

Hanseníase e cidadania na política de saúde brasileira

Sirlei Fávero Cetolin¹

Clarete Trzcinski²

Andréia Antoniuk Presta³

Beatriz Soares⁴

Simone Kelly Cetolin⁵

Resumo: Este artigo é o resultado de reflexões a partir de experiências no cotidiano profissional de trabalho na 1ª Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina (GERSA) com sede no município de São Miguel do Oeste/SC, que exige o constante aprimoramento e compreensão de conceitos sócio-históricos dos processos de saúde e doença. O estudo faz uma retrospectiva da hanseníase como uma doença e de sua inserção na política pública da saúde brasileiro. Considerada historicamente uma doença típica da pobreza, a hanseníase situa-se num patamar em que o paradigma dominante da medicina tem privilegiado, mais especificamente, a doença aguda passível de ser tratada com alta tecnologia hospitalar. Deixando à margem os pacientes com a doença crônica instalada. A contaminação ocorre por contato direto de indivíduo

¹ Assistente Social da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina – SES, lotada na 1ª Gerência de Saúde do Estado com sede no município de São Miguel do Oeste/SC, Especialista em Saúde Coletiva (UNOESC/UEL), Mestre em Gestão de Políticas Públicas (Univali/Itajaí), Doutora em Serviço Social (PUCRS). E-mail: sirleicetolin@saninternet.com

² Assistente Social, Especialista em Gestão Pública pela UNOCHAPECÓ, Mestre em Serviço Social pela PUC/RS, Doutoranda em Eng@ da Produção pelo Dinter URGRS/Unochapecó. Docente do Curso de Serviço Social da UNOESC/SMO. E-mail: clarete@desbrava.com.br

³ Possui graduação em Odontologia (UPF), mestrado e doutorado em Odontologia Preventiva pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Atualmente é docente do Mestrado em Saúde Coletiva e das Faculdades de Odontologia e Medicina da UNOESC. E-mail: Andreia.presta@unoesc.edu.br

⁴ Enfermeira da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina – SES, lotada na 1ª Gerência de Saúde do Estado com sede no município de São Miguel do Oeste/SC, Especialista em Saúde Coletiva (UNOESC/UEL), Mestre em Gestão de Políticas Públicas (Univali/Itajaí). E-mail: psfsaomiguel@saude.sc.gov.br

⁵ Psicóloga, Bacharel em Direito (UNOESC), Especialista em Abordagens Sócio-Jurídicas da Família (UNOESC), mestranda em Psicologia na UFBA. E-mail: s_cetolin@yahoo.com.br

doente para indivíduo sadio. Apesar de avanços, o Estado brasileiro ao longo de sua história, tem vivenciado um contexto de vida social cuja principal nota indicativa é a disparidade de condições entre os cidadãos. De um lado, os avanços tecnológicos beneficiando as condições de habitação, alimentação, qualidade de vida; do outro, as condições de miséria, fome, doença, falta de acesso à saúde e, em muitos locais, restrições à liberdade e delimitação do exercício da igualdade de possibilidades para a totalidade da “sociedade civil”. Porém, somente com os esforços de todos, governo, profissionais de saúde e população, que será possível eliminar a doença e alcançar os resultados esperados.

Palavras-chave: Saúde pública; cidadania; direitos; políticas públicas.

Introdução

Esta reflexão é resultante da sistematização de experiência no cotidiano profissional na 1º Gerência de Saúde do Estado de Santa Catarina (GERSA) com sede na cidade de São Miguel do Oeste e de pesquisa bibliográfica sobre os principais aspectos da Hanseníase na Saúde Pública brasileira, privilegiando a discussão desde os hospitais-colônias, perpassando pela Constituição Federal de 1988, onde a saúde passa a ser um direito do cidadão e dever do Estado, perpassando os desafios para garantir cidadania às pessoas doentes de hanseníase a partir da política de Saúde instituída no país.

Para compreender esse processo é preciso refletir sobre os antecedentes, já que historicamente a hanseníase foi conhecida como lepra⁶ consiste em qualificá-la como uma doença milenar infecto-contagiosa, de evolução prolongada, e com grande potencial de causar incapacidades, manifestando-se, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. As manifestações são resultantes da ação do *Mycobacterium leprae*, agente causador da doença de Hansen⁷, em acometer células cutâneas e nervosas

⁶ Lepra: nome que designava uma ampla categoria de doenças, na qual encontravam-se as manifestações dermatológicas; muitas destas manifestações, hoje não são mais associadas à hanseníase (CURI, 2002).

⁷ Hansen – Nome dado em homenagem ao médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, que em 1872, detectou a presença do bacilo, agente etiológico causador da lepra, conhecido como *mycobacterium leprae*. Em 1976 o Brasil

periféricas. O diagnóstico pode-se considerar quando a pessoa apresenta uma ou mais das características da doença, com ou sem história epidemiológica, e que requer tratamento específico (BRASIL, 1984). E que cientificamente pode-se chamar de Reação Hansênica⁸ ou estados reacionais que, se não tratados a tempo, podem levar, segundo Araújo (2002), a grave deformidade física e ao estigma social.

Em uma escala de destruição no organismo, a hanseníase pode ocasionar alterações físicas severas que deixam o indivíduo comprometido na sua vitalidade orgânica e emocional. Como consequência, a dor emocional se manifesta pela má formação do físico. A esse respeito, Eidt (2000), diz que por vezes a doença representa uma humilhação extrema, tendo o doente o sentimento de estar recebendo uma sentença de condenação por um mal que ele não cometeu. Dentre os diversos autores consultados para a elaboração deste artigo, cita-se Opromolla (1981), quando afirma que inexistem nos antigos textos exposições claras no que diz respeito ao tratamento clínico da hanseníase, bem como informações da verdadeira origem e evolução da doença no decorrer dos tempos.

Aspectos da Hanseníase na Saúde Pública Brasileira

Para situar a temática proposta neste estudo, é importante considerar a história da saúde brasileira observando as transformações ocorridas em relação à disseminação da Hanseníase na esfera da saúde pública. Eidt (2000), afirma que foi em 1912, durante o I Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia na cidade do Rio de Janeiro que se valorizou a notificação compulsória⁹ e a necessidade da

passou a adotar o nome hanseníase ao se referir à lepra (Foss, 1999; Gomes, 2000).

