

EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DA HANSENÍASE, BRASIL

Aguinaldo Gonçalves¹

A HANSENÍASE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para caracterizar um agravo à saúde como sendo ou não um problema de saúde pública é comum analisá-lo sob quatro critérios básicos. São eles: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e prioridade institucional. Inicialmente aborda-se o primeiro critério com indicadores epidemiométricos básicos, como: prevalência e incidência, que, como se sabe, correspondem, respectivamente, ao número total de casos existentes e de casos novos de uma doença, num determinado período e num determinado local. A prevalência fornece uma avaliação do impacto da doença e a incidência, sua evolução, cabendo aqui um reparo dos autores mais puristas que preferem, em relação à hanseníase, adotar a terminologia de casos registrados no período, ao invés de incidência, tendo em conta a duração média de seu período de incubação ser superior a um ano.

Tomando-se a prevalência da hanseníase no Brasil no último período anual estudado tem-se, em números absolutos, 206 081 doentes em registro ativo, sendo que mais da metade estão

concentrados na região sudeste. No entanto, dadas as peculiaridades da hanseníase (sobretudo sua evolução arrastada e seu longo período de incubação) sabe-se que tais números correspondem apenas à extremidade visível de um "iceberg", cujas bases se ocultam e ampliam abaixo da superfície, constituindo-se numa das tarefas básicas do hansenólogo estabelecer a relação entre o visível e o submerso. A esse respeito a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica parâmetros para uma melhor estimativa que resultaria, para o caso brasileiro, na existência aproximada de 400 000 a 500 000 casos. Em termos de prevalência relativa, isto é, do número de casos registrados, corrigidos pela população, tem-se 1,57 doentes por 1 000 habitantes, tomando-se o país como um todo. Extratificando tais dados pelas unidades federadas e analisando-os segundo o critério da OMS, encontram-se duas unidades federadas com baixo grau de endemicidade (prevalência inferior a 0,2 por 1 000 habitantes); sete de endemicidade média (entre 0,2 e 1,0 por 1 000), 15 com grau elevado (1,0 a 10,0 por 1 000) e dois, Acre e Amazonas com hiperendemicismo (mais de 10 doentes por 1 000 habitantes).

¹ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Brasília, Brasil.

Em termos comparativos esses dados são ainda mais expressivos já que 80% dos casos americanos encontram-se no Brasil (1); a América Central como um todo possui, em registro oficial, o equivalente ao número dos casos existentes em apenas um bairro da cidade de São Paulo e a América Andina (toda a América do Sul exceto Argentina, Paraguai, Uruguai, Guianas e Brasil) registra pouco mais do que os doentes conhecidos em apenas um dos 22 estados do Brasil — São Paulo.

As tabelas 1 a 4 apresentam resultados do estudo da série histórica de prevalência e incidência da endemia hansênica no Brasil na década de 1973–1982, por região e forma clínica. Por elas pode-se observar primeiro que a incidência, em termos absolutos, quase quadruplicou; segundo, que o coeficiente duplicou; terceiro, que observando tais dados segundo a estratificação por formas clíni-

cas, nota-se uma queda do componente relativo das formas bacilíferas no conjunto de casos novos da moléstia registrados ano a ano, compensando-se o número global às custas da ascendência relativa dos casos tuberculóides. Vale dizer, há diminuição do acometimento em indivíduos suscetíveis, i.e., negativos à reação de Mitsuda, e aumento em indivíduos resistentes, ou positivos à reação de Mitsuda; quarto, quando esses dados são cotejados junto aos disponíveis para o acometimento segundo a faixa etária, obtém-se um mosaico extremamente coerente que se assemelha ao observado em países como a Índia, onde a endemia está claramente em expansão.

Quanto à transcendência, isto é, o custo social da doença para a população, algumas cidades brasileiras como Bambuí ou Rio Branco sentem, muito diretamente, a presença física das limitações sociais, econômicas, culturais e profissionais da enfermidade.

