



## RESGATE DAS POLÍTICAS DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL

### RESUME OF LEPROSY CONTROL POLICIES IN BRAZIL: FROM COMPULSERY TO CURRENT DAYS

### RESCATE DE LAS POLÍTICAS DE CONTROL DE LA HANSENIASIS EN BRASIL: DE LA COMPULSERIDAD A LOS DIAS ACTUALES

Clodis Maria Tavares<sup>1</sup>, Nataly Cavalcante Gomes<sup>2</sup>, Tâmyssa Simões dos Santos<sup>3</sup>, Thiago Pereira da Silva Flores<sup>4</sup>, Magda Levantezi<sup>5</sup>, Nayara Alexandra Rodrigues da Silva<sup>6</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** resgatar desde as primeiras ações no século XIX chegando à portaria 149 de 02 de fevereiro de 2016 que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil. **Método:** trata-se de uma pesquisa documental, que utiliza o método histórico a investigação de acontecimentos do passado e sua influência na atualidade. Para o bom desenvolvimento do estudo foi organizado em três categorias: Políticas Públicas e o surgimento dos primeiros leprosários; Ações de controle da hanseníase e implantação do tratamento e Reconstrução e descentralização das ações de saúde. **Resultados:** as principais recomendações do I Congresso Internacional de Lepra, realizado em 1897, em Berlim, foram: o isolamento compulsório, a notificação obrigatória dos casos e a vigilância dos contatos, os quais foram adotados no Brasil, até o início do século XX. Uma das primeiras ações de controle da hanseníase surgiu com a implantação do tratamento, na década de 1940. E no período transcorrido entre 1985 e 1991, acontece uma fase de reconstrução de descentralização das ações de saúde. **Conclusão:** a pesquisa nos mostra a evolução da história da hanseníase em várias vertentes, como o desenvolvimento da relação do paciente com a sociedade, desde a exclusão pela sociedade e órgãos oficiais até a necessidade de reintegrá-lo com segurança e dignidade a liberdade.

**Palavras-chave:** Hanseníase. Saúde Pública. História.

## ABSTRACT

**Objective:** to rescue from the first actions in the nineteenth century reaching the decree 149 of 02 February 2016 that approves the guidelines for surveillance, attention and elimination of leprosy as a public health problem in Brazil. **Method:** it is a documentary research, which uses the historical method to investigate events of the past and their influence at present. For the good development of the study was organized into three

<sup>1</sup> Doutora. Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil.

<sup>3</sup> Mestra. Centro Universitário Maurício de Nassau/UNINASSAU. Maceió (AL), Brasil.

<sup>4</sup> Mestre (doutorando). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais/PUCMINAS. Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>5</sup> Mestra (doutoranda). Universidade de Brasília/UNB. Brasília (DF), Brasil.

<sup>6</sup> Enfermeira (mestranda). Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil.

categories: Public Policies and the emergence of the first leprosarium; Actions to control leprosy and implementation of treatment and Reconstruction and decentralization of health actions. **Results:** The main recommendations of the First International Leprosy Congress, held in Berlin in 1897, were: compulsory isolation, compulsory notification of cases and surveillance of contacts, which were adopted in Brazil until the beginning of the 20th century. One of the first actions to control leprosy emerged with the implantation of treatment in the 1940s. And in the period between 1985 and 1991, a reconstruction phase of the decentralization of health actions occurred. **Conclusion:** the research shows the evolution of the history of leprosy in several aspects, such as the development of the patient's relationship with society, from exclusion by society and official bodies to the need to safely reintegrate it with dignity and freedom.

