

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL: CONTEXTOS, CONCEITOS E PRECONCEITOS

Erika Ferreira Sousa¹
Antônio Roberto Xavier²

RESUMO

A Hanseníase até hoje é uma doença negligenciada em razão do estigma e preconceito historicamente construídos. Porém, com empenho e empatia é possível trazer mais visibilidade e cuidado às pessoas que sofrem todos os dias em decorrência dessa doença, sobretudo porque esses adoecidos também são atingidos pela exclusão social e, conseqüente, saúde mental. O objetivo principal deste estudo consiste em contextualizar sobre o papel da administração pública e aplicação de políticas públicas voltadas para a prevenção e controle da Hanseníase no Brasil. Para tanto, se fez necessário conceituar e contextualizar as políticas públicas e hanseníase no Brasil aplicadas ao controle e prevenção da; realizou-se também uma breve reflexão sobre o papel da Administração Pública na saúde pública para o controle dessa doença. Metodologicamente, esta pesquisa é de cunho teórico exploratório com abordagem qualitativa, de natureza básica, tendo adotado o método bibliográfico como procedimento técnico. No que diz respeito às técnicas de coleta de dados e informações foram realizadas revisão e interpretação de literatura pertinente. Quanto às técnicas de análise foram aplicadas as de conteúdo e de análise do discurso sócio histórico crítico contextual. No tocante aos achados da pesquisa, constatou-se que as políticas públicas voltadas ao controle da Hanseníase no Brasil, a partir da homologação da Constituição Federal de 1988, parte-se do pressuposto de que a saúde passa a ser dever do Estado e direito do cidadão. É a partir desse marco legal maior que é criado o Sistema Único da Saúde (SUS), regulamentado mais tarde pelas Leis Orgânicas 8.080, e 8.142 de 1990. Este novo contexto normativo possibilitou a descentralização com a fixação das direções pelas esferas dos Governos Federal, Estadual e Municipal. Por fim, conclui-se o quanto se faz importante a atuação do profissional da administração pública nesses espaços junto com as demais áreas que atuam nessa questão de saúde pública em geral e especificamente em relação a quem padece de Hanseníase e o quanto se é necessário valorizar o trabalho de quem, a partir de seu olhar amplo, pode mudar vidas através de tomada de decisão acertada.

Palavras-chave: Administração Pública; Políticas públicas; Saúde Pública; Hanseníase.

ABSTRACT

Leprosy is still a neglected disease due to historically constructed stigma and prejudice. However, with commitment and empathy, it is possible to bring more visibility and care to people who suffer from this disease every day, especially because these patients are also affected by social exclusion and, consequently, mental health. The main objective of this study

¹ Discente do Curso de Bacharelado em Administração Pública da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-Unilab.

² Orientador. Pós-doutor e doutor em Educação (UFC) lotado no Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA), da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – Unilab.

is to contextualize the role of public administration and the application of public policies aimed at the prevention and control of leprosy in Brazil. Therefore, it was necessary to conceptualize and contextualize public policies and leprosy in Brazil applied to the control and prevention of; there was also a brief reflection on the role of Public Administration in public health for the control of this disease. Methodologically, this research is of an exploratory theoretical nature with a qualitative approach, of a basic nature, having adopted the bibliographic method as a technical procedure. With regard to data and information collection techniques, a review and interpretation of relevant literature were carried out. As for the analysis techniques, content and analysis of contextual critical socio-historical discourse were applied. Regarding the research findings, it was found that public policies aimed at the control of leprosy in Brazil, from the approval of the Federal Constitution of 1988, are based on the assumption that health becomes a duty of the State and a right of the citizen. It is from this major legal framework that the Unified Health System (SUS) was created, later regulated by Organic Laws 8,080 and 8,142 of 1990. This new normative context made possible decentralization with the establishment of directions by the spheres of the Federal Governments, State and Municipal. Finally, it is concluded how important it is for the public administration professional to act in these spaces along with the other areas that work on this issue of public health in general and specifically in relation to those who suffer from leprosy and how much it is necessary to value the work of someone who, from his broad perspective, can change lives through the right decision-making.

Keywords: Public Administration. Public policy. Public health. Leprosy.

1 INTRODUÇÃO

Antes de aprofundarmos na reflexão do que diz respeito ao objetivo deste artigo, é importante inicialmente entendermos o sobre a Hanseníase, Administração Pública e o que é uma Política Pública. No que diz a respeito da doença discutida nesse trabalho, a Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica e de evolução lenta, causada pelo *Mycrobacterium leprae*, responsável pelo acometimento de pele e nervos periféricos, com alto poder incapacitante. Sua transmissão se dá pela liberação do bacilo por via aérea superior através de contato prolongado com uma pessoa infectada e não tratada (MOREIRA et al.,2014).