Sansarricq (2) sistematiza as características não estritamente numéricas que tornam a hanseníase relevante problema de saúde pública dizendo que

TABELA 1. Série histórica do registro ativo de doentes de hanseníase, por forma clínica, Brasil, 1973 a 1982

Ano	Formas clínicas							Coeficiente por 1 000 habitantes
	Virchowiana e dimorfa		Indeterminada		Tuberculóide		Total registrado	
	No.	%	No.	%	No.	%		
1973	75 366	55,31	32 358	23,76	28 517	20,93	136 241	1,36
1974	75 785	54,53	34 299	24,68	28 897	20,79	138 981	1,35
1975	76 671	54,73	34 826	24,85	28 594	20,42	140 091	1,33
1976	81 589	54,09	37 090	24,58	32 161	21,33	150 840	1,40
1977	83 211	54,33	37 473	24,46	32 492	21,21	153 176	1,38
1978	83 926	53,47	38 087	24,26	34 945	22,27	156 958	1,38
1979	91 987	54,18	38 699	22,79	39 116	23,03	169 802	1,46
1980	97 013	53,89	42 180	23,44	40 815	22,67	180 008	1,51
1981	96 691	53,60	42 278	23,44	41 411	22,96	180 380	1,45
1982	105 404	53,05	47 122	23,71	46 174	23,24	198 700	1,57

Fonte: Serviço de Estatística, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde.

TABELA 2. Série histórica do registro ativo de pacientes de hanseníase, por regiões, Brasil, 1973 a 1982

Regiões do país	Anos									
	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Amazônia	22 424	23 356	21 788	24 036	23 289	24 967	29 611	31 730	34 832	40 553
Nordeste	8 194	8 562	8 856	9 433	9 181	10 046	10 908	13 045	13 793	15 315
Sudeste	73 971	74 116	77 149	83 268	85 207	84 072	87 804	93 264	88 850	96 630
Sul	18 108	18 755	18 981	19 545	20 230	21 341	22 286	24 132	25 135	27 095
Centro-oeste	13 544	14 192	13 317	14 558	15 269	16 532	19 193	17 837	17 770	19 107
Total no Brasil	136 241	138 981	140 091	150 840	153 176	156 958	169 802	180 008	180 380	198 700

Fonte: Serviço de Estatística, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde.

TABELA 3. Série histórica dos casos novos de hanseníase por forma clínica, Brasil, 1973 a 1982

Ano	Formas clínicas						Total em registro ativo	Coeficiente por 100 000 habitantes
	Virchowiana e dimorfa		Indeterminada		Tuberculóide			
	No.	%	No.	%	No.	%		
1973	3 374	49,39	1 776	26,00	1 681	24,61	6 831	6,81
1974	3 991	48,68	2 288	27,91	1 920	23,41	8 199	7,98
1975	4 532	48,73	2 419	26,01	2 349	25,26	9 300	8,82
1976	4 439	46,02	2 552	26,45	2 656	27,53	9 647	8,94
1977	4 448	46,62	2 362	24,77	2 729	28,61	9 539	8,62
1978	5 390	44,95	3 419	28,51	3 184	26,54	11 993	10,58
1979	6 798	47,29	3 553	24,72	4 024	27,99	14 375	12,37
1980	6 354	43,78	3 708	25,54	4 453	30,68	14 515	12,19
1981	7 597	44,79	4 321	25,48	5 040	29,72	16 959	13,67
1982	7 630	44,90	4 418	26,00	4 939	29,06	16 994	13,40

Fonte: Serviço de Estatística, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde.

