



Quatro décadas na luta contra a hanseníase: ciência, formação e compromisso social na trajetória de Francisco Lana¹

Four decades in the fight against leprosy: science, education, and social commitment in the life of Francisco Lana

Cuatro décadas en la lucha contra la lepra: ciencia, formación y compromiso social en la trayectoria de Francisco Lana

Por Dra. Vania Nieto Brito de Souza²



COMO CITAR:

Lana FCF. Quatro décadas na luta contra a hanseníase: ciência, formação e compromisso social na trajetória de Francisco Lana [entrevista]. Hansen Int. 2026;51:e42328. Entrevistado por Vania Nieto Brito de Souza. doi: <https://doi.org/10.47878/hi.2026.v.51.42328>

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
Francisco Carlos Félix Lana
Universidade Federal de Minas Gerais
e-mail: xicolana@ufmg.br

EDITOR-CHEFE:

Dejair Caitano do Nascimento¹

EDITORA-ASSISTENTE:

Fabiana Covolo de Souza Santana²

RECEBIDO EM: 24/08/2025

PUBLICADO EM: 23/09/2026

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais – MG, Brasil. ror

² Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, São Paulo – SP, Brasil. ror

A revista Hansenologia Internationalis apresenta uma conversa com o enfermeiro, epidemiologista e professor titular da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Francisco Carlos Félix Lana, um dos principais nomes da pesquisa em hanseníase no Brasil. Fundador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS/UFMG) e com mais de quatro décadas de dedicação à saúde coletiva, o entrevistado resgata os marcos de sua trajetória profissional, desde o primeiro contato com a doença na Atenção Primária até sua atuação pioneira na implantação da poliquimioterapia (PQT) em Minas Gerais. Ao longo do texto, o pesquisador aborda a aplicação inovadora da análise espacial e de marcadores sorológicos para compreender os territórios de vulnerabilidade e os determinantes sociais que perpetuam a cadeia de transmissão da doen-



ça. Além de destacar o papel central e estratégico da enfermagem no cuidado longitudinal, o especialista reflete sobre os rumos para o alcance das metas de eliminação da hanseníase, a importância da descentralização do diagnóstico, a urgência da quimioprofilaxia no Sistema Único de Saúde (SUS) e o legado construído na formação de gerações de cientistas no país.

VNBS – Como surgiu seu interesse pela enfermagem?

FCFL – Acredito que a enfermagem apareceu em minha trajetória a partir de uma perspectiva da infância, quando eu me colocava como uma pessoa que, desde cedo, gostava de ajudar e cuidar. Convivia muito com minha avó materna, na cidade de Itabira/Minas Gerais (MG), e sempre procurava estar perto dela. Conhecia e tomava seus chás de ervas medicinais e via aquilo com curiosidade. Passei a ler sobre assuntos de saúde e comecei a me interessar pela Medicina e por cuidar de pessoas. Acho que, naquela época, todas as famílias incentivavam seus filhos a estudar Medicina, até por uma questão de *status* social, pois era uma profissão com alto reconhecimento social. Ter um médico na família era motivo de muito orgulho. Éramos oito filhos e nos mudamos para Belo Horizonte com a intenção de estudarmos. Meu pai era funcionário público e minha mãe cuidava da casa e dos filhos.

Fiz o científico em uma escola estadual pública, quando tive a oportunidade de me aproximar também das questões sociais, políticas e da ciência. O teste vocacional confirmou: área da saúde. Tentei Medicina, mas não passei. Até aquele momento, eu não tinha ideia das minhas desvantagens (sociais, econômicas e culturais) em relação aos candidatos ao curso de Medicina, que disputariam uma vaga na UFMG. Muitos deles vinham sendo preparados havia muito mais tempo que eu. Havia diferenças importantes, desde a formação básica. Eu não estava preparado e tive uma decepção esperada. Precisava trabalhar e seria muito difícil conciliar o trabalho com a qualificação para enfrentar o vestibular e a própria formação.