⁸ Reação Hansenica: É uma inflamação aguda causada pela atuação do sistema imunológico do hospedeiro que ataca o *mycobacterium leprae*. Esta inflamação é a resposta usual do organismo a infecção (Brasil, MS, 2002).

⁹ Consiste na comunicação obrigatória da ocorrência de determinada doença/agravo à saúde ou surto, feita às autoridades sanitárias por

hanseníase receber uma atenção com rigor científico, além do “isolamento humanitário” em hospitais-colônia.

A função dos hospitais-colônia não deveria apenas abrigar os doentes, mas, também, trabalhar a questão da profilaxia, entre elas, afastando os filhos recém-nascidos sadios de seus pais doentes e dando-lhes assistência nos educandários. Os sanitaristas aconselhavam que as ações deflagradas deveriam estabelecer uma sintonia entre Estado, municípios e comunidades para atingir a problemática da hanseníase em todo o território brasileiro.

Segundo Santos (2003), a maior atuação do governo federal na área da saúde pública ocorreu na década de 1920¹⁰, período em que os centros urbanos encontravam-se em processo de aglomeração em virtude da crescente industrialização. Essa condição tornou-se fator facilitador da transmissão de doenças infecto-contagiosas.

As disposições do controle da lepra em vigor na época eram o recenseamento, a notificação obrigatória do paciente e daqueles com os quais convivia, a juízo da Saúde Pública, o isolamento obrigatório no domicílio, se a sua permanência no lar não constituísse risco aos demais, e a assistência pecuniária a esses doentes. Na dependência das condições sociais do caso, o isolamento dava-se em colônias agrícolas, sanatórios ou hospitais com ampla assistência médica e social, vigilância sanitária (exames clínico e bacteriológico) dos doentes em domicílio e das pessoas que os cercavam, vigilância dos casos suspeitos, proibição de mudar de residência sem prévia autorização das autoridades sanitárias, interdição do aleitamento materno aos filhos de leprosos e afastamento imediato dos mesmos para proventórios especiais. (VELLOSO e ANDRADE, 2002, p.17).

profissionais de saúde ou qualquer cidadão visando à adoção das medidas de intervenção pertinentes.

¹⁰ Informações contidas em ligeiro histórico até 1935 (inclusive) – Realizações do Governo Federal; O ano de 1920 foi o ano de criação do primeiro órgão oficial de combate e profilaxia à doença.

Nesse período foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, dentro da hierarquia do Departamento da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. A função desses departamentos era de vigiar e divulgar o diagnóstico das endemias, acompanhando a evolução da doença e o monitoramento dos contatos, tendo o cuidado para que os casos não evoluíssem para uma epidemia. Para as ações de controle, priorizaram-se a construção de leprosários. Como diz Moreira (2003) foram fundados 33 leprosários e a única medida preventiva até então adotada, era o isolamento. Ervas como a chaulmoogra¹¹, eram utilizadas e funcionavam como forma paliativa. De todo modo, o combate à “lepra” no Brasil começou efetivamente a ser implantado somente a partir do governo de Getúlio Vargas, compreendido de 1930 a 1945.

No transcorrer da década de 1940, houve avanço no tratamento ao portador de hanseníase. Moreira (2003) argumenta que a dapsona¹² apareceu na década de 1940, mas que somente em 1943 é que passou a ser utilizada no tratamento de hanseníase, conhecida como sulfona (DDS).

Segundo Machado (2004), no Brasil, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, foi adotado um novo tipo de controle da doença. Em 1941, o governo federal criou o Serviço Nacional da Lepra (SNL) com o desígnio de delinear ações de controle, manutenção e criação do modelo tripé, fundamentado em: (a) leprosário¹³, que atendia os pacientes infectados num

¹¹ Chaulmoogra: Medicamento fitoterápico, natural da Índia, utilizado no tratamento de hanseníase. Seu uso até 1949, quando então, foi sintetizado em laboratório a sulfã, era o único remédio existente contra a lepra. Utilizava-se na forma injetável ou via oral. Este medicamento aliado ao isolamento, eram as formas de se tratar a hanseníase (disponível em <http://www.fiocruz.br> acessado em: 26 fev. 2008).

¹² Sulfona /Dapsona – medicamento descoberto na década de 1940 que trouxe a possibilidade do tratamento específico à hanseníase em regime ambulatorial (disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br> acessado em: 14 nov. 2007).

¹³ Leprosário também chamado de asilos-colônia, afastados das áreas urbanas, refere-se ao local em que os portadores de hanseníase passavam a residir após diagnóstico da doença. Foi a maneira mais econômica, agradável e

sistema de reclusão como forma de prevenir a disseminação da doença; (b) preventório, que cuidava dos comunicantes¹⁴, 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 que se tratavam em domicílio e o tratamento dos casos considerados não contagiantes. Além disso, procuravam fazer um trabalho de educação sanitária com a população divulgando a importância de um exame médico.

O Ministério da Saúde foi criado em 1953, pois até então era em conjunto com o Ministério da Educação. No entanto, na divisão entre os dois Ministérios, o setor da saúde ficou com a menor parte dos recursos do orçamento para o desenvolvimento de suas ações. Ao mesmo tempo, a Fundação Rockefeller¹⁵ mantém convênio com o Instituto Evandro Chagas, possibilitando a realização de assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária e controle de doenças transmissíveis.

Em 1957 a rifampicina teve sua descoberta pela medicina, e no final da década de 1960, o progresso farmacológico propiciou, no tratamento, o sucesso das primeiras altas ao doente de hanseníase, o qual passou a receber a composição de dapsona (DDS) com rifampicina (RFM). A partir

“profilaticamente correta” que se encontrou para alijar da sociedade os indesejáveis leprosos.

¹⁴ Comunicantes ou contato intradomiciliar, considera-se toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos (Guia de vigilância epidemiológica, 2002).