TABELA 4. Série histórica dos casos novos de hanseníase, por regiões, Brasil, 1973 a 1982

Regiões	Anos									
	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Amazônia	1 353	1 935	2 164	1 992	2 336	2 788	3 043	3 153	4 245	3 632
Nordeste	558	688	708	1 161	900	1 261	1 286	1 250	1 446	1 798
Sudeste	3 327	3 657	4 095	4 247	3 885	4 876	6 301	5 806	7 478	7 023
Sul	825	996	867	1 092	1 192	1 542	1 479	1 404	1 661	2 053
Centro-oeste	708	923	1 466	1 155	1 226	1 526	2 266	2 902	2 129	1 488
Total no Brasil	6 831	8 199	9 300	9 647	5 539	11 993	14 375	14 515	16 959	16 994

Fonte: Serviço de Estatística, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Educação e Saúde, secretarias estaduais de saúde.

a doença é, geralmente, muito crônica e que as formas mais graves tendem a se deteriorar com o tempo e as mais contagiosas a durar por toda a vida, e que um terço dos casos avançados ou não tratados resultam em incapacidades físicas que pioram com o passar do tempo tornando-se permanentes.

De fato, dados de grupos de estudiosos brasileiros (3-4), e a investigação conduzida numa unidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (5), confirmam amplamente tal estimativa para a realidade brasileira.²

Além da extensão de tais lesões incapacitantes, importa caracterizá-lhes a localização: atingem, geralmente, as mãos (de importância cardinal não só para a execução de praticamente todas as atividades laborais mas também para as relações no grupo social), os pés (comprometendo o deslocamento e o desempenho dos afetados) e a face. Quando as lesões se instalam na face, forma mais geral da comunicação não verbal, agem de forma particular na gênese da rejeição e do estigma.

O terceiro critério, a vulnerabilidade, corresponde a quanto a doença pode ser controlada, desde que aplicados os conhecimentos e instrumentos específicos e disponíveis. Diz respeito, portanto, à relação custo-benefício do esforço investido em seu controle. Em outras palavras, significa o que de ciência e tecnologia se pode lançar mão para sua redução e até mesmo extinção.

A avaliação pode partir de um referencial analítico como, por exemplo, o modelo preventivo de Leavell e Clark (6) que, ao traçar a história natural das doenças, identifica-lhes um período pré-patogênico, onde medidas de prevenção primária podem ser aplicadas. Muitas existem, porém a mais específica para qualquer agravo infeccioso é a imunização ativa artificial, i.e., o processo de vacinação. Para a hanseníase, de balde os sucessivos esforços de diferentes grupos, ainda não se dispõe deste instrumento para utilização maciça.

No período patogênico executam-se as medidas de prevenção secundária, que correspondem ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno. Quanto ao primeiro ainda não se têm os instrumentos adequados. Para fazer uma analogia com outro agravo da área de Dermatologia Sanitária, já há várias décadas, com pouca quantidade de sangue periférico, a reação de Wassermann permite o diagnóstico sorológico da sífilis, mais aperfeiçoado ainda com contribuições mais recentes. É bem verdade que investigações atuais têm procurado validar alguns instrumentos como o antígeno proteico solúvel (SPA), o teste de transformação blástica (ITT), o antígeno maior de histocompatibilidade (HLA), os dermatóglifos e a prova de reação de absorção de anticorpos fluorescentes (FLA-abs) que, porém, não se encontram ainda em condições de aplicação ampliada (7).

Quanto às intervenções terapêuticas, sua evolução na hanseníase não pode ser considerada brilhante. Bem ao contrário, a medicação básica continua sendo a sulfona que, há mais de quarenta anos, veio substituir o uso empírico do vegetal chaulmogra. Uma analogia bastante expressiva a respeito é o fato de que a maioria das doenças então tratadas com penicilina, por exemplo, são hoje controladas por extensa série de antibióticos sintéticos e semi-sintéticos. As-

² Dados não publicados proporcionados por Ferreira, A. J. e Bernardi, C. D. V., 1984.

sim é que a doença, mesmo hoje, para ser totalmente curada, exige alguns anos de tratamento o que, no entanto, é menos grave do que o observado para o diabetes, por exemplo, onde a insulino-terapia, uma vez implantada, deve ser mantida por toda a vida.