Moreira et al, (2019), nos mostra que realmente a hanseníase configura-se como grave problema de saúde pública por seu potencial incapacitante, interferindo nas atividades comuns do dia a dia, além de acarretar problemas psicológicos e sociais vinculados ao estigma e preconceito ainda persistente, influenciando na vida social dos portadores da doença (MOREIRA et al., 2014). Embora se tenham conquistado avanços nas últimas décadas, o Brasil está entre os 22 países que possuem as mais altas cargas da doença em nível global – ocupa a 2ª posição em número de casos novos e detém cerca de 92% do total de casos das Américas, em 2018 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019a).

De acordo com SCHNEIDER; FREITAS (2018) entre 2001 a 2016, a média da taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos foi de 5,77/100 mil habitantes, considerada muito alta, tendo em vista que se trata de uma doença de evolução lenta e o acometimento nessa faixa etária indica a exposição precoce ao bacilo sendo um forte indicador de transmissão ativa nas comunidades.

Torna-se bastante importante falar de políticas públicas não apenas para hanseníase, na medida em que o Brasil é o país que apresenta o maior número de casos de doenças negligenciadas da América Latina. No período de 2008 a 2014 destacou-se como principal responsável pelos casos de esquistossomose (96%), leishmaniose visceral (93%), leptospirose (92%), hanseníase (86%), dengue (40%), leishmaniose cutânea (39%), malária (36%), doença de Chagas (25%) e helmintoses intestinais (24%) (SILVA-PIRES et al., 2017). Prosseguindo com a fase teórica deste trabalho, uma melhor definição sobre a Administração Pública sem entrar na parte histórica é de modo resumido, o aparato que o Estado possui para dar forma às ideias de governo. Enquanto o governo formula as políticas públicas, a administração executa. (FERNANDES et al, 2022), Partindo dessa definição podemos afirmar que a administração pública faz “sair do papel” as políticas públicas criadas para que as mesmas entrem em vigor e

possam agir de forma em que traga benefícios a sociedade. Como complemento, é muito importante falar dos princípios da Administração Pública, que para Fernandes (2022), os princípios constitucionais da Administração Pública, seus efeitos, suas atribuições são a base norteadora, auxiliam na construção de leis e jurisprudências. Sem esses princípios na administração pública o ato se tornara nulo. O artigo 37 da Constituição Federal de 1988 trouxe os princípios estabelecidos da Administração Pública, dando referência ao Administrador Público, conhecido abreviadamente por LIMPE, que conforme a Constituição (1988), a Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Dando continuidade, falar da Administração Pública requer que o profissional que exerce essa área precisa entenda o seu valor diante das demais e o quanto seu trabalho pode mudar vidas. De acordo com o Programa pedagógico do Curso de Administração Pública da UNILAB-PPC (2016), espera-se que ao exercer a sua profissão, o Administrador Público saiba reconhecer, definir e analisar problemas de interesse público relativos às organizações e às políticas públicas, apresentar soluções para processos complexos, inclusive de forma preventiva. A partir desse conhecimento, podemos então prosseguir, falando sobre políticas públicas, que é o tema que vamos trabalhar no decorrer da construção desse artigo. Para Secchi (2015), o sentido da palavra “política” mais concreta é o que é expresso pelo termo *policy* em inglês. Isso pelo fato de a mesma ter a relação com orientações para a decisão e ação. Ou seja, o termo política em questão está presente em várias frases de organizações públicas como um exemplo “a política de atuação da prefeitura nas escolas está sendo eficaz”.

Este estudo surge diante da preocupação com os elevados números de casos novos da Hanseníase, que são registrados no Brasil, e a minha sensibilização para com as pessoas afetadas pela doença. Além disso, uma das maiores motivações foi a aproximação e conhecimento do trabalho da NHR Brasil, ONG de origem Holandesa que atua em diversos pontos do Brasil e demais países endêmicos, promovendo e apoiando o diagnóstico precoce, a prevenção de sequelas e incapacidades, a redução do estigma vivenciado por pessoas acometidas pela hanseníase e a inclusão de pessoas com deficiência, que me fez mais que nunca tentar auxiliar de alguma forma esse trabalho tão necessário junto a afirmação do papel da Administração Pública neste desafio que o país enfrenta.