**Keywords:** Leprosy. Public Health. Story.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** rescatar desde las primeras acciones en el siglo XIX llegando a la ordenanza 149 de 02 de febrero de 2016 que aprueba las directrices para vigilancia, atención y eliminación de la hanseniasis como problema de salud pública en Brasil. **Método:** se trata de una investigación documental, que utiliza el método histórico la investigación de acontecimientos del pasado y su influencia en la actualidad. Para el buen desarrollo del estudio se organizó en tres categorías: Políticas Públicas y el surgimiento de los primeros leprosarios; Acciones de control de la lepra e implantación del tratamiento y Reconstrucción y descentralización de las acciones de salud. **Resultados:** las principales recomendaciones del I Congreso Internacional de Lepra, realizado en 1897 en Berlín, fueron: el aislamiento obligatorio, la notificación obligatoria de los casos y la vigilancia de los contactos, los cuales fueron adoptados en Brasil, hasta el inicio del siglo XX. Una de las primeras acciones de control de la hanseniasis surgió con la implantación del tratamiento, en la década de 1940. Y en el período transcurrido entre 1985 y 1991, ocurre una fase de reconstrucción de descentralización de las acciones de salud. **Conclusión:** la investigación nos muestra la evolución de la historia de la lepra en varias vertientes, como el desarrollo de la relación del paciente con la sociedad, desde la exclusión por la sociedad y órganos oficiales hasta la necesidad de reintegrar con seguridad y dignidad a la libertad.

**Palabras-clave:** Hanseniasis; Salud Pública; Historia.

---

## INTRODUÇÃO

Este artigo investiu no resgate das Políticas Públicas de Saúde específicas para o controle da hanseníase, passando pelo período do internamento compulsório aos dias atuais, por meio de um apanhado histórico desde quando surgiu a doença, chamada ainda de "lepra" em meio ao seu processo de estigmatização social, moral e religiosa que seus portadores enfrentaram, até o desenvolvimento de formas de enfrentamento e consequente cura.

A hanseníase é uma doença assinalada desde a antiguidade, conhecida há mais ou menos quatro mil anos na Índia, China e Japão, já existente no Egito desde 4.300 anos a.C. Há registros do "mal de Hansen" ter sido difundido na

Europa Oriental pelos exércitos persas, mais tarde, pelos romanos, pelos sarracenos e pelas cruzadas e, no ocidente, pelos espanhóis e portugueses.<sup>1</sup>

Na Idade Média, foi realizado o isolamento dos pacientes em leprosários, os quais eram administrados, na grande maioria, por obras de caridade. Alguns dos leprosários famosos e duradouros foram, a saber: Kalaupapa (Hawaii); Chacachacare (Trinidad); The Basin (Victoria) e Spinalonga (Creta). Além disso, diversas colônias localizavam-se em ilhas a fim de segregar os doentes do resto da população.<sup>2</sup>

No decorrer dos séculos, a doença passou por alterações na sua expansão territorial e, à medida que havia uma tendência ao desaparecimento na Europa, mantinham-se os focos endêmicos na Ásia e na África e, conseqüentemente, foi introduzida no Novo Mundo, a partir das conquistas espanholas e portuguesas e na importação de escravos africanos e, durante o período da colonização, a América Latina tornou-se, gradativamente, uma nova área endêmica mundial.<sup>1</sup> As primeiras informações sobre os focos familiares de hanseníase no Brasil datam de 1820 e foram fornecidas pelo Visconde de Oeynhausen. Evidenciou-se que os aglomerados humanos, principalmente, os familiares, seriam as possíveis causas do contágio.<sup>3</sup>

A partir do final do século XIX, as legislações brasileiras passaram a contemplar as questões de saúde como um problema de ordem social, que deveria sofrer a interferência do governo para a sua resolução. Assim, foram criados os Conselhos, Inspetorias, Diretorias e Serviços de Saúde Pública, que tinham a incumbência de fazer recomendações, regulamentos e ordens, além de promover a vigilância sanitária e manter um serviço de notificações e de estatística, iniciando-se, assim, as primeiras políticas de Saúde Pública no Brasil.<sup>4</sup>

Em 1903, no Rio de Janeiro, então capital do Brasil, o presidente Rodrigues Alves nomeia o Dr. Osvaldo Cruz como diretor geral de saúde pública do Estado. A partir desse ato, a hanseníase passou a ter maior atenção do poder público e a fazer parte dos programas governamentais de combate às doenças transmissíveis. As políticas de controle da "lepra", no Brasil, tinham como finalidade a segregação dos doentes, pois a doença não era vista apenas como uma enfermidade grave, mas como uma espécie de condenação divina. Assim, em 1904, entrava em vigor o Regulamento Sanitário da União, determinando que a hanseníase, além de ser uma doença de notificação compulsória, colocava os doentes sob o domínio e a custódia do poder público.<sup>5</sup>