Convencidos do papel fundamental do agente terapêutico no controle da epidemia, os técnicos da OMS incumbidos de fomentar o avanço científico e tecnológico na hanseníase determinaram, há pouco menos de dez anos, que a terapêutica seria uma das prioridades de suas pesquisas. Infelizmente ainda não foi sintetizada uma nova droga para uso universal. O que a OMS vem recomendando é uma combinação de medicamentos em dosagens ainda por validar para posterior uso ampliado.

Esta é a razão pela qual constituíram-se normas, conjuntamente com o Comitê de Alternativas Terapêuticas da Divisão Nacional de Dermatologia (DNDS), do Ministério da Saúde, órgão máximo do governo brasileiro na área, para que, no território nacional, esse procedimento seja aplicado apenas em iniciativas locais, com o devido cuidado metodológico que tais propostas devem merecer. Isto por duas razões: por um lado, para que os eventuais para-efeitos possam ser acompanhados e controlados visando a segurança dos doentes expostos, e, por outro lado, para que os resultados obtidos possam gerar informações fidedignas. Trata-se, portanto, não de expandi-los a grandes números mas sim de aprofundar o estudo de casuísticas consistentes.

A prevenção terciária, que diz respeito à última instância da ação preventiva, é a reabilitação das incapacidades já instaladas.

Deste modo, já se desenha a gravidade da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil com grande magnitude e transcendência, mas baixa

vulnerabilidade. Isto explica, então, algumas situações da história sanitária brasileira, onde a poliomielite, com magnitude muito menor e transcendência muito mais localizada, despertou uma campanha de mobilização nacional que levou a seu controle praticamente total: dispunha-se de um instrumento extremamente simples que tornou a doença totalmente vulnerável, qual seja, a vacina.

No entanto, sabe-se que as questões em sociedade não se dão linearmente. As neoplasias são agravos de magnitude menor que a hanseníase; sua transcendência reduz-se ao acometimento, geralmente de pessoas em fase terminal de atividade laboral, e sua vulnerabilidade não é notavelmente superior à da hanseníase mas, de modo geral, os esforços institucionais para seu controle são maiores que os destinados a esta epidemia.

Entra-se aqui, pois, na discussão do que se vem identificando como o quarto critério para considerar uma doença como problema de saúde pública, qual seja, a prioridade institucional que lhe é dada. O montante de recursos investidos na área, depende, ao menos parcialmente, da opinião pública que, por tratar-se de doença crônica, assume algumas peculiaridades. Assim é que múltiplos grupos sociais, com diferentes objetivos, têm opiniões diferentes dificultando uma participação popular positiva pois não é fácil conseguir o comportamento desejado como, por exemplo, o de conseguir que a mãe leve a criança para ser vacinada num determinado dia e local. Por ser a hanseníase mais do que uma doença crônica, as dificuldades aumentam porque o preconceito e o estigma desempenham um papel relevante.

Para elevar o grau de prioridade institucional é necessário sensibilizar os dirigentes do setor em favor da luta contra a hanseníase e a manutenção de um processo sólido de formação de recursos humanos para a área, os quais, atuando como multiplicadores, repassem a mensagem para auxiliares de saúde educando, assim, a população a ter uma postura mais favorável para com a doença.

Resultados recentes no controle da hanseníase

O controle da endemia hanseniana no Brasil constitui uma experiência bastante tumultuada, com a sucessão açodada de diferentes estratégias sanitárias. Os resultados a longo prazo são bastante negativos, com sérias repercussões na evolução do agravo. De um único serviço nacional, centralizador na concepção e execução, passou a uma área com pouco peso setorial, portanto com pouca capacidade técnica decisória. As tabelas 5 e 6 pontuam os dados mais sintéticos quanto aos aspectos epidemiológicos e operacionais.

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), atual órgão coordenador da política de controle de endemias no país, vem atuando nas seguintes áreas: articulação institucional; fomento à ciência e tecnologia; qualificação de recursos humanos; formulação de normas técnicas; acompanhamentos epidemiológico da endemia e gerencial das atividades executivas das secretarias estaduais de saúde e programação e suprimento de medicamentos (histamina, pilocarpina e mitsudina).