¹⁵ Fundação criada nos Estados Unidos, em 1913, com o objetivo de implantar em vários países medidas sanitárias baseadas no modelo americano, com a prioridade de empreender o controle internacional da febre amarela e da malária. A atuação da Rockefeller no Brasil teve início em setembro de 1916, quando chega ao Rio de Janeiro uma missão médica enviada por sua Junta Internacional de Saúde (International Health Board - IHB) com o objetivo de promover pesquisas científicas e ações de profilaxia das principais doenças endêmicas do país (disponível em <http://coc.fiocruz.br> acessado em: 17 mar. 2007)

de então, a história da hanseníase no Brasil passa por um momento importante caracterizado pelo avanço da ciência, que atua fortemente sobre a vida biológica e social do doente de hanseníase. O ato da separação da convivência social e o confinamento em hospitais-colônia não mais eram necessários, fato este que só servia para aumentar o estigma à doença. Com essa visão é que teve início a desocupação, ainda que timidamente, dos leprosários e a substituição por tratamento ambulatorial. É um processo construído lentamente, mas que aos poucos vai adquirindo forças e somando conquistas.

Para Machado (2004), no VII Congresso Internacional de Lepre realizado em 1958, em Tóquio, foi considerado que a forma de transmissão não era hereditária e que, através do tratamento com uso de antibióticos e sulfas, era possível curar a doença. Isso reforça o pensamento dos cientistas de que, com a alta no tratamento, não haveria mais a necessidade de isolar o cidadão que recebeu o tratamento para hanseníase.

A conquista da assistência à saúde (alta por cura da doença) pode ser considerada um avanço significativo para os portadores de hanseníase em relação ao retorno ao “convívio social”. Com o Decreto n.º. 968, de 1962, quatro anos após o Congresso de Tóquio, o Brasil aboliu a prática de isolamento ao paciente, mas algumas restrições ainda persistiram. Dorneles (2005) descreve que a determinação de afastar as crianças de seus pais somente foi abandonada em 1963, a despeito de que, conforme o VIII Congresso Internacional da Lepre, recomendasse que os filhos de doentes de hanseníase pudessem permanecer com seus pais, desde que sejam efetivamente avaliados com regularidade.

Nogueira e Marliak (1997) referem que a Organização Mundial da Saúde reconhece os esquemas terapêuticos, recomendados no final da década de 1970. E passaram a incluir a rifampicina (RFM) para os doentes Multibacilares (MB) e a monoterapia sulfônica (DDS) aos doentes Paucibacilares (PB), em períodos de tratamento de longa duração (no mínimo 5 anos a MB e 2 anos para os PB). Se o indivíduo recebia alta no tratamento, não haveria necessidade de isolá-lo. Enfim, o

isolamento passou a ser questionado, tendo os estudiosos percebidos que a segregação social não detinha a disseminação da doença, mas que o tratamento amenizava o perigo de contágio.

Andrade (2000) relata que no período de 1976 a 1985 os esquemas de tratamento não eram supervisionados e que a clofazemina¹⁶ era utilizada nos doentes resistentes a sulfona (DDS). No ano de 1986, foi elaborado um protocolo para o uso da poliquimioterapia (PQT), que seria adotado em 1987.

Estava decretada uma nova fase na história da hanseníase. O tratamento encontrava nova perspectiva, o paciente passaria a ter um tempo mais curto de tratamento. A recomendação do uso da terapêutica contínua por toda a vida, posteriormente, passa a ser estipulada segundo o Ministério da Saúde (1984), apenas a um período de cinco anos, seguida de observação clínica por mais cinco anos, tendo alta em seguida por cura, se não houver reativação do caso.

A realidade de muitos doentes, que passaram por todo o processo da evolução do tratamento da hanseníase, arrancados do convívio familiar e segregados de uma sociedade. Sendo enclausurados nos hospitais-colônia, tendo que se ajustar a um novo modelo de vida, mudou, assume novas características. Muitos chegaram ainda jovens; outros, porém, já adultos. Mas todos tiveram que se adequar ao sistema. Alguns encontraram parceiras ou parceiros; tiveram filhos, constituíram famílias. Muitas crianças nasceram nos hospitais-colônia, sendo estes o seu mundo, a realidade que conheciam. Este tema foi discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Mas em 1980, após a declaração do déficit na Previdência Social, a população, com o apoio do Movimento Sanitário, organiza-se em protesto para que sejam tomadas medidas em prol dos trabalhadores. Nesse período houve um aumento na burocracia e o repasse de benefícios torna-se

¹⁶ Clofazemina - Medicamento descoberto na década de 1960 veio, então a corroborar a recomendação do tratamento ambulatorial da hanseníase (disponível em <http://www.eve.saude.sp.gov.br> acessado em: 14 nov. 2009.)

ineficiente, reafirmando-se, segundo Cohn (1999, p. 25), como uma “política de favores, em investimentos eleitoreiros, seguindo, em suma, a tradição política nativa de apropriação privada da coisa pública”.

No mesmo período a medicina apresentava renovadas possibilidades: os cientistas observando e estudando a eficácia do tratamento, passam a recomendar um tempo de tratamento mais curto, com obtenção de cura para a doença. A medicação, de longos cinco anos, passa para dois anos (24 doses), é o uso da poliquimioterapia (PQT), podendo ser administrada em até 36 meses. Enquanto as possibilidades de tratamento da hanseníase apresentam avanços, a luta da classe operária não cessa, tendo em contrapartida o anúncio do governo sobre a falta de recursos para a saúde, com cortes de gastos e benefícios, e aumento do valor da contribuição. Nesse contexto de luta, sofre o indivíduo enquanto cidadão, mas consegue a vitória no tratamento poliquimioterápico da hanseníase, que é financiado pela Organização Mundial da Saúde.

Na busca de explicações para esse déficit, encontra-se, nas palavras de Cardoso (2006), que a Previdência Social, que fora superavitária até o governo Itamar Franco (chegou-se mesmo a conceder um aumento real do salário mínimo com base nesse superávit), apresentava os primeiros e fortes sinais negativos. Este comentário pode ser encontrado na obra autobiográfica de Cardoso, suas memórias enquanto Presidente da República. Talvez numa tentativa de justificar sua administração governamental, em que o Estado, com problemas orçamentários, passa a defender uma política de prioridades, tendo que gerir conflitos de interesses, em que sempre um lado acaba descontente. A Previdência Social entra nesse cenário como “bode expiatório” justificando a falta de recursos, sendo que não haveria como causar crise, se houvesse uma reestruturação e uma priorização das políticas sociais.