As primeiras medidas de controle para a hanseníase no Brasil foram realizadas por meio de decretos e portarias, com destaque para o Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que aprova o regulamento do departamento nacional de saúde. As medidas para a então política de profilaxia da “lepra” oficializam-se como política pública nacional.<sup>6</sup> E a Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, revogada pela Lei nº 5.511, de 1968, foi a primeira e única lei nacional que regulamentava a internação compulsória das pessoas acometidas pela hanseníase e a separação de seus filhos.<sup>7</sup>

A política nacional de segregação e internação compulsória teve um marco por meio da Portaria nº 165, de 14 de maio de 1976, do Ministério da Saúde, e o controle de hanseníase integra-se nas ações dos serviços gerais de saúde, tendo por objetivo reduzir a morbidez, prevenir as incapacidades, preservar a unidade familiar e estimular a integração social dos doentes.<sup>4</sup>

É importante citar que, com a promulgação da Lei 11.520/07, que concedeu indenização especial a todas as pessoas que foram isoladas compulsoriamente no Brasil em decorrência da hanseníase, até o ano de 1986, o Estado reconheceu que promoveu o isolamento compulsório de forma ilegal por 18 anos subsequentes à revogação da Lei 610, de 1949.<sup>4</sup>

Na história da saúde pública no Brasil e nas ações de tratamento e controle da hanseníase, tem-se outro marco importante com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual reconheceu a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.<sup>8</sup> A Lei 8.080/90 cria, no Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS como regulamentador do texto constitucional, obrigando o Estado a prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos.<sup>9</sup>

O objetivo do estudo é resgatar desde as primeiras ações no século XIX, chegando à Portaria 149, de 02 de fevereiro de 2016, que aprova as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa documental que utiliza o método histórico para a investigação de acontecimentos do passado e sua influência na atualidade,

sendo utilizada com os mesmos caminhos da pesquisa de revisão documental bibliográfica, sendo instigante, por vezes, distingui-las.<sup>10-11</sup>

A pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por materiais já elaborados, constituídos basicamente por livros e artigos científicos localizados em bibliotecas, enquanto a pesquisa documental recorre a fontes sem tratamento analítico, mais diversificadas e dispersas, como, por exemplo: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas e vídeos de programas de televisão.<sup>10-13</sup>

A pesquisa documental pode ser organizada nas seguintes etapas: escolha do tema; delimitação dos objetivos; seleção das fontes; leitura do material identificado; fichamento e arquivamento dos materiais selecionados; análise; interpretação dos dados e redação final do estudo.<sup>14</sup>

Neste estudo, os instrumentos utilizados para a construção da pesquisa foram: artigos, dissertações, livros, artigos, leis, portarias, relatório, norma técnica, guia, decretos, Constituição da República Federativa do Brasil, Manual de leprologia e Caderno do Morhan. Estes foram analisados com respeito à cronologia dos acontecimentos e relacionados com o objeto do estudo proposto, de forma rigorosa. Dentre todas as referências, algumas não passaram antes por nenhum tratamento científico.<sup>12</sup>

Para o bom desenvolvimento do estudo, este foi organizado em três categorias: Políticas Públicas e o surgimento dos primeiros leprosários; Ações de controle da hanseníase e implantação do tratamento e Reconstrução e descentralização das ações de saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Políticas Públicas e o surgimento dos primeiros leprosários**

Em 1741, dois médicos da corte redigiram o primeiro regulamento para combater a lepra no Brasil, considerada uma doença contagiosa. Nesse momento, foi estabelecido como medida de controle o isolamento dos doentes, devendo ser efetuado em asilos especiais, segundo sexo e condições sociais. As autoridades sanitárias iniciam, então, a construção de asilos para lázaros, após a implantação do regulamento, em vários locais do país.<sup>15-16</sup>

As principais recomendações do I Congresso Internacional de Lepra, realizado em 1897, em Berlim, foram: o isolamento compulsório, a notificação obrigatória dos casos e a vigilância dos contatos, os quais foram adotados no Brasil, até o início do século XX, e, assim, nesse período, observam-se os registros de filantropias no controle da hanseníase que se tem conhecimento.<sup>15-16</sup>

Carlos Chagas, renomado sanitarista, em 1916, como presidente do I Congresso Americano de Lepra, aprova as seguintes conclusões: recensear os leprosos de todos os Estados; recolher diferentes legislações antilepróticas em vigor; abrir colônias para combater o contágio; instituir um plano uniforme da luta, aplicado simultaneamente em todo território nacional. Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo observada, pela primeira vez, atividade sanitária em combate à hanseníase no Brasil.<sup>15-16</sup>