De acordo com Santos AR et al, (2018), uma das características da doença é o tropismo do *Mycobacterium leprae* por nervos periféricos, resultando em maior comprometimento dos

nervos dos olhos, mãos e pés. Durante a evolução clínica, o dano neural pode ocorrer de forma lenta e silenciosa, com diminuição da sensibilidade térmica, da progressiva perda da sensibilidade dolorosa, seguida da tátil. O reconhecimento de incapacidades é complexo porque afeta além do corpo físico, o convívio familiar e social. O autor nos mostra que estudos apontam que as consequências, em decorrência das IF (Incapacidades Físicas) por hanseníase na vida das pessoas incluem: limitações para a realização de atividades cotidianas, diminuição da capacidade de trabalho, baixo nível de autoeficácia, além das restrições de participação social por medo e vergonha que os afetados sentem de sua aparência.

Os doentes com poucos bacilos – paucibacilares (PB) – não são considerados importantes fontes de transmissão da doença, devido à baixa carga bacilar. Já as pessoas com muitos bacilos – multibacilares (MB) – constituem o grupo contagiante, mantendo-se como fonte de infecção enquanto o tratamento específico não for iniciado (BRASIL, 2022).

Com isso, sabemos que áreas importantes atuam diariamente com intuito de controlar essa doença que até hoje é um estigma na sociedade como um todo, onde quem sofre mais são as pessoas acometidas pela Hanseníase. Porém é necessário elevar uma das áreas que até então, através de experiência em relatos, percebemos que não é tão valorizada como merece diante de sua função, que é a Administração Pública no qual falamos um pouco sobre sua ampla função anteriormente. E quando pensamos em resolver um problema público, podemos ver a importância da criação de políticas públicas para que objetivos sejam alcançados. Segundo Secchi, (2015), uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público. E é a partir desse olhar que podemos ter diante de tantos projetos uma solução, que é a visão ampla e tomada de decisão do Administrador Público. Tendo em vista que o Brasil é o segundo país com maior número de casos de hanseníase no mundo, como citado anteriormente de acordo com o Ministério da Saúde. Esse grande incidente fez com que o país sofresse diversas mudanças ao longo dos anos, na questão de como tratar essa doença, e como as políticas públicas funcionaram (COSTA, MS et al. 2015).

Diante deste cenário surgem os seguintes questionamentos: Quais as principais políticas públicas adotadas no Brasil voltadas para o controle da Hanseníase? Qual o papel e as contribuições da Administração Pública enquanto ferramenta ativa e participativa no controle da hanseníase no Brasil?

Esse trabalho tem como objetivo geral contextualizar sobre o papel da administração pública e as políticas públicas voltadas para a prevenção e controle da Hanseníase no Brasil. Conceituar

políticas públicas e Hanseníase no Brasil, identificar as principais políticas públicas aplicadas ao controle e prevenção da Hanseníase e realizar uma breve reflexão enaltecendo o papel da Administração Pública na saúde pública para o controle da doença fazem parte dos objetivos específicos deste artigo, no qual ajudará na compreensão da mensagem que o mesmo quer trazer ao leitor.

Metodologicamente esta pesquisa é de cunho teórico exploratório com abordagem qualitativa, de natureza básica, tendo adotado o método bibliográfico como procedimento técnico, tendo como base de pesquisa sites, artigos, documentos, decretos e livros. No tocante a classificação exploratória, Gil (2010) destaca que nesse tipo de estudo é desenvolvido no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado assunto que embora já tenha sido pesquisado continua a despertar interesse e necessidades no âmbito da sociedade e no âmbito acadêmico-científico ou quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

No tocante a abordagem qualitativa, a presente pesquisa se enquadra nessa circunstância haja vista tratar de fenômeno de interesse social e científico que deve ser sempre estudado levando em consideração os sujeitos sociais, o contexto geral e todo o processo que envolve a temática escolhida. Com relação a natureza, a pesquisa é básica, pois traz conhecimentos novos e úteis, porém não parametral a ser seguido. Referente ao método procedimental operacional foi aplicado o bibliográfico com leituras de fontes secundárias. No que diz respeito às técnicas de coleta de dados e informações foi realizada revisão e interpretação de literatura pertinente. Quanto às técnicas de análise foram aplicadas a de conteúdo e de análise do discurso sociohistórico crítico contextual (GIL, 2010; XAVIER, et al., 2021).