Hanseníase a partir da Constituição Federal de 1988

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser dever do Estado e direito do cidadão. Cria-se, a partir da nova constituição, o Sistema Único da Saúde (SUS), regulamentado mais tarde pelas Leis Orgânicas 8.080, e 8.142 de 1990. Segundo Cohn (1999) este novo contexto normativo possibilita a descentralização com a fixação das direções pelas esferas dos Governos Federal, Estadual e Municipal.

O atendimento integral do cidadão passa a ser um dos direitos que devem ser assegurados, como proposta apresentam-se as atividades preventivas e as assistenciais, e a participação da comunidade, difundida como controle social.

Formalmente, a política de saúde pública brasileira, no que diz respeito à hanseníase, possui ações que se vinculam ao Programa Nacional de Hanseníase, que conquistou alguns espaços com o debate de uma política de resolução, o que pode ser constatado no Ato-Portaria do Secretário de Políticas de Saúde, de 17 de janeiro 2002, que defende “condições favoráveis, em nível nacional, para a integração e a organização das ações voltadas ao controle da tuberculose e à eliminação da hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde”.

Andrade (2000) refere que, em 1998 o Brasil adota o modelo de descentralização da gestão da assistência à saúde da população alocando recursos financeiros específicos para o custeio das ações básicas em saúde. Moreira (2003), em 1999, a OMS lançou a Aliança Global para a eliminação da hanseníase até 2005, e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS) assumiu esta proposta e a responsabilidade sobre a hanseníase passou a ser uma prioridade dos municípios. Os recursos financeiros que o gestor administra estão na estrutura do Piso de Atenção Básica¹⁷ (PAB), e esta intensificação das ações

¹⁷ Piso de Atenção Básica consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica. Há o repasse do dinheiro do Sistema Único de Saúde (SUS) do nível federal para os municípios, para que assumam procedimentos das ações básicas de saúde. (Brasil, 2000; Moreira, 2003).

de controle da doença já está incluída no conjunto de procedimentos do PAB. Os municípios passaram a assumir um conjunto de ações, e a hanseníase faz parte da determinação da Lei Orgânica de Saúde (LOS)¹⁸.

Meireles (1997) diz que administração pública, em acepção operacional, é o desempenho perene e sistemático, legal e técnico, dos serviços públicos próprios do Estado ou por ele assumidos em benefício da coletividade. Nessa nova performance administrativa da descentralização, cabe ao gestor o cumprimento das metas estabelecidas, desenvolvendo em seu município uma política para o programa de hanseníase que leve à eliminação da doença como um problema de saúde pública. Nogueira (2004) descreve que o governante não deve preocupar-se somente em administrar, mas também em dirigir sua comunidade. Deve ir em busca de recursos para o cumprimento das suas obrigações e ritos executivos, mas também forjar ideias, apontar caminhos e abrir novas possibilidades às pessoas e às forças sociais. Mas, como afirma Junqueira (1990), o governante como uma pessoa de decisão, necessita, para exercer seu papel de informações, de autonomia e de um referencial.

Moreira (2003) comenta que a meta não foi atingida por vários fatores, entre eles: a distribuição da doença, a falta de acesso da população aos serviços de saúde e carência de atualização dos profissionais sobre a enfermidade. O atraso de diagnóstico gera um grave problema epidemiológico, pois os indivíduos multibacilares¹⁹ sem tratamento acabam disseminando

¹⁸ LOS – É o conjunto de duas leis editadas (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90) para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, portanto, destinada a esclarecer o papel das esferas do governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado com a saúde (SUS, 2002).

¹⁹ O Ministério adotou dois grupos para hanseníase: o Multibacilar e Paucibacilar; **Multibacilar** compreende os casos que abrigam um grande número bacilar de *mycobacterium leprae*, e passam a eliminá-los para o exterior, podendo infectar outras pessoas. O caso ainda é definido por apresentar mais que cinco lesões na pele ou pela baciloscopia positiva; **Paucibacilar** é considerado pólo não infeccioso de hanseníase, baixa carga

a doença, que é infecto-contagiosa, ou seja, o portador é importante fonte de infecção e de manutenção da cadeia epidemiológica da doença.

A contaminação ocorre por contato direto de indivíduo doente para indivíduo sadio. Portanto, é somente com os esforços de todos, governo, profissionais de saúde e população, que será possível eliminar a hanseníase e alcançar os resultados esperados (ANDRADE; PELLEGRINI, 2001). Não se pode mais negligenciar a hanseníase e a redução de menos de um caso da doença por dez mil habitantes, que está depositada na proposta municipal de um “novo” desafio: a eliminação municipal da hanseníase até 2010.

O Programa Nacional da Hanseníase (PNEH) estabeleceu, em 2004, um novo direcionamento da política de eliminação da hanseníase, enquanto problema de saúde pública. Como princípio básico, orienta-se para uma visibilidade da distribuição e da concentração da endemia em todo o território nacional. Tem como proposta de trabalho a parceria com as organizações não-governamentais e com entidades governamentais e civis, entre as quais se destacam: o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH), que atua na formação de recursos humanos para a atenção na média e na alta complexidade, como suporte à rede do Sistema Único de Saúde (SUS); a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que garante o suprimento de medicamentos e oferece cooperação técnica e financeira, entre outras instituições (Brasil, 2006).

O Plano de Eliminação da Hanseníase de 2006 – 2010, do Ministério da Saúde, coloca como princípio norteador a garantia de intervenções constantes e contínuas para assegurar a redução da ocorrência dos casos. As atividades de eliminação da hanseníase, tais como: diagnóstico, tratamento poliquimioterápico (PQT/OMS), vigilância epidemiológica com

bacilar de *mycobacterium leprae*, e definido por apresentar menos de cinco lesões na pele ou pela baciloscopia negativa (BrasiL, 2001).

exames dos comunicantes, prevenção a incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade da assistência, serão financiadas com recursos do SUS (Brasil, 2006).