Como, na época da criação do Ministério da Educação, a saúde estava vinculada a este, fora adotado um novo tipo de controle da doença onde o governo federal, em 1941, criou o Serviço Nacional da Lepra (SNL) com o desígnio de delinear ações de controle, manutenção e criação do modelo tripé, fundamentado em: (a) leprosário, que atendia os doentes infectados em um sistema de reclusão como forma de prevenir a disseminação da doença; (b) preventório, que cuidava dos comunicantes, filhos "sadios"; (c) dispensário, que eram salas especiais localizadas nas unidades de saúde, identificadas como "Serviço Especial de Lepra", local em que se realizavam novos diagnósticos da doença. A vigilância epidemiológica controlava os tratamentos em domicílio e os casos considerados não contagiantes e procurava, também, realizar um trabalho de educação sanitária com a população, enfatizando a importância de um exame médico.<sup>17</sup>

No VII Congresso Internacional de Lepra, realizado em 1958, em Tóquio, foi considerado que a forma de transmissão não era hereditária e que, por meio do tratamento com uso de antibióticos e sulfas, era possível curar a doença, reforçando o pensamento dos cientistas de que, após receber o tratamento para a hanseníase, não haveria mais a necessidade de isolar o cidadão. O controle sanitário baseava-se nos seguintes aspectos: tratamento sulfônico do doente; controle de seus comunicantes; educação sanitária do doente, dos comunicantes e da população em geral.<sup>17</sup>

No triênio 1956-58, segundo as diretrizes da campanha de Luta Contra a Lepra, o Brasil foi estratificado em cinco áreas. As medidas estabelecidas

buscavam atingir, em conjunto: a descentralização do atendimento, com o aumento da cobertura populacional; a estratificação do país, com base em critérios epidemiológicos e operacionais; a identificação para a retirada dos registros, dos casos de óbitos, ausentes ou curados, e a educação sanitária.<sup>16</sup>

### **Ações de controle da hanseníase e implantação do tratamento**

Uma das primeiras ações de controle da hanseníase surgiu com a implantação do tratamento. Na década de 1940, houve avanço no tratamento ao portador de hanseníase, com o surgimento da dapsona, que foi somente em 1943 utilizada no tratamento de hanseníase, sendo conhecida como sulfona (DDS).<sup>18</sup>

O esquema medicamentoso usado era ministrado por meio de monoterapia sulfônica ou com a clofazimina pelo Ministério da Saúde. Tal esquema foi alterado com a associação da rifampicina e indicado nos casos clínicos das formas virchowiana, dimorfa, incluídos os casos suspeitos de sulfono-resistência.<sup>19</sup>

Após pouco mais de 30 anos, houve a preocupação com as deformidades que eram visualizadas nas pessoas com hanseníase. Assim, em 1963, uma norma técnica do Ministério da Saúde chama a atenção para a aplicação da prevenção das deformidades por métodos não cirúrgicos, tendo essa providência, posteriormente, dado origem à prevenção e ao tratamento das incapacidades e às correções cirúrgicas das deformidades físicas. Depois de mais alguns anos, no decorrer do ano de 1976, uma nova portaria estabeleceu uma política de controle da hanseníase: ações de educação em saúde; aplicação de BCG; descobrimento de doentes e prevenção e tratamento das incapacidades.<sup>16</sup>

Neste cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apostava na eficácia do tratamento e redefiniu o esquema terapêutico, pois foram comprovadas cepas sulfona-resistentes do *Micobacterium leprae*. Em muitos países, era comum o uso da monoterapia. A rifampicina foi incluída no novo tratamento da hanseníase e consolidou-se o uso de multidrogaoterapia (MDT-OMS). Nos casos tuberculoides e indeterminados Mitsuda positivo, classificados operacionalmente como paucibacilares, o esquema era a associação da sulfona com a rifampicina, enquanto que nos casos virchowianos, dimorfos e

indeterminados, mitsuda negativo, utilizava-se a combinação da sulfona com a rifampicina e clofazimina.<sup>20</sup>