Articulação institucional

A nível interno, houve estreitamento das relações com outros setores da instituição, cujas contribuições para controle da hanseníase são significativas: a Escola Nacional de Saúde Pública, na qualificação de pessoal; o Hospital de Dermatologia Sanitária "Lauro de Souza Lima", Bauru, São Paulo, centro colaborador da OMS em hanseníase para países de língua portuguesa; a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, centro de referência nacional para o programa; a Fundação Serviços de Saúde Pública, com sua malha de atenção primária; e a Superintendência de Campanhas (SU-CAM), do Ministério da Saúde, com a suplência dos serviços permanentes. De forma ampliada tem-se atuado a nível dos mais variados segmentos da sociedade civil brasileira envolvidos com a questão, citando-se dentre eles o sistema formador de recursos humanos, através da Sociedade Brasileira de Hansenologia; a Previdência Social, órgão prestador de atenção médica; órgãos de saúde como: o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais de saúde e órgãos de fomento à geração de novos conhecimentos e pesquisas, coordenados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. No que se refere às ações conjuntas com o Ministério da Previdência e Assistência Social, atuou-se junto ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (IN-AMPS). No primeiro órgão, iniciando, em algumas regiões, atividades para a reintegração física, laboral e social de doentes crônicos, no sentido de permitir-lhes vida mais digna; no segundo, compondo um grupo de trabalho interinstitucional que procedeu à atualização de

TABELA 6. Doentes de hanseníase em registro ativo, por forma clínica da doença e taxas de prevalência, Coordenadorias de Saúde, Brasil, 1983

Coordenadorias de saúde	Formas clínicas						Total	Prevalência anual (por 1 000 habitantes)
	Virchowiana e dimorfa		Indeterminada		Tuberculoide			
	No.	%	No.	%	No.	%		
Amazônia	19 892	45,1	11 118	25,2	13 072	29,7	44 082	4,10
Nordeste	7 646	47,0	3 551	21,8	5 064	31,2	16 261	0,49
Sudeste	55 733	55,4	23 057	22,9	21 881	21,7	100 671	1,76
Centro-oeste	11 296	52,3	5 025	23,3	5 272	24,4	21 593	2,31
Total no Brasil	108 718	52,8	47 852	23,2	49 511	24,0	206 081	1,57

pautas operativas, visando a participação efetiva do INAMPS na atenção médica aos doentes, tanto a nível ambulatorial e hospitalar do próprio instituto como de entidades com as quais mantêm convênio. O aporte dos recursos do projeto Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, foi substantivo para o programa a nível nacional pois permitiu que seu orçamento fosse aumentado em cinco vezes.

Ciência e tecnologia

As ações desencadeadas, fortalecidas, emuladas e inclusive executadas pela Divisão Nacional, junto a organismos nacionais e internacionais de fomento, sobretudo o Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq), o Fundo de Incentivo da Pesquisa Científica (FIPEC), o Fundo de Financiamento de Elaboração de Estudos de Projetos e Programas (FINEP) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) levaram à produção de 25 diferentes projetos de imunoprofilaxia e imunoterapêutica, diagnóstico precoce, alternativas terapêuticas e reabilitação física e social. Alguns destes já estão concluídos, com contribuições importantes, outros estão em curso e alguns em tramitação de aprovação.

Desenvolvimento de recursos humanos. Ao elaborar a proposta de fomento e desenvolvimento das ações de controle da endemia hanseníase no país, como um conjunto de medidas sanitárias específicas dentro de um modelo hierarquizado e integrado de serviços de saúde, notou-se haver intensa carência, quantitativa e qualitativa, de recursos humanos na área, um dos principais pontos de estrangulamento.

A partir deste ponto de referência, desenvolveu-se, a nível nacional, um modelo ordenado de atuação, baseado no reforço dos organismos administradores e executores dos sistemas estaduais de saúde. A experiência consistiu na montagem de um esquema de incentivo e apoio, constituído de:

□ Curso Nacional de Dermatologia Sanitária — um curso de especialização para profissionais de nível médio das secretarias de saúde, de projetos docentes assistenciais e de países amigos. Objetiva formar uma referência regional para a coordenação do programa de controle da hanseníase. Periodicidade

bienal com duração de 371 horas e realizado em articulação com a Escola Nacional de Saúde Pública.

□ Cursos macro-regionais. São cursos de atualização para profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais) que atuam a nível regional dos estados. Objetiva capacitar ou reciclar profissionais responsáveis pelos programas de controle e pela multiplicação de treinamento para profissionais das unidades de saúde. Duração de 40 a 80 horas.

□ Cursos de Hansenologia Básica, Prevenção de Incapacidade e Reabilitação. Realizados durante todo o ano no Centro Permanente de Recursos Humanos em Hanseníases (referência nacional) "Lauro de Souza Lima", Bauru, São Paulo. Capacitam profissionais da rede de saúde, de universidades e de entidades que realizam trabalhos com o doente de hanseníase, com clientela multiprofissional, em especial médicos e enfermeiros. Duração de 40 a 80 horas.

□ Cursos de Introdução à Vigilância Epidemiológica e Treinamentos Básicos de Vigilância Epidemiológica. Promovidos pela Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde, em articulação com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Secretaria de Recursos Humanos. A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária produziu material didático sobre hanseníase que faz parte dos treinamentos a serem dados pelas secretarias de saúde ao pessoal local.

□ Formação em larga escala de pessoal de nível médio e elementar para os serviços básicos de saúde. Processo multiinstitucional (OPAS, Ministério da Saúde, Ministério de Educação e Cultura e secretarias estaduais de saúde) que objetiva qualificar e habilitar, por via supletiva, pessoal de nível médio e elementar engajado na força de trabalho ou no processo de admissão, para regularizar e validar diferentes etapas da educação continuada em saúde, no Brasil. Caracteriza-se por ser não formal, dotado de flexibilidade e criatividade quanto à sua metodologia, de forma a responder às expectativas específicas de cada clientela, em cada meio.

Produção de normas técnicas

Reuniões sucessivas com técnicos de todo o país permitiram a efetivação de um processo de normalização mais realista e representativa, tendo-se constituído três comitês de peritos (em registro de dados, alternativas terapêuticas e reabilitação física e social) e publicado três documentos básicos, destacando-se a Legislação da Área de Dermatologia Sanitária e o Guia de Controle da Hanseníase (8), além de procurar assegurar a participação nos eventos relevantes do setor saúde e de redimensionar as relações com organismos internacionais destacando-se o Seminário para o Controle da Hanseníase no Brasil, em colaboração com a OPAS e a OMS.

Acompanhamento das atividades executivas

Exercido de modo participatório, permitiu melhor extensão de cobertura das ações de controle da hanseníase na rede das unidades do sistema nacional de saúde, fortalecendo a organização e a prestação de serviços, através de sua regionalização e hierarquização.

Realizaram-se 45 supervisões e assessoramentos.

A área de suprimento e medicamento foi a que mais movimentou recursos, sendo um dos principais pontos de estrangulamento do programa de controle da endemia, a nível nacional, a relação Central de Medicamentos, Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde. Assim como as relações com organismos internacionais precisam ser reexaminadas de modo mais realista, também a questão de aquisições, produção, distribuição, utilização e acompanhamento de medicamentos deve ser uma área importante no reordenamento das ações, visando maximizar a habilitação e a capacidade resolutiva da área, por ser esta a fase do programa que mais afeta o usuário.