A partir dessas e outras ações, e com vistas à educação em saúde nos diferentes níveis de evolução dos seus serviços, é que o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde esperava obter mudanças no controle da doença. Considerando princípio da sustentabilidade proposta pelo Ministério da Saúde e pela OMS, é que se objetivava chegar em 2010, com o coeficiente de prevalência por município, de menos de um doente para cada 10.000/habitantes.

Com a descentralização do atendimento, mudou-se a estratégia “na teoria”, o atendimento médico realizado na Unidade Central passa a ser dividido com os postos dos bairros; acredita-se que os gestores proporcionem a qualificação e estrutura para que os recursos humanos estejam preparados para diagnosticar precocemente a doença, incentivando a conclusão do tratamento e levando o usuário do SUS à cura.

No entanto, a esse respeito, Bravo (2001) aponta que, no caso da política da saúde, existem particularidades relevantes, à medida que a oferta de serviços de saúde pelos municípios depende diretamente da capacidade municipal de instalar os recursos técnicos necessários, recursos humanos e conhecimentos especializados. Cetolin (2002) lembra que os municípios brasileiros, em especial os de pequeno porte, geralmente são dotados de baixa capacidade técnica e são dependentes das transferências fiscais do governo central. Isto implica necessariamente no aperfeiçoamento da gestão de serviços na área da saúde, uma vez que, com o processo de descentralização, os municípios passam a ser, de fato, os responsáveis imediatos pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seus territórios.

Muito embora existam incentivos para o desenvolvimento do Programa de Hanseníase por parte do Estado, que visa garantir, teoricamente, o

treinamento/capacitação técnica dos profissionais de saúde, a medicação e exames complementares, o Programa é operacionalizado nos municípios e depende estrategicamente das ações gerenciadas e encampadas pelo nível municipal. Portanto, passar-se-á no próximo item à explanação de apontamentos, considerados importantes na responsabilização do Estado com a garantia do acesso à saúde pelos hansenianos, como expressão de um direito adquirido historicamente.

Hanseníase e cidadania na Política de Saúde

Para compreensão da complexidade inerente ao Estado como “provedor” das políticas públicas, em especial da política pública da saúde, faz-se necessário conceituar, à luz de alguns pensadores, como o Estado foi se (re) configurando política, social e economicamente com vistas à garantia de direitos sociais adquiridos historicamente.

É consenso que o Estado possui responsabilidades no processo de elaboração e condução das políticas públicas relativas à saúde da população. Nesse sentido, Bobbio (1998), afirma que,

[...] o Estado não é um fim em si mesmo, mas um aparelho, um instrumento; é o representante, não de interesses universais, mas particulares; não é uma instituição acima da sociedade submetida, mas condicionada por esta e, desta forma a ela subordinada; não é uma instituição permanente, mas transitória, destinada a desaparecer com a transformação da sociedade submetida.

Porém, conceituar o que é público denota componentes político-ideológicos e resultantes da trajetória política no qual está inserido o Estado, discussões que se depara com a possibilidade de se transformar em ações efetivas. Para Souza (2006) política pública, é um campo de conhecimento que busca colocar o “governo em ação”, assim como analisar essas ações quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas

ações. A formulação da política pública constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. Portanto, embora as políticas sejam reguladas e frequentemente providas pelo Estado, englobam também preferências, escolhas e decisões privadas, podendo ser relativamente controladas pelos cidadãos, tendo seus reflexos interferindo na economia e na sociedade. A política pública expressa, assim, a conversão de decisões privadas em decisões e ações públicas que afetam a todos. Já para Rua (1998) a definição foi além do público, conjugando o termo com política pública que consiste em:

outputs, resultante da atividades política (politics):
Compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação de valores. [...] Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. [...] Embora uma política pública implique decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública. [...] As políticas públicas são públicas e não privadas ou apenas coletivas. A sua dimensão “pública” é dada não pelo tamanho do agregado social sobre o qual incidem, mas pelo caráter “imperativo”. Isto significa que uma das suas características centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público (grifos do autor, p. 1).

Mas até chegar-se ao contexto histórico mais recente ainda trazemos conteúdos, embora adaptados, da modernidade como processo civilizatório (ELIAS, 1993, 1994, 2001). É importante lembrar que a Europa no período da Revolução Industrial foi o berço das orientações para o cuidado com a saúde do trabalhador. Afinal, a força de trabalho deveria ser protegida para que a economia pudesse crescer. Estas influências são mais consistentemente vistas no Brasil em 1923 (Lei Eloy Chaves), quando foi criada a primeira previdência social, que, dentre os

itens, incluía a assistência à saúde como reconhecimento da necessidade de salvaguardar a saúde do indivíduo-trabalhador (Carvalho; Santos, 2002). No início do século XX, o Brasil passava por inúmeras epidemias²⁰, e apesar do desenvolvimento da tecnologia médica sanitária que ocorreu nesse período, o país não contava com atendimento médico de caráter público. Por seu turno a população e os trabalhadores, que em geral dependiam do atendimento Estatal para cuidar de sua saúde, dispunham exclusivamente de hospitais de caridade, das benzedadeiras, pessoas voluntárias e da Igreja Católica que, por sua vez, mantinha os hospitais. Enquanto que a população mais provida de recursos econômicos não dependia do atendimento estatal, pagava para receber cuidados à saúde no domicílio.

Nesse contexto, uma das facilidades de disseminação da epidemia (febre amarela e malária, por exemplo) está relacionada às condições socioeconômicas dos grupos sociais. Sendo assim, as circunstâncias exigiam a criação de alguma estrutura que pudesse amenizar o panorama em que se situava o Brasil, inclusive havendo uma ameaça à elite, uma vez que o agente patológico não respeita classe social, região ou etnia. Frente a esta conjuntura, o Estado foi forçado a tomar providências. Para tanto, criou programas, como Oswaldo Cruz, além da Diretoria Geral da Saúde, e recebeu fundações como a Rockfeller. Esta se configurou como uma organização estatal cujo objetivo era o Saneamento Básico, com elaboração de pesquisas, produção de vacinas e o isolamento da população infectada.