O princípio da MDT era eliminar as condições que favorecessem a transmissão, esperando alcançar um impacto epidemiológico em curto prazo e, para a eficácia do tratamento, era necessário o cumprimento de várias atividades de controle, como o diagnóstico precoce, a prevenção e o tratamento de incapacidades físicas, a vigilância de contatos e a educação em saúde.<sup>16,20</sup>

No Brasil, o Ministério da Saúde não adotou, de imediato, este esquema, por receio de maus resultados, o que só veio a ocorrer em 1986, após uma avaliação que demonstrou um aumento no número de casos anuais, inclusive, em menores de 15 anos. Este fato foi o elemento propulsor para a implantação da poliquimioterapia (PQT) em algumas unidades-piloto.<sup>16</sup> A multidrogaterapia, implantada (MDT-OMS) a partir de 1986 em algumas áreas-piloto do Brasil, foi recomendada para todos os países endêmicos com o objetivo de interromper a transmissão da infecção na comunidade e assegurar a cura do doente.<sup>16,21</sup>

A alta, por cura, dos pacientes de hanseníase, era rara no passado, porém, diante da cura clínica dos pacientes pela sulfona, mesmo com incapacidades físicas instaladas, já se acreditava nesta possibilidade. Para evitar o estigma social, naquela época, já fora instituído o novo termo. Isso quer dizer: a palavra lepra fora substituída pela terminologia hanseníase, usada com o firme propósito de homenagear Gerard Amauer Hansen, descobridor do agente etiológico dessa patologia.<sup>16,22-23</sup> Assim, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária (CNDS), adotou a multidrogaterapia (MDT-OMS) como o único tratamento para todos os doentes de hanseníase.<sup>16,24</sup>

Na indicação dos esquemas de MDT-OMS, com o nome de poliquimioterapia (PQT), segundo o Guia de Controle da Hanseníase (1994), o paciente deverá ser classificado, para fins de tratamento, de acordo com os métodos diagnósticos, em paucibacilares e multibacilares. Essa classificação facilita o diagnóstico, sendo de grande importância para programas de controle de pacientes com hanseníase.<sup>16,25</sup>

Os critérios para a classificação operacional dos pacientes de hanseníase são: paucibacilares, quando os mesmos apresentarem as formas clínicas indeterminada e tuberculoide, com bacterioscopia negativa, e multibacilares, classificados como virchowianos, dimorfos e com bacterioscopia positiva em qualquer dos esfregaços examinados e os não classificados.<sup>16,26</sup>

## **Reconstrução e descentralização das ações de saúde**

No período transcorrido entre 1985 e 1991, acontece uma fase de reconstrução de descentralização das ações de saúde. Em relação à hanseníase, foi um período com muitas mudanças, com o enfrentamento do estigma da doença, e o movimento de reintegração do paciente de hanseníase toma força com a participação efetiva do usuário. A atualização e implementação da Portaria nº 165 preconiza o fim do isolamento e a reintegração social dos pacientes, porém, somente em 1991 e 1992, o Ministério da Saúde adotou a PQT como o único esquema de tratamento no Brasil e a dose fixa na rotina dos serviços de saúde.<sup>16</sup>

Em 2004, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, considera que a situação assistencial e asilar dos antigos hospitais-colônia de hanseníase, no país, é distinta, desconhecida e que as pessoas asiladas são frutos de uma política de isolamento compulsório que persistiu, equivocadamente, ao longo do tempo e que necessitam de assistência hospitalar e social. Foi quando resolveu instituir um Grupo de Trabalho, por meio da Portaria nº 585, de 06 de abril de 2004, com a finalidade de realizar um Diagnóstico Situacional da atual realidade dessas instituições.<sup>27</sup>

O Grupo de Trabalho foi composto por membros que representavam os segmentos do poder público e usuários, envolvidos em atividades de hanseníase com vivência em hospitais-colônia, sendo concluído que, naquele ano, havia, no país, trinta e três hospitais-colônia com problemas que, canhestamente, inviabilizam a vida cotidiana dos usuários moradores que foram atingidos pela hanseníase e ainda permanecem naquelas instituições, em regime asilar ou mesmo nas áreas residenciais, devido à ausência de laços familiares rompidos no passado com suas famílias ou porque constituíram família na área das colônias.<sup>27</sup>

