH, Ogden JA, Ranganadha Rao PV, Prabhakar Rao V, Rajesh D, Buskade RA. et al. Lessons in integration - operations research in an Indian leprosy NGO. *Leprosy Review* 2002; 73: 147-159.
- 8 Aquino D, Santos JS, Costa JML. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. *Cadernos Saúde Pública* 2003; 19 (1): 119-125.
- 9 Gonçalves A, Gonçalves NNS. Organizações internacionais e controle da hanseníase no Brasil. *Hansenologia Internationalis* 1986; 11 (1/2): 74-77.
- 10 Mantellini, GG, Gonçalves, A. A revisão e a análise como metodologias científicas conteudísticas. *Inter Science Place* 2009; 2 (5):1-13.
- 11 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. Working together for a world without leprosy - ILEP strategy 2005-2010. Disponível em: <http://217.77.176.141/documents/strat05.pdf>, 2005.
- 12 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. Guia para a reabilitação sócio-econômica de pessoas afetadas pela hanseníase. Londres: ILEP; 1999. 78 p.
- 13 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. The interpretation of epidemiological indicators in leprosy. London: ILEP; 2001. 25 p.
- 14 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. Second meeting of the ILEP Technical Commission. London, Disponível em: <http://www.ilep.org.uk/documents/itcjun2004eng%20.pdf>, 2005.
- 15 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. Report of the technical forum: implications for leprosy control programmes. *Leprosy Review* 2002; 73: S1-S62.
- 16 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. Annual report 2003-2004. The situation of leprosy activities supported by ILEP Member-Associations in 2003. London: ILEP; 2004: 1-89.
- 17 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. First meeting of the ILEP technical commission. Disponível em: <http://www.ilep.org.uk/documents/itcfb2004eng%20.pdf>, 2004.
- 18 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. 3rd meeting of the ILEP technical commission.: <http://www.ilep.org.uk/documents/itcdec2004eng.pdf>, 2004.
- 19 ILEP. International Federation of Anti-leprosy Associations. Annual report 2003: directory of research projects supported by ILEP members 2004. 32 p.
- 20 Aseffa A, Brennan P, Dcrell H, Gilis T, Hussain R, Oskam L, Richardus JH. Report on the first meeting of the IDEAL (initiative for diagnostic and epidemiological assays for leprosy) Consortium held at Armauer Hansen Research Institut, ALERT, Addis Ababa, Ethiopia on 24-27 October 2004. *Leprosy Review* 2005; 76: 147-159.
- 21 Castro G. Transformação social por meio do movimento Sorri: do isolamento à inclusão. : Gonçalves A, Gutierrez G, Vilarta R. *Gestão da Qualidade de Vida na empresa*. Campinas: Preac/Unicamp; 2005. p. 65-70.
- 22 Morhan. *Jornal do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase*. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/jornal01.pdf>, 2004.
- 23 Ji B. Comments on the report entitled “independent evaluation of the Global Alliance for the Elimination of Leprosy”. *Leprosy Review* 2004; 75 : 217-220.
- 24 Braber KL. An evaluation of GAEL, the Global Alliance for the Elimination of Leprosy. *Leprosy Review* 2004; 75: 208-213.
- 25 Durston, T. What lessons can we learn from the evaluation of GAEL? *Leprosy Review* 2004; 75: 214-216.
- 26 Daumerie, D. Independent evaluation of GAEL. Letter to the editor. *Leprosy Review* 2004; 75: 407-408.
- 27 Feenstra, P, Pannikar V. Partnership for sustainable leprosy control beyond 2005. *Leprosy Review* 2005; 76: 194-197.
- 28 Vega J, Irwin A. Tackling health inequalities: new approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82 (7): 482-483.
- 29 Mackenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003; 362: 1409-1414.
- 30 Oliveira MP, Romanelli, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cadernos Saúde Pública* 1998; 14 (1): 51-60.