Foi quando, ao visitar um primo que estava internado por um longo período, observava o trabalho da equipe de enfermagem e vislumbrei identidades e possibilidades de um trabalho que iria me gratificar. Vi que eu podia atender a uma necessidade interna de ajudar as pessoas e, ao mesmo tempo, vislumbrei um curso que, apesar de não ter um reconhecimento social tão importante quanto o da Medicina, poderia me permitir exercer uma profissão digna e que atendia à minha vocação para a saúde.

Pude observar mais detalhadamente e conversar com os profissionais sobre o significado do trabalho da enfermagem, a questão do cuidado com o outro, o poder de ajudar, a integração entre os profissionais de saúde, dentre outros aspectos. Assim, vi ali, naquele ambiente, naquele contexto, uma possibilidade de me dedicar à minha vocação. Trabalhava de dia e fazia cursinho pré-vestibular

à noite – estudava os cadernos do cursinho nas viagens de ônibus e no horário de almoço. No segundo vestibular, tentei o curso de Enfermagem e passei na UFMG, em um curso de Enfermagem muito conceituado. E, assim, concretizei um sonho, que era estudar em uma universidade federal.

Formei-me em 1981, no Bacharelado e na Licenciatura e, em seguida, fiz a Habilitação em Saúde Pública, em 1982. Tive uma vida acadêmica muito ativa em todos os sentidos, vivi a academia intensamente, incluindo a luta estudantil pelas liberdades democráticas.

VNBS – Uma vez enfermeiro, como foi seu caminho para se tornar professor universitário?

FCFL – Então, a área da educação já estava em meu horizonte há algum tempo. Ter feito a Licenciatura em Enfermagem na Faculdade de Educação da UFMG, juntamente com o Bacharelado em Enfermagem, contribuiu muito para que eu vislumbasse a possibilidade da educação em saúde e da formação de pessoas para atuar no campo da saúde e da enfermagem. Passei a enxergar essas duas áreas como indissociáveis.

Cheguei a trabalhar substituindo colegas em cursos técnicos de enfermagem, lecionando na área da saúde coletiva e elaborando materiais didático-pedagógicos. Isso me despertou também para o campo da educação, e comecei a me interessar por ele e a buscar novos caminhos.

Com apenas dois anos de formado, fiz concurso para o curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), recém-criado. Desliguei-me de um emprego concursado na Fundação Hospitalar, do Distrito Federal e fui assumir o cargo de docente do ensino superior. Foi uma experiência muito rica e de muito aprendizado, principalmente porque eu não me desvinculei da prática clínica, com a qual eu tinha muita afinidade, e me aproximei da pesquisa e da extensão.

O curso de Enfermagem trazia um viés muito forte no campo da prática de projetos de extensão junto às comunidades. E isso me alegrava muito, porque eu dispunha de instrumentos de trabalho para formar pessoas para a saúde e, ao mesmo tempo, abordar famílias e comunidades sobre o processo saúde-doença-cuidado.

VNBS – E a hanseníase? Como surgiu na sua trajetória profissional e científica?

FCFL – Bom, foram várias entradas e experiências sucessivas que me trouxeram para esse campo de ensino, pesquisa e extensão. Inicialmente em Brasília, fui contratado para trabalhar no Centro de Saúde de Ceilândia – uma cidade-satélite do Distrito Federal. Esse território era ocupado por pessoas e famílias que vieram para trabalhar na construção de Brasília. Os moradores eram migrantes do Nordeste, de Minas Gerais e de Goiás, principalmente. Era

uma área recente de ocupação, caracterizada por alta vulnerabilidade social. Foi neste contexto que conheci mais de perto as pessoas e famílias acometidas pela hanseníase. Comecei a me aproximar dos cuidados necessários e do controle de contatos, além de realizar visitas domiciliares junto com agentes de saúde. Tive a oportunidade de conhecer a clínica em vários estágios e chamava-me a atenção as incapacidades físicas, a falta de cuidados e orientações de prevenção, bem como o estigma e o preconceito que cercavam essas famílias.