Como encaminhamento do relatório final do Grupo de Trabalho, o Ministério da Saúde transferiu, aos Estados, por meio do fundo estadual de saúde, recursos financeiros para que os gestores investissem nas instituições, principalmente na reforma da área física, de espaços comunitários e nos serviços de reabilitação.<sup>28</sup>No contexto da obrigação do Estado em reconhecer as violações geradas pela internação compulsória e indenizar as vítimas da política vigente no país até 1986, foi instituída a Comissão Interministerial de Avaliação.<sup>29</sup>

A Comissão Interministerial, instituída pela Medida Provisória nº 373, de 2007, no artigo 2º, estabelece sua composição por representantes dos órgãos: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que a coordenará; Ministério da Saúde; Ministério da Previdência Social; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.<sup>30-31</sup>

O governo federal sancionou a Medida Provisória nº 373, de 2007, regulamentada pelo Decreto nº 6168, de 24 de julho de 2007, que estabelece o direito à pensão especial e instruções para requerer o reconhecimento à violação dos direitos humanos e, especialmente, no enfoque ao direito à liberdade dos pacientes. Portanto, as pessoas que foram atingidas pela hanseníase e que foram obrigadas a se isolar ou se internar em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986, têm direito à pensão especial. A medida provisória estabelece, ainda, que a pensão seja vitalícia, mensal e retroativa à data da publicação do deferimento, portanto, a pessoa com parecer favorável receberá o pagamento a partir da data de dezembro de 1986.<sup>30-32</sup> A política sanitária de segregação e internação compulsória, instituída pelo Estado brasileiro, reconheceu a violação aos direitos fundamentais cometidos aos pacientes atingidos pela hanseníase, e esse reconhecimento deu-se pela Lei 11.520, de 18 de setembro de 2007.<sup>31</sup>

Destaca-se o papel fundamental do MORHAN (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase), que é uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, fundada em 6 de junho de 1981, que tornou conhecida a situação das pessoas que ainda residiam, esquecidas, nos hospitais-colônia no Brasil, tendo como atividades a eliminação da hanseníase, por meio de ações de conscientização e foco na construção de políticas públicas eficazes na prevenção, tratamento, diagnóstico e reabilitação das pessoas atingidas pela hanseníase, no reconhecimento desse direito por meio da Lei 11.520.<sup>31,33</sup>

O Ministério da Saúde, em 29 de março de 2009, propôs a Portaria nº 125, que dispõe sobre as práticas de educação em saúde para o controle da hanseníase, devendo essas serem baseadas na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde. As atividades devem compreender, pelo menos, atenção integral, estímulo à investigação e ao autoexame dos contatos intradomiciliares, autocuidado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento.<sup>26</sup>

A OMS desenvolveu a Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase: 2006-2011, baseada na detecção precoce de novos casos e no tratamento com poliquimioterapia, que é oferecida gratuitamente pela Fundação Novartis por meio da OPAS/OMS no Brasil. Os principais elementos da estratégia foram: sustentar as atividades de controle da hanseníase em todos os países endêmicos; usar a detecção de casos como principal indicador para monitorar o progresso; registro e notificação em todas as comunidades endêmicas; assegurar o diagnóstico de qualidade e o acompanhamento dos casos; fortalecer os serviços rotineiros e de encaminhamento e descontinuar a abordagem baseada em campanhas.<sup>34</sup>

Os principais desafios dos cinco anos da estratégia foram: continuar a avançar em direção à meta de menos de um caso em cada 100 mil habitantes nos países que ainda não alcançaram a meta; manter a qualidade dos serviços nos sistemas integrados de saúde e em situações de baixa endemicidade; fortalecer a vigilância e o desenvolvimento de uma rede eficiente de encaminhamento; diminuir o estigma e a discriminação contra as pessoas afetadas e suas famílias. As metas foram de alcançar uma maior redução da carga da hanseníase e promover o acesso a serviços de controle da hanseníase de qualidade para todas as comunidades afetadas, seguindo os princípios de equidade e justiça social.<sup>34</sup>

Em colaboração com os Programas Nacionais de Controle da Hanseníase e outros parceiros, a OMS desenvolveu, em 2010, a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015, que enfatiza a sustentação da atenção à saúde com serviços de qualidade e a redução da carga da hanseníase não apenas por meio da detecção precoce dos casos novos, mas também reduzindo a incapacidade, o estigma e a discriminação, com a promoção da reabilitação social e econômica das pessoas afetadas. A Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase: 2006-2010 e a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015, da OMS, enfocam a redução ainda maior da carga da doença em todas as comunidades endêmicas.<sup>35</sup>