Apesar de avanços, o Estado brasileiro ao longo de sua história, tem vivenciado um contexto de vida social cuja principal nota indicativa é a disparidade de condições entre os cidadãos. De um lado, os avanços tecnológicos beneficiando as condições de habitação, alimentação, qualidade de vida; do

²⁰ É a manifestação, em uma coletividade ou região, de um corpo de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência prevista. O número de casos, que indica a existência de uma epidemia, varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade, e o local e a época do ano em que ocorre (Ministério da Saúde, 2002).

outro, as condições de miséria, fome, doença, falta de acesso à saúde e, em muitos locais, restrições à liberdade e delimitação do exercício da igualdade de possibilidades para a totalidade da “sociedade civil”.

De acordo com Vieira (1998) a “sociedade civil” está ligada ao pensamento liberal, que ganha projeção no século XVIII e representa a sociedade dos cidadãos. O termo civil aqui significa que a sociedade forma-se de cidadãos, entendendo-se como aqueles que têm direitos e deveres. No entanto, “sociedade civil” sugere ideia de cidadania, de uma sociedade criada dentro do capitalismo, de uma sociedade vista como um conjunto de pessoas iguais em seus direitos, sendo que os direitos nascem historicamente na sociedade de um modo geral, e entre os trabalhadores, em particular. Viana (2003) destaca que, desde a segunda metade dos anos 1970, a proposta de reforma dos sistemas de saúde tem ocorrido como um tônico das políticas para a área. Uma forma de abatimento dos custos da atenção médica e da racionalização dos gastos dos sistemas de saúde, ao lado do apelo para a ampliação da universalização.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, muitas propostas foram colocadas em prática, no sentido de reformar o Estado para a construção de um novo modelo de desenvolvimento. Ao longo dos tempos, algumas ações foram sendo incorporadas como responsabilidades públicas, sendo que a Constituição de 1988 vem para amenizar uma série de injustiças, apresentando avanços no que se refere à questão dos direitos sociais e políticos, dando acesso universal igualitário a todos os cidadãos. Nesse contexto as aposentadorias e pensões passam a serem contempladas, ficando vinculadas ao salário mínimo, no intuito de protegê-las da inflação. O aumento da aposentadoria beneficiou o trabalhador, mas contribuiu para a falta de recursos do governo, que não planejou o orçamento com as fontes de financiamento, acarretando comprometimentos na qualidade de serviços já estruturados.

Com isso, a centralização do Estado impôs-se à sociedade, dificultando ou esvaziando a sociedade civil e neutralizando o exercício da cidadania. Os cidadãos foram

convertidos em usuários dos serviços oferecidos e produzidos pelo Estado. Todavia, à medida que a sociedade civil reclamou e lutou pelo seu direito à cidadania, elaborando estratégias de contraposição ao controle exercido pelo Estado, novos espaços de atuação foram e estão sendo constituídos. Essas conquistas ocorreram devido à integração dos setores na luta pelas aspirações dos excluídos politicamente durante a ditadura militar. Este marco constitucional é explicado por Lajús (1997, p. 13)

[...] como um momento importante, pois estabeleceu novos mecanismos de participação popular, que refletem a conquista de espaços através do movimento de tensão permanente existente entre Estado e a sociedade, que permitiram a esta impor-se e criar espaços de articulação, mesmo nos momentos mais difíceis em que o Estado usou das formas mais duras para reprimir a expressão e a participação da população nas decisões.

Também o reconhecimento da Seguridade Social pela Constituição Federal de 1988, como política que, integrada à Saúde, à Previdência e à Assistência Social, foi uma conquista - ainda que formal em vários aspectos - da cidadania e democracia no Brasil. Porém, apesar de a Constituição de 1988 enunciar que a saúde é direito social, uma luta significativa teve que ser empreendida pela Sociedade Civil para que o SUS fosse promulgado, regulamentando esse preceito constitucional. Assim, para Cohn (1999, p. 70):

As exigências para a adoção de critérios da universalização, da igualdade no tratamento assistencial, da equidade e da participação na implementação do Sistema Único de Saúde subsistem apenas no plano jurídico legal e, no caso brasileiro, são concessões apenas retóricas, carecendo de efetividade. Isto é, não são adotadas como direitos a nortearem o cotidiano das ações e de prestação de serviços na saúde.

É fundamental a clareza do que preconiza a Constituição de 1988: a organização do Estado marcado pela centralização da

gestão pública, que deve ceder espaço a uma estrutura descentralizada e participativa no que se refere às ações e decisões, com a intenção de fortalecer estados, municípios e a sociedade como um todo, promovendo debates e exercendo a democracia. Carvalho e Santos (2002) colocam que o Sistema Único de Saúde não comporta diversos subsistemas públicos: do trabalhador, do servidor público, dos militares, ou dos magistrados, entre outros. A saúde, pela Constituição de 1988, é um direito de todos; com atenção sem discriminar ninguém, independente de sua posição social, credo ou cor. Admitir aos servidores públicos que as contribuições especiais compulsórias devem financiar serviços próprios especiais é negar a existência de que, hoje, temos um único sistema de saúde acessível a todos os cidadãos, que devem ser assegurados pelo poder público.

Contudo, a Lei que regulamenta o SUS não é somente um texto jurídico. É também a expressão de conceitos, idéias e concepções sobre direitos e deveres do cidadão e do Estado, respectivamente. Trata-se de um texto legal que confere à saúde a possibilidade de caráter de política pública. Representa uma substantiva conquista para uma sociedade que se propõe moderna (como marco civilizatório). No entanto, após quase duas décadas da promulgação constitucional, percebe-se que a Lei tem suas imprecisões, debilidades e, sobretudo, um enorme desafio para efetivar-se.

Assim, continuando com a referência de Carvalho e Santos (2002), faz-se lembrar que o direito à saúde não pode ser meramente uma formalidade em promessas vagas e boas intenções constitucionais (estruturais), garantindo por ações governamentais implantadas e implementadas oportunamente, mas não obrigatoriamente (como efeito de ação personalística na maioria das vezes).

