

16º Congresso Internacional de Hanseníase

Editorial

O 16º Congresso Internacional de Hanseníase foi realizado em Salvador no período de 4 a 9 de agosto de 2002. Organizado pela International Leprosy Association (ILA), contou também com a colaboração da Organização Mundial da Saúde, International Federation of Anti-Leprosy Associations e o Ministério da Saúde do Brasil.

Do evento participaram cerca de 1400 delegados de 60 países, que desfrutaram de um ambiente muito agradável e de um programa científico bem elaborado graças ao esforço do seu comitê organizador presidido pelo Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond que é Diretor do Instituto Lauro de Souza Lima em Bauru, estado de São Paulo.

O presidente em sua mensagem aos congressistas definiu claramente a situação em que nos encontramos hoje na luta contra a hanseníase, dizendo que devemos estar cientes de que o que sabemos hoje sobre a doença, em linhas gerais, difere pouco, do que se sabia em Berlim em 1897. E disse mais, que hoje, a maior conquista que se obteve, foi um tratamento eficaz e a repercussão que ele trouxe para "o conceito de cura e à desmistificação da hanseníase enquanto praga, castigo e flagelo".

Estamos de acordo do quanto ainda não sabemos sobre a hanseníase mas temos que admitir que nestes últimos anos tivemos um grande progresso e o Congresso em Salvador mostrou isso. Durante sete dias tivemos "Workshops", Conferências de Estado da Arte, Conferências, Fóruns, Painéis, Seminários, Apresentações orais, e Sessões de treinamento, versando sobre os vários assuntos na área de hanseníase. Chamou a atenção o interesse demonstrado pelas áreas referentes a aspectos psicossociais e reabilitação cirúrgica Há trinta anos atrás, no primeiro Congresso realizado no Brasil, no Rio de Janeiro (1), houve apresentação de apenas uma meia dúzia de trabalhos relacionados a esses temas.

O Presidente também disse que realmente talvez a maior conquista obtida até hoje tenha sido o advento de um tratamento eficaz.

Concordamos com ele porém, é bom frisar que as drogas que compõem os esquemas utilizados atualmente já eram conhecidas no início dos anos 60 e naquela época já se falava em resistência a sulfona e se preconizava

associações medicamentosas para o tratamento da hanseníase. Cerca de 20 anos se passaram e finalmente surgiu um tratamento com drogas antigas baseado em idéias antigas que acabou revolucionando a terapêutica anti-hansênica. Não foram porém as drogas e os esquemas que realmente foram os mais importantes mas sim, a chave do sucesso foi a coragem de dar alta aos pacientes. Dessa maneira foi possível o enxugamento dos arquivos e com isso a diminuição da prevalência que repercutiu favoravelmente no mundo todo. Arelados a essa iniciativa estavam o tratamento parcialmente supervisionado, a dose fixa para os pauci e multibacilares, o treinamento da equipe de saúde proporcionando melhor atenção aos pacientes e as ações de prevenção de incapacidades.

Seja como for o entusiasmo que se seguiu à proposição dos novos esquemas de tratamento foram suficientes para que os países membros da OMS assumissem o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, isto é, reduzir a sua prevalência para 1 paciente para 10.000 habitantes. Em um primeiro momento o prazo para se atingir essa meta foi o ano 2000, mas devido a algumas dificuldades, depois, essa data foi mudada para o ano 2005. Esta proposição foi muito saudável porque incentivou o entusiasmo das nações endêmicas a atingirem a todo custo a meta da eliminação.

Enquanto se alardeava o impacto que a PQT havia trazido à prevalência da hanseníase e o reduzido número de recidivas e todas elas com os pacientes ainda sensíveis à terapêutica, a constatação de alguns fatos vieram trazer um certo grau de apreensão para muitos pesquisadores. As primeiras nuvens no horizonte já mostram um cenário em que o número de pacientes novos não baixam. Continua-se a se registrar se cerca de 670.000 casos novos no mundo todo ano e só no Brasil, cerca de 45.000.