Para além desta introdução, o texto está assim distribuído: No segundo tópico ou seção procuramos conceituar e contextualizar a Hanseníase no Brasil e o papel da administração pública no tocante a aplicação de políticas públicas de saúde de prevenção e controle dessa doença. No terceiro tópico, a abordagem gira em torno de um breve histórico das principais políticas públicas criadas no país para o controle da Hanseníase fazendo uma reflexão enaltecendo a participação da Administração Pública nesse quesito, valorizando o papel do profissional que atua na área. No quarto tópico demonstramos alguns dados qualitativos e resultados advindos desta pesquisa. No quinto e último tópico dos elementos textuais, fazemos as considerações finais onde traçamos alguns juízos de valores sobre a pesquisa realizada. Em seguida, finalizamos esta pesquisa com o elemento pós-textual das referências.

2 HANSENÍASE E ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: CONCEITO E CONTEXTOS.

Antes de entrarmos em um breve histórico sobre a criação de políticas públicas voltadas ao controle da Hanseníase no Brasil. É extremamente importante destacar pontos de como a doença era considerada e quais os recursos utilizados para controlar a mesma na antiguidade com os poucos recursos e conhecimentos que tinham, mesmo que seja difícil falar com exatidão quando surgiu os primeiros casos da doença devido a tantas tradições contadas.

De início, temos uma referência diretamente tirada da Bíblia no livro de Levíticos do Cap. 13 e 14, em que o termo “lepra” é mencionado e como era a ação diante do diagnóstico:

O homem, quando na pele da sua carne houver inchação, ou pústula, ou ampola branca, que estiverem na pele da sua carne como praga da lepra, então será levado a Aarão o sacerdote, ou a um dos seus filhos, os sacerdotes [...]. E o sacerdote examinará a praga na pele da carne; se o pêlo na praga se tornou branco, e a praga parecer mais profunda do que a pele da sua carne, praga de lepra é; o sacerdote, vendo-o, o declarará por imundo. (Lv.5,2-3).

As ações profiláticas para combater a doença surgiram a partir do Concílio realizado em Lyon, no ano de 583, que de acordo com Eidt,LM(2004 apud MAURANO, 1944), estabeleceu regras da Igreja Católica para a profilaxia da doença. Essas regras consistiam em isolar o doente da população sadia. Em algumas áreas, como a França, essas medidas de isolamento foram particularmente rigorosas e incluíam a realização de um ofício religioso em intenção do doente, semelhante ao ofício dos mortos, após o qual este era excluído da comunidade, passando a residir em locais especialmente reservados para esse fim. Era ainda obrigado a usar vestimentas características que o identificavam como doente e fazer soar uma sineta ou matraca para avisar os sadios de sua aproximação.

Os primeiros casos de hanseníase no Brasil foram descritos na cidade do Rio de Janeiro, em 1600, e, em 1737, os dados mostravam a existência de 300 doentes com o mal de Hansen (BRASIL, 1960 apud. FERREIRA, IN, 2019). Podemos afirmar que foi na gestão de Gustavo Capanema, nomeado ministro da Educação e Saúde que tiveram início as políticas públicas para a hanseníase no Brasil. concretizadas por meio da construção de hospitais-colônias e

preventórios, institucionalizando, assim o isolamento compulsório sob a responsabilidade do Estado moderno (DA SILVA, 2020), que veremos logo mais a frente.

De acordo com a edição da Portaria GM/MS no 399, de 22 de fevereiro de 2006, é divulgada o pacto pela saúde, consolidação do SUS que aprova as diretrizes operacionais inerentes a ele. O pacto pela saúde (PS) surge no cenário brasileiro em um momento histórico da saúde pública no país. Entre seus objetivos, destacam-se elencar, aperfeiçoar e definir responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de três componentes: o pacto pela vida (PV), o pacto em defesa do SUS (Pdsus) e o pacto de gestão (PG), (Brasil, 2006a).

Podemos observar que o componente PS, e as prioridades pactuadas apresentam-se divididas em seis grandes vertentes: a saúde do idoso, o controle de câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2006a).

Por outro lado, o componente pacto de gestão (uma alternativa real para o processo de administração em saúde no Brasil) estabelece “as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (BRASIL, 2006a).

Seguindo essa pequena retrospectiva sobre o surgimento da Hanseníase no mundo e como surgiu no Brasil através das citações apresentadas, seguiremos com um dos objetivos principais desse trabalho que é apresentar estratégias criadas no Brasil no controle da Hanseníase. Segundo o documento criado pelo Ministério da Saúde, a Estratégia Nacional para enfrentamento da Hanseníase (2021), há um breve histórico com relação as principais Políticas Públicas que foram criadas com objetivo de controlar a doença e trazer esperança no que diz respeito a vida dos doentes e sua inclusão na sociedade.

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 (CETOLIN, 2010).