Ao assumir o cargo de docente no curso de Enfermagem da UEM, no Paraná, em 1983, fui designado para a disciplina de Enfermagem em Doenças Transmissíveis e, aí, tive um novo encontro com a hanseníase, já com outro olhar: o olhar da formação e da integração com os serviços de saúde. O campo de estágio ocorria em um ambulatório especializado da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. Havia um especialista que atendia com um vidro que servia de anteparo entre ele e os pacientes. Era nesse cenário que eu levava os alunos para desenvolver competências no campo das doenças transmissíveis e no qual as questões éticas e técnicas do cuidado eram privilegiadas em minhas aulas e abordagens. Ensinar é uma das melhores formas de se aprender. Era um trabalho complexo junto com os alunos e também com a equipe de saúde. O temor da doença, o preconceito e a discriminação geravam condutas de afastamento, o que comprometia a efetividade do cuidado, a equidade do acesso e o próprio vínculo das pessoas.

Já na UFMG, onde fui contratado em 1985, atuei em Doenças Transmissíveis, incluindo hanseníase, tuberculose e HIV/AIDS. Mas foi a atuação em hanseníase que me tocou mais profundamente. Fui convidado pelo Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG, em parceria com a Coordenação Estadual de Hanseníase da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), a trabalhar na implantação de um projeto-piloto para a introdução da PQT. Debrucei-me sobre este projeto com muito entusiasmo e, mais tarde, fui colaborador da SES/MG para a capacitação de equipes de saúde da família no estado. Esse momento foi decisivo para impulsionar minhas práticas, renovar minhas motivações e iniciar minhas primeiras linhas de pesquisa. A PQT representava, para mim, em termos de uma nova tecnologia, a possibilidade de construir novas trajetórias para as pessoas que sofriam e que seriam diagnosticadas com hanseníase, a possibilidade da cura, da redução de incapacidades, da redução do estigma, entre outros resultados.

VNBS – Qual a importância do profissional de enfermagem no cuidado ao paciente com hanseníase? E na interrupção da cadeia de transmissão?

FCFL – O trabalho de enfermagem é um dos pilares no controle da hanseníase. Os enfermeiros realizam consultas de enfermagem às pessoas diagnosticadas e seus contatos, conduzem a busca ativa, realizam exames clínicos e testes rápidos, acompanham o tratamento e orientam famílias e comuni-

dades. Trabalham junto com a equipe na prevenção de incapacidades físicas, realizam ações de educação em saúde voltadas ao paciente e contribuem para o enfrentamento do estigma social associado à doença. A atuação da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) abrange ações essenciais na Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentais para a interrupção da cadeia de transmissão, tais como: a) diagnóstico e suspeição (avaliação dermatoneurológica minuciosa e execução de testes rápidos para identificar a doença na fase inicial); b) adesão ao tratamento (administração da dose supervisionada e monitoramento rigoroso para evitar o abandono terapêutico e o surgimento de resistências); c) prevenção de incapacidades (orientação sobre técnicas de autocuidado para evitar lesões, feridas e deformidades); d) vigilância epidemiológica (mapeamento e exame de contatos domiciliares); e e) acolhimento e educação em saúde para promover a reinserção social do paciente, garantindo um tratamento humanizado. Na APS, o enfermeiro é o profissional da equipe que atua fortemente na coordenação e na longitudinalidade do cuidado prestado às pessoas acometidas pela hanseníase.

VNBS – Como os seus estudos têm ajudado no entendimento da realidade da hanseníase no Brasil?

FCFL – Então, após esse momento da implantação da PQT, chegou a hora de me qualificar e fui para a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para realizar o mestrado (1993) e, em seguida, o doutorado (1997). Essa qualificação me permitiu trazer para as minhas pesquisas em hanseníase o processo de sistematização do conhecimento. Enfim, trazer a ciência para investigar os processos clínicos, epidemiológicos, a avaliação de serviços, as determinações sociais, incluindo as vulnerabilidades e a história. Esse conjunto de preocupações passou a me ocupar e gerou dois trabalhos estruturantes: “Organização Tecnológica do Trabalho em Hanseníase com a Introdução da Poliquimioterapia” (dissertação de mestrado desenvolvida em Citrolândia/Betim-MG)¹ e “Políticas Sanitárias em Hanseníase: história social e a construção da cidadania” (tese de doutorado desenvolvida no cenário da Colônia Santa Isabel)².