Outro problema é a dificuldade de fornecer a PQT de maneira parcialmente supervisionada em locais de difícil acesso fazendo com que os pacientes recebam os medicamentos para alguns meses para tomá-los sem supervisão. A solução de procurar um líder dessas comunidades isoladas, treiná-lo, e torná-lo responsável pela administração das drogas aos pacientes, não parece inteiramente viável.

O que está acontecendo nessas áreas porém, já vem se estendendo para outros locais sem as mesmas dificuldades, em que os medicamentos estão sendo fornecidos aos pacientes em quantidade bem maior do que o devido para que eles não precisem voltar ao Centro de Saúde com muita frequência evitando se ausentar do trabalho, economizando dinheiro para condução etc. (2). Isso irá levar a um retorno da era sulfônica com o grande risco da administração dos medicamentos ser interrompida ou feita de maneira irregular com as conseqüências já sobejamente conhecidas.

Se não bastasse isso ainda há o fato de que os pacientes ao receberem alta, na sua maioria são perdidos de controle e os dados sobre recidivas, reações, instalações de incapacidades ficam prejudicados.

Por outro lado a duração dos esquemas terapêuticos também tem sido questionada.

Quando se instituiu as doses fixas de PQT verificou-se que havia casos multibacilares (MB), principalmente aqueles com índices baciloscópicos iniciais iguais ou maiores do que 3, que necessitavam um tempo de tratamento maior. Como os responsáveis pelas políticas de saúde achavam que o número de pacientes nessas condições era pequeno nenhuma providência foi tomada.

Depois se achou que a duração do tratamento para os pacientes MB deveria ser mais curta, ou seja, 12 meses. Contra essa medida muitos hansenólogos se insurgiram, pois, argumentavam eles, que não havia experiência suficiente para justificar essa decisão. Não há dúvida que muitos pacientes podem se curar com 12 doses de PQT mas estender esse período de tratamento para todo um país é uma medida muito precipitada. Ficou então resolvido que o médico que assistia o paciente decidiria qual a conduta a ser tomada com relação à duração do tratamento. O tratamento oficial contudo continuava a ser

o das doze doses e em muitos países onde esse esquema já estava sendo utilizado com todas as suas implicações, nada iria mudar.

Apesar de tudo que se falou contra a decisão de se preconizar o período de 12 meses para o tratamento dos pacientes MB logo depois uma nova recomendação foi feita, desta vez mascarada como experimentação terapêutica, em que o tempo de tratamento deveria ser 6 meses para todos os casos tanto PB como MB. Ora, se não havia experiência suficiente com 12 meses muito menos com 6 meses. É interessante que "blisters" com 6 doses da PQT já estavam sendo exibidos no "stand" da Novartis, durante o Congresso.

Isso tudo tem criado um incômodo muito grande. Parece que o grande avanço conseguido nos primeiros anos da introdução da PQT está sendo ameaçado somente porque se necessita atingir a meta da eliminação a todo o custo.

Chegamos a um ponto crucial da luta contra a hanseníase, e mais do que nunca há necessidade da união de todas as forças disponíveis para que a vitória penda para o nosso lado. Para isso porém, há necessidade de um consenso de idéias e atitudes. Experiência terapêutica é uma coisa, mas medidas terapêuticas para grandes populações têm que estar baseadas em fatos comprovados cientificamente e não somente baseados na opinião particular de alguns técnicos por mais idôneos que sejam.

Essas questões todas foram discutidas durante o Congresso e é claro, o confronto foi inevitável.

Seja como for o evento em Salvador foi um sucesso e um marco para a etapa que se espera seja a final, dessa luta contra essa terrível doença.

Diltor V.A. Opromolla

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 8, 1963, Rio de Janeiro. *Mais*. Rio de Janeiro, 1963.
- 2 REPORT of the International Leprosy Association Technical Forum. *Leprosy Rev*, v.78, Jun., 2002. Supplement.