Epidemiologia e suprimento

Procurou-se substituir a prática adotada para as atividades desta área por rotinas a serem cumpridas para uma sistematização mais analítica do processo de tomada de decisões, tendo-se identificado haver necessidade de maior fiscalização no uso de certos medicamentos como a mitsudina (dezenas de frascos usados para fins diagnósticos), a talidomida (pelos riscos teratogênicos — houve ocorrência de casos graves em Brasília e no Paraná), a sulfona (o abandono do tratamento pode levar à resistência) e a rifampicina (empregada em alguns lugares para finalidades outras que o controle da endemia). A importação dos sais

de todos os medicamentos para a hanseníase ainda é um problema.

Houve também pontos positivos: obtiveram-se programações mais elásticas, pela participação das secretarias estaduais de saúde nesta fase, e pela implantação de aerogramas mensais de acompanhamento, os quais, uma vez consolidados, poderão trazer contribuições efetivas.

RESUMO

A hanseníase, por sua alta taxa de endemismo no Brasil (com aproximadamente quatro quintos dos casos conhecidos no continente sul-americano), é um problema de saúde pública no país. Analisam-se, neste artigo, os aspectos de seu comportamento segundo os atuais critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e prioridade institucional, levando-se em consideração a magnitude dos danos sociais que as lesões incapacitantes (conforme sua localização e extensão) causam a seus portadores. O Ministério da Saúde supervisiona as atividades de controle, a nível normativo e de coordenação, cabendo às secretarias estaduais de saúde as ações executivas. No trabalho examinam-se as atividades de controle executadas por seis áreas de nível central do programa: articulação institucional, fomento à ciência e à tecnologia, qualificação de recursos humanos, formulação de normas técnicas, acompanhamento epidemiológico da endemia e administrativo das atividades executivas de programação e suprimento. Apresentam-se as estratégias adotadas em cada uma dessas atividades acompanhadas dos resultados mais representativos. □

REFERÊNCIAS

- 1 Gonçalves, A. Ciência e tecnologia no diagnóstico precoce da hanseníase. *Seminário Boliviano de Controle da Hanseníase*, Conicyt, Venezuela, 1983, pp. 225-240.
- 2 Sansarricq, H. Leprosy in the world today. *Lepr Rev* 52 (Suppl) 1:15-31, 1981.
- 3 Bechelli, L. M. e Walter, J. Assessment of the importance of reconstructive surgery in the control of leprosy from the public health point of view. *Acta Leprol* 45:5-30, 1971.
- 4 Virmond, M., Duerksen, F. e Gonçalves, A. Relato e avaliação de uma experiência brasileira em reabilitação do hanseniano. *Programa Cient I Med Aparelho Locomot.* Brasília, Ministério da Saúde, Hospital Sarah Kubistchek, 1983, pp. 82-83.
- 5 Gonçalves, A. Reabilitação em hanseníase. In: Gonçalves, A. *Ações de Saúde*. São Paulo, Papiro Editora, 1979.
- 6 Leavell, H. e Clark, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo, McGraw-Hill, 1976.
- 7 Gonçalves, A. *Epidemiologia e controle da hanseníase no Brasil*. Brasília, Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1983.
- 8 Brasil, Ministério da Saúde. *Relatório da II Reunião Técnica sobre alternativas terapêuticas em hanseníase no Brasil*. Brasília, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, agosto de 1983.

SUMMARY

THE EPIDEMIOLOGY AND CONTROL OF LEPROSY IN BRAZIL

Leprosy, by virtue of its high rate of endemism in Brazil (with about four-fifths of all known cases in the South American continent), constitutes a public health problem in that country. This article analyzes the aspects of its behavior in accordance with current criteria of magnitude, importance, vulnerability, and institutional priority, taking into account the extent of the social damage that disabling lesions (depending on their location and spread) cause to those afflicted with them. The Ministry of Health supervises

control efforts at the prescriptive and coordinating levels, while operations are the responsibility of the health secretariats. The paper considers the control operations carried out by six central-level areas of the program; institutional articulation, the promotion of science and technology, manpower training, formulation of technical standards, epidemiological monitoring of the endemic areas, and administrative monitoring of the programming and supply operations. The strategies adopted in each of those activities and the most representative results thereof are presented.