Após esses estudos, senti-me motivado a criar o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase – NEPHANS/UFMG. Este grupo elaborou vários projetos de pesquisa em torno de três linhas: (i) Epidemiologia e Determinantes Sociais: estudo da distribuição espacial da hanseníase e do *Mycobacterium leprae*, analisando a relação da doença com as desigualdades sociais e os fatores determinantes; (ii) Avaliação de Serviços de Saúde: análise de desempenho, eficácia e organização dos serviços de saúde na APS voltados ao controle e à assistência aos pacientes; e (iii) Exposição, Infecção e Adoecimento: investigação clínica e epidemiológica do processo de transmissão da doença, com foco na exposição à micobactéria e no subsequente adoecimento.



Essas linhas e seus projetos atraíram pesquisadores e colaboradores ao longo do tempo, com destaque para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) do Rio de Janeiro e Minas Gerais, SES/MG, Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina da UFMG, Instituto Lauro de Souza Lima/São Paulo (SP) e uma série de colaboradores *ad hoc* distribuídos no país e no exterior. Os projetos, muitos deles apoiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ministério da Saúde, Fiocruz e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), também atraíram muitos alunos de mestrado e doutorado, demonstrando a sua vitalidade temática e metodológica.

Esses estudos desenvolvidos no âmbito do NEPHANS destacam-se por produzir evidências científicas que melhoram o controle, o diagnóstico precoce e o manejo clínico da doença, além de combater o estigma social e apoiar políticas públicas no SUS. As principais frentes de contribuição, construídas historicamente, incluem:

- a) Epidemiologia e Mapeamento: pesquisas que identificam as principais rotas de infecção e transmissão por meio de análise espacial, bem como os determinantes sociais associados à doença (como a escolaridade);
- b) Aprimoramento Clínico: contribuições diretas para o diagnóstico precoce, tratamento e prevenção de incapacidades físicas causadas pelo agravo;
- c) Educação em Saúde: capacitação de profissionais da atenção primária e ACS para transformar conhecimento em cuidado e acolhimento; e
- d) Enfrentamento do Estigma: estudos voltados para a inclusão, os direitos humanos e a promoção de uma saúde com equidade para os pacientes e seus contatos.

VNBS – Dentre as suas diversas contribuições científicas ao longo da carreira, qual você considera ser a mais significativa?

FCFL – É difícil, depois de longos 40 anos de dedicação à hanseníase, afirmar com certeza qual foi a minha contribuição mais significativa. No entanto, quanto ao impacto dessa produção, posso destacar três frentes principais:

1. Vigilância e Controle da Hanseníase: produção de estudos epidemiológicos críticos que ajudaram a mapear a real dimensão da hanseníase no Brasil e em Minas Gerais, focando em indicadores operacionais e no diagnóstico precoce da doença;
2. Relação com Desigualdades Sociais: investigação aprofundada sobre como o adoecimento por hanseníase está diretamente conectado a fatores sociodemográficos, à vulnerabilidade social e à exposição de contatos próximos de pacientes; e
3. Formação de Recursos Humanos: fortalecimento da pesquisa em Enfermagem em Saúde Coletiva, capacitando profissionais para atuarem diretamente na APS.

Uma das investigações mais emblemáticas para a melhoria do cuidado em saúde pública no país foi o estudo “Hanseníase e vulnerabilidade em saúde em Belo Horizonte, Brasil”³. Este trabalho demonstrou a forte correlação entre a desigualdade urbana e a persistência da doença, utilizando técnicas inovadoras de análise espacial. Empregando o método bayesiano empírico global, foi possível suavizar as taxas de detecção, corrigir distorções em áreas pouco povoadas e gerar mapas de distribuição significativamente mais precisos.