Ao mesmo tempo, é necessário assegurar que a qualidade dos serviços não seja comprometida, devendo toda pessoa afetada pela hanseníase ter fácil acesso ao diagnóstico e ao tratamento gratuito com a poliquimioterapia, garantir

que sejam realizadas atividades sustentáveis e oferecer serviços de qualidade dentro de uma estrutura integrada que inclua uma rede eficaz de referência para abordar, de forma eficiente, as complicações relacionadas à hanseníase.<sup>35</sup>

Em 2016, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 149, aprova as diretrizes para a vigilância, a atenção e a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, a qual foi publicada naquele mesmo ano objetivando orientar as práticas desta enfermidade, bem como a definição de caso e as estratégias para a redução da carga da doença no país.<sup>36-7</sup>

## CONCLUSÃO

A pesquisa mostra a evolução da história da hanseníase em várias vertentes, como o desenvolvimento da relação do paciente com a sociedade, desde a exclusão pela sociedade e órgãos oficiais até a necessidade de reintegrá-lo com segurança e dignidade à liberdade. A legislação, conforme o trabalho dos movimentos, reconheceu a importância das discussões e resolveu pagar indenização às pessoas que estavam em internação compulsória. Na investigação, foram expressas a importância da ciência experimental no desenvolvimento das medicações e sua evolução até a atualidade, tendo a sensibilidade do acesso à medicação de forma gratuita pelos governos oficiais e ao paciente. A vigilância sanitária marcou relevância em aspectos epidemiológicos da doença onde proporcionou estratégias para o controle e a prevenção da doença em comunidades endêmicas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento Nacional da Saúde, Serviço Nacional de Leprosia. Manual de leprologia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1960 [cited 2018 Sept 08]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_leprologia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_leprologia.pdf)
2. Cunha AZS. Leprosy: evolution aspects of its diagnosis, treatment and control. *Ciênc Saúde Colet.* 2002; 7(2):235-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000200004>
3. Pinto Neto JM, Villa TCS, Oliveira MHP, Barbeira CBS. The control leprosy contacts in Brazil: a review. *Hansen Int* [Internet]. 2000 [cited 2018 Sept 08]; 25(2):163-76. Available from: [http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=10586](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10586)
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Cadernos do Morhan: filhos separados [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 Sept 08]. Available from: <http://www.morhan.org.br/views/upload/cadernosmorh8.pdf>
5. Monteiro YN. Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase. *Saúde Soc.* 1998; 7(1):03-26. Doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901998000100002>

6. Câmara dos Deputados (BR). Decreto nº16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados; 1923 [cited 2018 Apr 15]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/19101929/D16300.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/19101929/D16300.htm)
7. Lei nº 5.511, de 15 de outubro de 1968 (BR). Submete a Campanha Nacional Contra a Lepra ao regime previsto na Lei nº 5.026, de 14 de junho de 1966, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1968 Out 15 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-5511-15-outubro-1968-358654-publicacaooriginal-1-pl.html>
8. Câmara dos Deputados (BR), Constituição da República Federativa do Brasil. 50th ed. São Paulo: Saraiva; 2012.
9. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1990 [cited 2018 Sept 19]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
10. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
11. Freitas EC, Prodanov CC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2nd ed. Novo Hamburgo: Universidade FERVALE; 2013.
12. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Documentary research: theoretical and methodological clues. RBHCS [Internet]. 2009 [cited 2018 Sept 08]: 1(1):01-15. Available from: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>
13. Piana MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009
14. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 7th ed. São Paulo: Atlas; 2010.
15. Sousa-Araújo HC. Da descoberta até o fim do domínio espanhol (1500-1640). In: Sousa-Araújo HC. História da lepra no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1946.
16. Tavares CM. Evolução da endemia hansênica no estado do Ceará: características epidemiológicas e operacionais no período de 1970 a 1996 [dissertation][Internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1997 [cited 2018 Aug 12]. Available from: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6945/1/1997\\_dis\\_cmtavares.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6945/1/1997_dis_cmtavares.pdf)
17. Machado K. Machado K. Hanseníase: meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível? Rev Comun Saúde. 2004; 27:08-11
18. Moreira TA. A panorama of Hansen's disease: present status and perspectives. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 2003 (10 Suppl 1):291-307. Doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000400014>
19. Boechat N, Pinheiro LCS. Leprosy and its Chemotherapy. Rev Virtual Quim. 2012 June; 4(3):247-56. doi: 10.5935/1984-6835.20120020
20. Opromolla DVA. Leprosy Therapeutic. Medicina (Ribeirão Preto). 1997 July/Sept; 30(3):345-50. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v30i3p345-350>
21. Andrade V. Implementation of multidrug therapy against leprosy in Brazil. Hansen int [Internet].2006 [cited 2018 Sept 08]; 31(1):23-31. Available from: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v31n1/v31n1a04.pdf>
22. Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995 (BR). Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1995 Mar 29 [cited 2018 Apr 09]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9010.htm)