Por essas questões, o direito à saúde está descrito na Constituição (Artigos 6º e 196) consiste em um dever do Estado de proporcionar aos indivíduos direitos subjetivos públicos; o Estado tem a obrigação de colocar à disposição do cidadão serviços que tenham por fim promover, proteger e recuperar a sua saúde. Essas ações, entretanto, ficam cada vez mais difíceis

de serem observadas no dia-a-dia, pois as filas nos hospitais e postos de saúde continuam a crescer. É comum ouvir nas reportagens que as pessoas estão morrendo por falta de assistência médica, por não encontrar vagas nos hospitais públicos; que a estrutura hospitalar está sucateada; que faltam medicamentos e profissionais para a realização do atendimento.

Cardoso (2006) relata que a aprovação da Constituição de introduzir novas práticas de assistência médica e de previdência social não foi tarefa fácil. Para conectar um sistema privado ao financiamento público, criaram-se as Autorização de Internação Hospitalar (AIHs), “cheques” em branco, instrumento utilizado para ressarcir os gastos com convênios em hospitais privados que prestaram o atendimento a pessoas habilitadas a utilizar os serviços do SUS.

Este sistema sofreu duras críticas devido a distorções julgadas pela sociedade de que algumas instituições estavam preenchendo os recibos (AIHs) com valor de serviços que não haviam prestado ao cidadão. Por fim, Cardoso (2006) diz que foi uma tentativa frustrada do governo, porque o sistema não teve sucesso, e ainda prejudicou a assistência à saúde da população usuária do SUS. Enfim, foram esses impasses que levaram ao atraso dos pagamentos das AIHs aos hospitais conveniados. Cardoso (2006) relata que o governo, numa tentativa de busca de recursos para investir na saúde da população e pagamento das dívidas (dentre estas, os hospitais), criou a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), um “imposto” que deveria atender apenas os gastos da saúde. Mas os interesses aninhados na desordem tradicional, nas prioridades do clientelismo e mesmo nos interesses de cada um, opunham-se a qualquer racionalização, levando a um bloqueio nas verbas que deveriam ser exclusivas para a saúde, dando-lhe novas direções.

Infelizmente, sem uma conscientização social de que os direitos ao atendimento à saúde são obrigação do Estado à sociedade, e esta o financia, sempre haverá uma dificuldade para conseguir concretizá-la, pois é grande a diferença entre lutar por um direito em que se sente como seu e lutar por um direito

devido apenas ao pobre, como se fosse uma esmola, doação por piedade.

O direito à saúde assim considerado (mero assistencialismo) transforma-o em “direito dos pobres”, devendo a classe média desejá-lo na forma de “mercadoria”, pretendendo sempre ter ou melhorar seu plano ou seguro-saúde [...] O direito à saúde transformado em bem de consumo dificulta a sua concretização, pois todos aqueles que, de algum modo, devem garantir a saúde pública, entendem que estão praticando ato de assistencialismo, dando ao pobre aquilo que ele não pode comprar [...] a classe média que, em geral, não vai aos conselhos de saúde, porque não vê na saúde pública um direito seu que deve ser efetivado com qualidade e com quantidade suficiente. A própria legislação tem sido falha nesse sentido, confundindo saúde com assistência social (Carvalho; Santos, 2002, p. 45).

Nesse sentido, a saúde pública no Brasil define que as políticas para a área serão fixadas pela União, Estados e Municípios e serão aprovadas pelos Conselhos: Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde, instâncias deliberativas do sistema descentralizado e participativo de Saúde, de composição paritária entre o governo e a Sociedade Civil. Define também as competências da União, dos Estados, dos Municípios no que se referem ao apoio técnico e financeiro dos benefícios, serviços, programas e projetos de enfrentamento destinados à saúde da população, através de ações com vistas à educação em saúde nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Entre tantos outros objetivos, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde tem como meta a mudança do controle da doença, buscando atingi-la a nível municipal. Baseado no princípio da sustentabilidade proposta pela OMS, é que se objetiva alcançar efetivamente a redução de menos de um caso de hanseníase para cada dez mil

habitantes até 2010. Embora esta condição seja fundamental para fins de controle estatístico, do ponto de vista da cidadania enquanto houver casos, a despeito de quaisquer magnitudes matemáticas, a dimensão política reconhece os direitos e as necessidades de prevenção e tratamento de um único caso que seja. É o escopo qualitativo da cidadania, e não o quantitativo que avalizará a cidadania.

Fator básico para se colocar em prática as políticas públicas de saúde, é o monetário, uma vez que o Brasil ainda tropeça na falta de orçamento destinado às ações de saúde. No ano de 1998, o Piso de Atenção Básica (PAB) foi criado com o objetivo de acelerar o processo de descentralização dos recursos para a saúde iniciado em 1991. O Governo Federal anualmente repassa verbas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde em relação ao número de habitantes. Este recurso do PAB é composto de duas partes: a) Fixa - destinada ao custeio da assistência básica; b) Variável – destinada ao incentivo do desenvolvimento de ações nos setores de: vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental²¹; assistência farmacêutica básica; agentes comunitários de saúde, da saúde da família, do combate às carências nutricionais e está aberta para que possa agregar outros programas voltados à prevenção à saúde. O município precisa alimentar o sistema de informações das ações desenvolvidas nesses setores, bem como repassar esses dados ao

²¹ **Vigilância Sanitária:** é a observação dos comunicantes durante o período máximo de incubação da doença, a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que o comunicante abandonou o local em que se encontrava a fonte primária de infecção. Não implica a restrição da liberdade de movimentos. **Vigilância Epidemiológica:** caracteriza-se por um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e ou adotar as medidas de prevenção e controle de doença e agravos. **Vigilância Ambiental:** configura-se como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental (Ministério da Saúde, 2002).

Governo Federal. Na ausência dessas informações, ocorre corte dos recursos. A responsabilização do Estado na garantia do acesso à saúde dos cidadãos, inclusive dos hansenianos, é a expressão de um direito adquirido historicamente. Para tal é indispensável que existam programas com resultados eficazes na atuação da saúde da comunidade.

Considerações Finais

A realidade de muitos doentes, que passaram ou não, por todo o processo da evolução do tratamento da hanseníase, arrancados do convívio familiar e segregados de uma sociedade, precisa ser superada assumindo automaticamente novas características.