Essa metodologia foi posteriormente expandida para além dos casos notificados, passando a abranger contatos e áreas vizinhas por meio de marcadores de infecção. A combinação de análises espaciais com marcadores sorológicos provou ser um avanço fundamental para refinar a vigilância epidemiológica, que tradicionalmente se baseia apenas em casos clínicos. A aplicação dessa abordagem em municípios mineiros como Diamantina e Almenara – áreas de média e alta endemicidade, respectivamente – tem evidenciado a necessidade de agir ativamente no processo de exposição e infecção, indo muito além do tratamento focado unicamente no adoecimento.

VNBS – Quais são os próximos passos de seus estudos?

FCFL – Enfim, estou tentando, há alguns anos, desligar-me – afinal, são 45 anos dedicados ao ensino e à pesquisa em saúde. Mas o trabalho ainda me chama e me atrai. A inquietação e o desejo de ainda contribuir com a pesquisa em hanseníase e com o processo de formação de pessoas para atuarem na saúde coletiva, na hanseníase e no SUS ainda são maiores.

Atualmente, venho desenvolvendo duas pesquisas apoiadas pelo CNPq: uma sobre a análise espacial da infectividade em um município hiperendêmico e sua associação com o adoecimento em hanseníase; e outra sobre as trajetórias de pessoas diagnosticadas com hanseníase na rede de atenção à saúde de Minas Gerais. E há uma terceira, mais recente, que procura analisar o impacto do deslocamento geográfico no diagnóstico tardio da hanseníase no Brasil.

O nosso olhar está voltado para analisar as redes de atenção à saúde em hanseníase, demonstrar suas potencialidades e fragilidades, e identificar os territórios e suas vulnerabilidades como determinantes para o adoecimento e o impacto disso na atenção à saúde. Estamos nos apoiando em metodologias sustentadas pela análise espacial e renovando a nossa abordagem sobre os serviços de saúde e sua organização tecnológica. Para tanto, utilizamos metodologias quantitativas e qualitativas capazes de trazer evidências para ampliar o impacto científico e subsidiar a formulação de políticas sociais e de saúde. Neste cenário, estamos nos organizando para ouvir as pessoas acometidas, os profissionais de saúde e os gestores, além de analisar os clássicos indicadores epidemiológicos e operacionais. Mais recentemente, estamos também preparando um projeto na área de Saúde Digital e buscando formas de trazer para o campo

da hanseníase no SUS, ferramentas que possam aproximar o monitoramento do cuidado integral às pessoas diagnosticadas com hanseníase e seus familiares, reconhecendo o território e as vulnerabilidades envolvidas.

VNBS – Na sua avaliação, quais estratégias seriam importantes para o avanço na meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil?

FCFL – A nova visão estratégica da Organização Mundial de Saúde (OMS) é estabelecida pela Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030⁴ que foca no paradigma de “Zero Hanseníase” (zero infecção, zero incapacidade e zero estigma), buscando a interrupção real da transmissão, o que exige estratégias mais complexas do que o mero controle de prevalência. No Brasil, a referência é a Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase⁵, visando reduzir drasticamente a carga da doença no país até 2030.

Penso que o primeiro passo é descentralizar o diagnóstico e tratamento e para isso, é necessário fortalecer a APS para promover vínculo e acolhimento das pessoas diagnosticadas e suas famílias. Atualmente, em Minas Gerais, mais de 50% dos diagnósticos em hanseníase acontecem em níveis secundários e terciários e tendem a se concentrar cada vez mais nestes níveis assistenciais, evidenciando que a hanseníase vem se tornando um agravo de especialistas em centros de referência. Isto contraria o Plano de Enfrentamento estabelecido pelo Ministério da Saúde. É necessário configurar redes de atenção à saúde regionalizadas e hierarquizadas para promover o acesso ao cuidado integral e reduzir a necessidade de deslocamento das pessoas acometidas e também de suas famílias.

Também é preciso fortalecer o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (PCDT) elaborado pelo Ministério da Saúde no sentido da aplicação das tecnologias, protocolos e ações padronizadas estabelecidas. A hanseníase é um problema de saúde pública e, como tal, deve ser tratada por abordagem padronizada.

Cabe destacar algumas ações obrigatórias que podem contribuir para o cumprimento da Estratégia: busca ativa de contatos para a interrupção da transmissão; prevenção de incapacidades; enfrentamento do estigma social com o desenvolvimento de estratégias de educação focadas nas pessoas; capacitação das equipes de saúde da família para reconhecer os primeiros sinais da doença; ações de vigilância epidemiológica e garantia de acesso à PQT. Além de apoio contínuo para a saúde mental e a inclusão social do paciente, combatendo o preconceito histórico que afasta as pessoas dos serviços de saúde.

Creio que o Ministério da Saúde deve envidar esforços para implantar a quimioprevenção, a exemplo do que o Programa de Tuberculose e outros já adotam no sentido de criar um protocolo para tratar profilaticamente

aquelas pessoas com o risco de adoecimento. Há experiências nacionais e internacionais de sucesso que demonstram sua eficiência em acelerar a redução da carga da doença. Entretanto, chamo a atenção que para aplicar a quimiprofilaxia, faz-se necessário estruturar os serviços para atender os pressupostos desta tecnologia.

Por fim, cabe ressaltar que a hanseníase é considerada uma doença socialmente determinada. Sua transmissão, adoecimento e evolução estão diretamente ligados a condições de vida precárias, como pobreza extrema, aglomeração domiciliar, má nutrição, saneamento inadequado e falta de acesso a serviços de saúde. A hanseníase carrega um histórico de exclusão social e isolamento; o diagnóstico precoce e o tratamento gratuito estão disponíveis na rede pública, mas há barreiras de acesso: as populações em situação de pobreza enfrentam dificuldades para chegar às unidades de saúde, o que resulta em diagnósticos tardios e sequelas graves.

VNBS – Como conciliar a descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase com a manutenção da qualidade assistencial, considerando a complexidade do seu espectro clínico e o manejo de suas complicações?

FCFL – A APS é a porta de entrada e a coordenadora do cuidado, responsável por acolher, suspeitar clinicamente e conduzir o fluxo dentro da Rede de Atenção à Saúde, incluindo a busca ativa e o exame sistemático de contatos domiciliares. Do ponto de vista epidemiológico, não há alternativa: só a capilaridade da APS alcança o diagnóstico oportuno em escala populacional. Há pontos que precisam de atenção especial: descontinuidade da educação permanente, lacunas na capacitação para o exame dermatoneurológico, alta rotatividade das equipes, vigilância de contatos incipiente e manifestação inicial que às vezes confunde com outras dermatoses, dificultando o diagnóstico⁶.

A centralização do diagnóstico no exame clínico é ao mesmo tempo a força e a fragilidade da APS – força porque dispensa tecnologia complexa, fragilidade porque exige treinamento contínuo em uma habilidade semiotécnica que se perde sem prática regular. No nosso entendimento da linha do cuidado em hanseníase, a APS deve gerenciar os casos de baixa complexidade, mas esbarra na persistência do imaginário da hanseníase como “doença de especialista” – crença que, paradoxalmente, atrasa o início da PQT justamente na porta de entrada que deveria acelerá-lo⁷.

Descentralizar sem qualificar significa correr o risco de tratar esse espectro inteiro como se fosse só a sua ponta mais simples. Uma equipe de APS bem treinada pode reconhecer uma mácula hipocrômica com hipoestesia; identificar precocemente uma neurite silenciosa, graduar corretamente uma avaliação

nerológica simplificada, um estado reacional ou diferenciar uma recidiva de uma reação tardia. Para isto, exige um nível de familiaridade clínica que não se sustenta sem educação permanente e sem retaguarda de referência ágil e oportuna. A construção desta Rede de Atenção regionalizada é fundamental para apoiar os fluxos necessários ao cuidado integral.

A tecnologia deve funcionar e ser aportada como apoio à decisão clínica, não substituto dela. Testes *point-of-care* (sorológicos/imunológicos) vêm sendo discutidos como forma de “objetivar” o exame clínico e aumentar a confiança do profissional da APS diante de casos duvidosos, sem retirar da clínica seu papel central⁷.