23. Femina LL, Soler ACP, Nardi SMT, Paschoal VDA. Leprosy for Hansen's Disease: the effect of this Terminology Change According to the Carriers modifier. *Hansen Int* [Internet]. 2007 [cited 2018 Sept 09]; 32(1):37-48. Available from: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/302-863-1-PB.pdf>
24. Petoilo EC, Lima MCM, Pedrazzani ES. Poliquiometerapia da hanseníase: a implantação na unidade de saúde de São Carlos - SP. *Rev Bras Enferm*. 1994 Apr/June; 47(2):124-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671994000200006>
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Guia para implantar/implementar as atividades de controle da hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. [cited 2018 Sept 08] Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/municard.pdf>
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria conjunta nº 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2018 Sept 08]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125\\_26\\_03\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html)
27. Ministério da Saúde (BR), Gabinete Do Ministro. Portaria GM/MS nº 585, de 6 de abril de 2004. Institui grupo de trabalho para diagnóstico dos hospitais colônia, define suas competências e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2018 Sept 08] Available from: [http://www.lexeditora.com.br/doc\\_1100722\\_PORTARIA\\_N\\_585\\_GM\\_DE\\_6\\_DE\\_ABRIL\\_DE\\_2004.aspx](http://www.lexeditora.com.br/doc_1100722_PORTARIA_N_585_GM_DE_6_DE_ABRIL_DE_2004.aspx)
28. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2018 Sept 08] Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html)
29. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.168, de 24 de julho de 2007. Regulamenta a Medida Provisória no 373, de 24 de maio de 2007, que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2007 [cited 2018 Aug 20]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6168.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6168.htm)
30. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Medida provisória nº 373, de 24 de maio de 2007. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2007 [cited 2018 Sept 08]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Mpv/373impressao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Mpv/373impressao.htm)
31. Lei nº 11.520, de 18 setembro de 2007 (BR). Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2007 Set 18 [cited 2018 Sept 18]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11520.htm)
32. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.618, de 24 de julho de 2007. Institui a Medalha Marechal Osório - O Legendário e altera o Decreto nº 40.556, de 17 de dezembro de 1956, que regula o uso das condecorações nos uniformes militares [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2007 [cited 2018 Sept 08]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6168.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6168.htm)
33. Santos KS, Fortuna CM, Santana FR, Gonçalves MFC, Marciano FM, Matumoto S. Significado da hanseníase para pessoas que vivem o tratamento no período sulfônico e da

poliquimioterapia. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015 July/Aug; 23(4):620-7. Doi: 10.1590/0104-1169.0323.2596

34. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase 2006-2010 [Internet]. Genebra: OMS; 2005 [cited 2018 Sept 08]. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-tecnicos/informes-tecnicos/estrategia\\_global\\_para\\_controle\\_de\\_hanseniose.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-tecnicos/informes-tecnicos/estrategia_global_para_controle_de_hanseniose.pdf)
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Sept 08]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_global\\_aprimorada\\_reducao\\_hanseniose.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseniose.pdf)
36. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Sept 08]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0149\\_04\\_02\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0149_04_02_2016.html)
37. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Sept 08]. Available from: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes\\_para\\_eliminao\\_hanseniose\\_-\\_manual\\_-\\_3fev16\\_isbn\\_nucom\\_final\\_2.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_eliminao_hanseniose_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf)