

A CARTA DE OTAWA E A HANSENÍASE

A hanseníase continua a ser problema de saúde pública em vários países do mundo. O tamanho do problema é variado: de importante no Brasil, Índia, Indonésia e Sudão do Sul, à contornável em países do Caribe e da América Latina (WHO, 2013). Seu controle passou por diferentes momentos, desde a proposta de tratamento empírico com isolamento, passando pela institucionalização higienista através da internação compulsória dos anos 1930 até o reconhecimento de que era doença de atenção ambulatorial por meio de ações de serviços, particularmente o tratamento quimioterápico com a poliquimioterapia recomendada pela Organização Mundial da Saúde nos anos 1980. Ainda que causada por uma micobactéria, e curiosamente pela primeira vez, em 1874, se estabelecia a reação causal de um agente com a doença que produzia, essa doença milenar é multifatorial, como muitas das doenças negligenciadas.

Em particular nessas doenças é que o conceito de promoção de saúde encontra seu melhor entendimento. A Promoção da Saúde é conceito amplo, abrangente e antecede o conceito de doença. A promoção tem como estratégia enfatizar modificações nas condições de vida e de trabalho que estão subjacentes aos problemas de saúde dos indivíduos, demandando um olhar intersetorial (TERRIS, 1990).

O amplo espaço de ação da Promoção da Saúde está evidente ao ler-se na Carta de Otawa que há necessidade da garantia de condições de paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade para a efetiva melhoria da saúde (BRASIL, 2002). Coadjuvante é a noção de que a promoção da saúde deve contemplar a equidade, expressa por uma diminuição das desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde. É nessa expressão que se baseia a discussão das relações da hanseníase, a promoção da saúde como posta na Carta de Otawa e a análise de fatores circundantes e intervenientes.

Com discutido em outro documento (VIRMOND, 2012), a promoção da saúde também prevê formas de como o grupo social pode intervir para conquistar um estado de saúde e bem estar. Cita-se

como exemplo desse tipo de ação a divulgação dos sinais e sintomas da hanseníase na comunidade, aumentando sua capacidade de percepção sobre esta doença. Entretanto, traz-se à discussão um outro elemento circundante à promoção da saúde, e de relevância particular à hanseníase - o estigma da doença, o qual, no sentido aqui discutido, é uma percepção da comunidade, movendo-se com as informações que dispões pelo legado cultural das gerações.

Estigma tem conceito vago, mas pode estar ligado à presença de um atributo profundamente depreciativo que reduz o seu portador à uma condição de corrompido. Em outros termos, o indivíduo não consegue atender a um conjunto de padrões que a sociedade chama de normal (GOFFMAN, 1963). Sob um outro ponto de vista, bastante relevante, o estigma seria um processo social que se estabelece quando elementos identificadores, de estereótipo, de perda de status e de discriminação ocorrem em uma condição de poder (LINK e PHELAN, 2001). A hanseníase tem forte conteúdo de estigma desde seu primórdio (BITTENCOURT *et al.*, 2010). Razões para isto residiam nas eventuais deformidades que causava, a alta contagiosidade e a falta de um tratamento. Sobre todos esses qualificativos ainda pairava um conteúdo de sujidade moral e de pecado. Enfim, uma construção do poder sobre o diferente, o notável, o destacável dos contornos da normalidade aceita, ou imposta pelo poder. Muito possível que, nos tempos bíblicos, a contagiosidade, verdadeira mas não alarmante pois confundida com a patogenicidade, e a falta de um efetivo tratamento, levassem os chefes das tribos, ou o sacerdote, a adotar uma medida de saúde pública primitiva, mas, no contexto, com certo aspecto estratégico, - a exclusão do doente do seio da comunidade. Para justificar tal atitude, nada melhor do que atribuir-lhe características de transgressão às leis divinas. Estavam estabelecidos os atributos necessários ao estigma da hanseníase na pessoa por ela afetada. Essa condição tem atravessado os séculos e alcança nossa era com perturbadora integridade. De fato, o estigma da hanseníase no século XXI ainda está presente e de forma importante em diferentes comunidades, independentemente dos avanços tecnológicos e de políticas de saúde que permitiram, principalmente, oferecer um novo conceito de cura e um diagnóstico mais precoce, com conseqüente redução da presença de incapacidades e deformidades.

Os relatos da condição estigmatizante da hanseníase são amplos. No caso do Brasil, uma das medidas relevantes no sentido da redução do estigma foi a adoção do termo hanseníase em lugar de lepra, iniciativa proposta pelo Abraham Rotberg (1975) e consolidada pela lei 9.010 de 29 de março de 1995. Essa medida foi considerada como

inócua por muitos e pouco adotada na esfera internacional, com exceção dos Estados Unidos da América. Por outro lado, a falta de educação em saúde da população pode ser um dos elementos alimentadores do estigma na sociedade, frente a uma nova realidade de cura e poucas deformidades. Pelo que se percebe, a evolução tecnológica no controle da hanseníase limitou-se, parcialmente, ao âmbito do setor saúde e não foi absorvido pela sociedade como um todo. Em, parte, esta falta de divulgação dos avanços pode ser um discreto sintoma do próprio estigma que envolve essa doença. De fato, a falta de conhecimento pode ser uma das mais importantes causas da manutenção do seu estigma. Ainda que limitados a áreas geográficas e condições muito específicas, diferentes estudos revelam o pouco conhecimento de fatos básicos e essenciais para compreender a hanseníase com uma doença curável e similar a outra qualquer de seu grupo nosológico, particularmente aquelas desprovidas de estigma. Assim, entre alunos de rede pública (PRADO *et al.*, 2011), comunidade (COSTA, *et al.*, 2013), grupo de familiares (SOUZA, 2005), contatos intradomiciliares (SOUZA *et al.*, 2013) estudos revelam deficiências importantes sobre fatos essenciais sobre a doença entre esses grupos. De forma menos intensa, mas ainda sem a devida consistência, os profissionais de saúde também revelam conhecimentos não homogêneos sobre a hanseníase (MAIA *et al.*, 2000; OLIVEIRA *et al.*, 2012), fato preocupante.

A hanseníase, como dito, é multifatorial e seu controle efetivo, com vistas a uma possível eliminação como problema de saúde pública e uma eventual ainda que quase remota erradicação, depende de fatores extra-doença. Nesse sentido, costuma-se afirmar, sem ainda uma devida comprovação analítica, que a equação da hanseníase depende mais de saneamento básica e alimentação adequado do que das tradicionais ações de controle. Talvez isto seja uma verdade, mas buscar-se atingir essa condição, com encerram alta demanda de tempo e investimento, não autoriza o enfraquecimento das medidas de diagnóstico precoce e tratamento adequado com a poliquimioterapia. Porém, a promoção em saúde em hanseníase necessita analisar e tomar como pedra fundamental a redução do estigma através de medidas ousadas e concretas de educação e cooptação das comunidades. Se educação em saúde já se configura como ação de promoção sustentável para envolver a hanseníase, a abordagem das questões sobre o estigma ser reveste de considerável importância. Entra as razões para tal priorização está o fato de que o diagnóstico mais precoce e uma efetiva atenção em saúde podem ser comprometidas pela presença de um forte estigma em uma determinada comunidade, incluindo dificultar o processo de eliminação da hanseníase (SE-

NIOR, 2008; NSAHGA, 2011). Assim, identificar, estudar, estabelecer e implementar estratégias para reduzir ou eliminar o estigma nas comunidades é tarefa relevante na promoção da saúde. Em efeito, tal constatação em nada diverge do que propõem a Carta de Ottawa em sua ousada explicitação de que a promoção da saúde pretende a equidade. Para atingir esta condição é necessário diminuir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde. Entre essas desigualdades não se pode excluir também aquelas decorrentes da estigmatização do indivíduo. Cabe, pois, aos promotores das políticas públicas de saúde e gestores a reflexão de que, no que concerne as relações da hanseníase e a promoção da saúde, abordar corajosamente o tema do estigma é tarefa necessária e urgente, com vistas a melhor continuarmos a caminhada para um efetivo controle da hanseníase no país.

Marcos da Cunha Lopes Virmond

REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, L. P. *et al.* Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas afetadas pela Hanseníase. **Rev. enfer. UFRJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185-90, 2010.
- COSTA, C. T. S. *et al.* Conhecimento sobre hanseníase da população e PSF em 2 micro-áreas, Curió-Utinga PA **An Congr Bras Med Fam Comunidade**. Belém, v. 12, p.494, 2013
- GOFFMAN, E. Stigma. **Notes on the management of a spoiled identity**. New York: Simon & Schuster, 1963.
- LINK, B e PHELAN, J. Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology**. v. 27, p. 363-385, 2001.
- MAIA, M. A. C. *et al.* Conhecimento da equipe de enfermagem e trabalhadores braçais sobre hanseníase; **Hansen Int.**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 26-30, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas em Saúde. Série B- Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2002.
- NSAGHA, D. S. *et al.* Social stigma as an epidemiological determinant for leprosy elimination in Cameroon. **Journal of Public Health in Africa**, Pavia, v. 2, n. 10, p. 38-44, 2011

OLIVEIRA-JUNIOR LRA *et al.* Hanseníase: conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais da saúde atuantes na atenção secundária. **Hansen Int.** Bauru, v. 37 (Supl.1), n. 2, p. 50, 2012

PRADO, R. A. *et al.* Hanseníase: do preconceito ao conhecimento. **IFCS - Cadernos de Publicações Acadêmicas**, Florianópolis, v.1 , n. 1, p. 79-83,

ROTBURG, A. “tecnicamente impossível educação sobre lepra” - e uma “tecnicamente impossível educação sobre lepra”. **Hansen. Int.**, Bauru, v. 3, n. 2, p. 109-112, 1978.

SENIOR, H. Stigma, chemoprophylaxis, and leprosy control. **Lancet Infectious Diseases**, London, n. 371, p. 969–70, 2008.

SOUZA, M. Maria. Hanseníase: processo educativo para familiares à luz da metodologia problematizadora. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 377 - 378, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

SOUSA L. M. *et al.* Conhecimento sobre hanseníase de contatos intradomiciliares na Atenção Primária em Ananindeua, Pará, **Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 8, n. 26, p. 20-3, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(26\)448](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(26)448)

TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. **Ann. Review of Public Health**, Palo Alto, v. 11, n. p.39-51, 1990.

VIRMOND, M. Promoção da saúde e Doenças Negligenciadas. **Salusvita**. Bauru, v. 31 , n. 2, p. 83-87, 2012.

WHO - Global Leprosy: update on the 2012 situation. **WER**, Geneva, v. 88, n. 35, p. 365–380, 2013.