Enfim, os planos de enfrentamento da hanseníase convergem para um modelo de responsabilidade compartilhada e não de substituição, como estamos vendo em alguns territórios. A descentralização não é o problema – é a única estratégia compatível com a escala do desafio. O risco real está em confundir descentralização sem investir na competência clínica que sustenta essa descentralização. Qualidade assistencial em hanseníase na APS não se mede pela capacidade de “dar conta” do caso sozinha, mas pela capacidade de reconhecer com segurança quando um caso é simples, quando não é, e de manter o paciente dentro de um fluxo de cuidado contínuo entre os dois. É esse fluxo – mais do que qualquer exame isolado – que separa diagnóstico precoce de incapacidade evitável. Casos simples são diagnosticados e tratados na unidade básica; casos com sinais de alarme (múltiplas lesões, comprometimento neural extenso, reações) são referenciados aos Centros de Referência, que devolve o paciente à APS para o acompanhamento longitudinal e da rede de contatos – o especialista entra e sai do caso, mas o vínculo de cuidado permanece na atenção básica.

VNBS – Ao longo da sua carreira, você formou muitos profissionais e consolidou um grupo de pesquisa expressivo. Qual é o segredo para a união e a produtividade desse grupo?

FCFL – Verdade! Orientei 54 trabalhos de pós-graduação *stricto sensu* – 35 de mestrado e 19 de doutorado. Dentre eles, destaco 36 na área de hanseníase, abrangendo diversos campos. Creio que não haja uma receita, mas o que é importante considerar é a relevância de ter projetos consistentes, sustentáveis e com parcerias significativas. Essas características são capazes de atrair talentos.

Além disso, há aspectos que contribuem para a união e a alta produtividade: colaboração interdisciplinar, orientação horizontal e forte compromisso social. A orientação conecta gerações de pesquisadores por meio de metodologias rigorosas de pesquisa e do desejo em comum de transformar a realidade da saúde pública e da hanseníase. Creio que isso pode ter relação também com: a)

abordagem em eixos estruturados: as pesquisas são divididas em epidemiologia, avaliação da atenção à saúde e determinantes sociais, o que permite o encaixe de diferentes perfis de pesquisadores (de graduandos a pós-graduandos); b) impacto direto: foco em doenças negligenciadas e vulnerabilidade, dando um forte propósito aos estudos acadêmicos; e c) transversalidade e rede: a sólida articulação com instituições nacionais e internacionais, a qual acredito que mantenha o grupo em constante atualização científica.

Enfim, no plano operacional, há uma certa rotina acadêmica que foi sendo construída; isto é, temos um conjunto de dispositivos que, juntos, promovem a união e fortalecem o grupo. A integração é estruturada por meio de:

- orientação e coorientação: pesquisadores mais experientes orientam os iniciantes, criando uma cadeia contínua de aprendizado;
- reuniões técnico-científicas periódicas: espaços para compartilhamento e discussão de projetos individuais e coletivos, análise de artigos e preparação para defesas;
- reuniões temáticas semestrais: encontros organizados pelos próprios alunos, com foco em convidados externos;
- oficinas de trabalho anuais: momentos dedicados à avaliação de resultados, ao planejamento do ano seguinte e à distribuição de responsabilidades; e
- participação em eventos: forte incentivo à presença em congressos, garantindo a máxima representatividade do grupo e de seus trabalhos.

VNBS – Você é um grande defensor do SUS, mas tem algo que gostaria de ver mudado no sistema?

FCFL – O SUS constitui a política social de maior envergadura da história brasileira. Acesso universal e direito de todos são princípios pétreos que devem nortear todas as ações e políticas em construção. Penso que as diretrizes doutrinárias e organizativas do SUS são essenciais para o desenvolvimento das práticas de saúde. Muito se avançou em termos de cobertura assistencial e novas tecnologias, mas o acesso ainda é restrito e representa um gargalo importante. O Brasil é um país heterogêneo em todos os sentidos, e reconhecer isso significa enfrentar um enorme desafio para a constituição de redes de atenção à saúde efetivas. As redes ainda são fragmentadas e não alcançam a todos de forma equânime. No caso da hanseníase e de outros agravos crônicos, isso se torna imperativo, pois o atraso no diagnóstico compromete o sucesso do tratamento e pode trazer incapacidades físicas e maior complexidade no processo de reabilitação física e social.

Há um problema crônico de financiamento que precisa ser superado, e o contexto neoliberal é um determinante para o subfinanciamento crônico que observamos ao longo das últimas décadas.

VNBS – Como você vê o futuro da enfermagem frente aos desafios atuais como envelhecimento populacional, aumento de doenças crônicas e declínio da saúde mental?

FCFL – Os profissionais de enfermagem representam cerca de 59% da força de trabalho global em saúde, consolidando-se como o maior grupo ocupacional do setor. A escassez projetada para 2030 é de 4,1 milhões de profissionais de enfermagem, especialmente nas regiões mais pobres do globo⁸. Sem investimentos robustos em formação, emprego, liderança e valorização profissional, os sistemas de saúde não conseguirão garantir acesso, qualidade e equidade.

O desenvolvimento de novos serviços e competências profissionais deve focar em desafios crescentes, que incluem: o rápido envelhecimento populacional; o aumento da incidência e da carga das doenças crônicas; a intensificação das demandas de saúde mental; a persistência de doenças transmissíveis e negligenciadas; e a elevação das taxas de morbimortalidade por causas externas.

O futuro da profissão exige uma mudança de paradigma: a transição do modelo biomédico e curativo tradicional para um novo modelo assistencial. Esse modelo deve ser centrado na vigilância em saúde, priorizando a prevenção de agravos e a promoção do bem-estar.

O processo de formação deve ser guiado pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais⁹, que preveem cursos 100% presenciais e determinam que a graduação deve formar profissionais com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, estruturando-se em torno de alguns eixos fundamentais do conhecimento: cuidado de enfermagem, gestão do cuidado e dos serviços, desenvolvimento profissional, pesquisa em enfermagem e saúde, e educação em saúde.

Há que se ressaltar o papel estratégico da enfermagem para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e considerar que o enfermeiro pode atuar com mais autonomia profissional na gestão de doenças crônicas e no suporte à saúde mental, apoiado pela telemedicina e pela inteligência artificial, respeitando o princípio do trabalho e da formação interprofissional.

VNBS – Quais são seus outros interesses além da ciência?

FCFL – Estar na natureza, viver a roça; futebol; música; cinema e vinho.

REFERÊNCIAS

1. Lana FCF. Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. Rev Bras Enferm. 1993;46(3-4):199-210. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671993000300003>.
2. Lana FCF. Políticas sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1997. 304p.



3. Rodrigues RN, Niitsuma ENA, Bueno IC, Baquero OS, Jardim CCG, Lana FCF. Hanseníase e vulnerabilidade da saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. *REME Rev Min Enferm.* 2017;21:e-997. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170007>.
4. Organização Mundial da Saúde. Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030: "Rumo à zero hanseníase" [Internet]. Nova Deli: OMS; 2021 [citado 28 ago 2026]. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789290228509>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 28 ago 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/hansenase/estrategia-nacional-para-enfrentamento-a-hansenase-2024-2030/view>.
6. Virginio D, Rodrigues ALC, Ferreira LB, Zampilis JGC, Rodrigues LTF, Silva LFPR, et al. Os desafios do diagnóstico da hanseníase no contexto da atenção primária à saúde. *Rev Científica RECIMA21.* 2026;7(6):e768167. doi: <https://doi.org/10.47820/recima21.v7i6.8167>.
7. Tsuzaki GN, Souza JN Júnior, Oliveira ALS Filho, Souto AML, Santos HG, Rocha SA. Diagnóstico da hanseníase na atenção primária. *Rev RGE Interdisciplinar.* 2026;17(4):1-7. doi: <https://doi.org/10.56238/revgeov17n4-010>.
8. World Health Organization. State of the world's nursing report 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Aug 28]. 166 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110236>.
9. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 64, de 29 de janeiro de 2026: re-exame do Parecer CNE/CES nº 443, de 3 de julho de 2024, que tratou da revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem, bacharelado e licenciatura [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2026. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2026/janeiro-2026/pces064_26.pdf.