Contudo, mesmo após mais de vinte e poucos anos da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, portanto já no século XXI, os municípios ainda encontram-se limitados em suas competências técnicas e administrativas diante das novas responsabilidades na área da saúde.

A concepção de planejamento municipal precisa abrigar a visão e substituir o pensamento estatístico da administração pela ideia dinâmica de gerenciamento, com uma visão voltada ao gerenciamento de projetos e técnicas de trabalho participativas, transparentes e dinâmicas. Extraíndo do Programa Nacional da Hanseníase (PNEH) o novo direcionamento da política de eliminação da hanseníase, enquanto problema de saúde pública. Como princípio básico o Programa, orienta para uma visibilidade da distribuição e da concentração da endemia em todo o território nacional. Tem como proposta de trabalho a parceria com as organizações não-governamentais e com entidades governamentais e civis. A partir dessas e outras ações, e com vistas à educação em saúde nos diferentes níveis de evolução dos seus serviços, é que o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde espera obter mudanças no controle da doença.

Para tanto a visão de gerenciamento na consolidação de programas que ajudam na prevenção ou manutenção da saúde do

cidadão é o resultado do investimento bem aplicado. Antes é necessário planejar a formação desses programas, articulando a integração do homem e a consonância com o senso comum. Ao mesmo tempo é preciso que ocorra a desmistificação de forma compreensível de todos os preconceitos. Estas atitudes servirão de alicerce na construção do planejamento dos programas e nas políticas de saúde. Mas, para que essa forma de gerenciamento torne-se realidade, há necessidade na mudança do foco, do pensamento e das atitudes sociais. É preciso uma reflexão sobre o tipo de sociedade que se quer construir e que ser humano se quer idealizar.

Referências

ARAÚJO, M. A. V. **Evolução da endemia de hanseníase no município de Sobral de 1997 a 2001.** 2002. 59f. Monografia. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, Ce. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia Para Controle de Hanseníase.** Brasília, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual de Prevenção de Incapacidades.** Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde - Fundação Nacional da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** V. 01. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006: Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006 – 2010.** Brasília, 2006.

BRAVO, M. I. S; Pereira, Potyara A. P. **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez, 2001.

CARDOSO, F. H. **A arte da política**: A história que vivi. Coordenação Editorial: Ricardo A. Setti. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90). Campinas: UNICAMP, 2002.

CETOLIN, S. F. **O SUS como possibilidade de acesso social e construção da cidadania em municípios da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde/ SC**. Dissertação de Mestrado; UNIVALI, Itajaí, Dezembro de 2002.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil**: Políticas e Organizações de Serviços. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CURI, L. M. **Defender os sãos e consolar os lázaros**: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976. 2002. Dissertação (Mestrado em História), Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

DORNELES, M. M. **A hanseníase e a política de saúde em Urberlândia**. Uberlândia, 2005. Dissertação (Mestrado em Geografia), Instituto de Geografia – Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, 2005.

EIDT, L. M. **O mundo da vida do ser hanseniano**: sentimentos e vivência. Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado em Educação)-Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

ELIAS, N. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1993 (vol. 2).

ELIAS, N. **O processo civilizador**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1994 (vol. 1).

ELIAS, N. **A sociedade de corte**: investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2001.

FOSS, N.T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.74, n.2, p.113-119, 1999.

GOMES, A.C.B. O processo de Armauer Hansen. **Jornal do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul**, p.13, fev.2000.

JUNQUEIRA, L.A.P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, RJ, 6(3): 247-259, jul/set, 1990.

LAJÚS, Maria Luiza de Souza. **Conselhos Municipais como Instrumento de construção de Cidadania**. Universidade Católica de Pelotas/PR, 1997 (Relatório parcial do projeto de pesquisa de Mestrado).

MACHADO, Kátia. Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível? In: **RADIS Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: www.saude.gov.br. Acessado em: 10 dez. 2006.

MOREIRA, Tatiana Alves. **Panorama sobre a hanseníase**: quadro atual e perspectivas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol.10 (suplemento1), p. 291-307, 2003.

NOGUEIRA, M. A. Gestão participativa, estado e democracia. In: NOGUEIRA, Marco A. (org.). **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

NOGUEIRA, W e MARLIAK, M.L.C. Perspectivas da Eliminação da Hanseníase no Estado de São Paulo e no Brasil. **Medicina, Ribeirão Preto**, 30: 364-379, jul./set. 1997.

RUA, M. G. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: **O estudo da política**: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo15, 1998.

SANTOS, V. S. M dos. **Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil**. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, vol.10: (suplemento1), p. 415-26, 2003.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. **O combate à lepra no Brasil**. n. 189. Rio de Janeiro: Gráfica Miloni, 1944.

VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. **Hanseníase: curar para eliminar**. Porto Alegre: Edição, 2002.

Recebido em 21/07/2010 e
aceito em 28/10/2010

Title: *Hansen's disease and citizenship in brazilian health policy*

Abstract: *This article is the result of reflections from everyday professional work experiences at 1st Health Management of Santa Catarina State (GERSA), located in the municipality of São Miguel do Oeste (SC), which demands constant improvement and understanding of the socio-historical concepts regarding health and disease processes. This is a retrospective study of HD as a disease itself and its insertion in Brazilian public health policy. Historically considered as a typical poverty-associated disease, Hansen's Disease is in a level in which the dominant paradigm of medicine has privileged, more specifically, the acute disease subject to be treated with high hospital technology, leaving out patients who have chronic diseases. The contamination occurs through direct contact from a sick individual to a healthy one. Despite the advances, Brazil has had a social life context, throughout its history, whose*

main indicative is the disparity of conditions among the citizens. On one hand, the technological advances benefit the living and eating conditions, the life quality; on the other hand, the misery conditions, hunger, diseases, lack of health care and, in a lot of places, restrictions to freedom and the restraint of having equality of possibilities for the totality of the “civil society”. However, only with the government’s, health professionals’ and population’s efforts all together, it will be possible to eliminate the disease and achieve the expected results.

Key words: *Public Health; citizenship; rights; public policies.*