Devido aos transtornos causados e o pânico social em relação aos doentes que foram alavancados em meados dos anos 20, ou seja, devido a marginalização dos mesmos pelo fato de não poderem trabalhar ou até mesmo ter contato com seus familiares, veio a criação do Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, no qual aderiu ao isolamento compulsório dos doentes em leprosários. Essa política foi reforçada nos anos de 1930 a 1945 com a ampliação

de construção de leprosários e reformas naqueles que já existiam. Porém esse modelo de isolamento compulsório foi extinto por meio do Decreto Lei nº 968, de 7 de maio de 1962 (BRASIL, 1962).

Embora não tenha tido resultados positivos, temos que enxergar que sem uma iniciativa estratégica do governo com uma visão ao impacto que a chegada da doença e seus sintomas estavam sendo exibidos a sociedade e com o pouco conhecimento que se tinha da mesma, esse tipo de decisão ocorreu em busca da solução do problema, sem uma estratégia nada teria surgido efeito e a doença tomaria de conta da sociedade sem ao menos ter sido realizado esse experimento como opção de melhoria.

E para reforçar a reflexão acima segundo Queiroz e Puntel (1997), devido aos conflitos causados dentro da sociedade, o único meio encontrado foi isolar os doentes das pessoas não acometidas pela doença, porém pode-se dizer que essa prática pode ter levado a um aumento no estigma e medo a essas pessoas que contraíram a doença devido a falsos conceitos sobre a transmissão da doença que promovem até hoje rejeição pela sociedade e até mesmo por profissionais da saúde, estimulando até os doentes a fugirem antes ou após serem notificados a polícia sanitária.

Foi criada então a Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950, que regulava a concessão de altas em determinados casos e as transferências dos internos para dispensários para darem continuidade no tratamento. Porém, após décadas de segregação, muitos escolheram continuar nos "leprosários", simplesmente porque não tinham para onde voltar e nem como se sustentar na sociedade "sadia" com o dinheiro da aposentadoria que recebiam (MONTEIRO, 1987). De acordo o Dr. Abraão Rotberg e Dr. L. M. Bechelli (1951), o dispensário antileprotico seria:

Diante disso, podemos [...] o elemento da organização profilática destinado ao exame e tratamento dos casos não contagiantes de lepra (iniciais ou egressos com alta de leprosários), ao exame de comunicantes, à verificação de notificações e denúncias, à internação dos doentes contagiantes, à prática de censos e pesquisa de novos casos da moléstia, ao controle imunológico pela R. de Mitsuda, à localização de fugitivos, à educação sanitária especializada.

perceber o quanto é importante a gestão na tomada de decisões em busca de amenizar certos conflitos sociais. Nesse período conforme citado, no lugar de severos isolamentos e exclusão dos doentes, tornou-se importante a criação de dispensários, ou seja, locais para atender as pessoas acometidas pela hanseníase para que pudessem tratar os sintomas e ao mesmo tempo estabelecer uma comunicação com outros doentes, afim de promover um meio de socialização, além da esperança de altas em alguns casos. Segundo o membro do Conselho de Administração do Hospital Pequeno Príncipe -SC, Hélio J. Marchi, em uma entrevista na

Semana da Administração em Saúde que aconteceu em São Paulo nos dias 14 e 18 de maio de 2022, “O administrador é quem enxerga a importância de algo está funcionando” (MARCHI, 2022). Isso nos faz perceber que sem a existência do olhar do Administrador Público para essa situação, não seriam detectados pontos positivos e negativos da decisão anterior do isolamento, fazendo com que mais conflitos sejam causados, onde não haveria também estratégias para que a luta contra a Hanseníase tivesse continuidade.

Em 1972 e 1976, foram aprovadas as Portarias nº 236/72 (BRASIL, 1973), que regulamentou o fim do isolamento compulsório em Leprosários e nº 165/76 (SILVEIRA, 1977) no qual tem como foco a não discriminação para que o tratamento dos doentes fosse realizado em Hospitais gerais. Em especial, a Portaria nº 165, de 14 de maio de 1976 (SILVEIRA, 1977) que conforme a Diretoria do Departamento Nacional de Dermatologia Sanitária, foi estabelecida políticas de controle da Hanseníase como por exemplo as ações em educação em saúde, em que seus principais alvos são os doentes, seus contatos mais próximos, às equipes de saúde e a comunidade, no qual tinham como exemplo alguns objetivos como:

- [...] a) Incentivar a apresentação voluntária de doentes e contatos;
- b) Eliminar falsos conceitos relativos à alta contagiosidade da doença, à sua incurabilidade e à compulsoriedade da internação do doente;
- c) Informar quanto à sintomatologia (principalmente a inicial), à importância do exame periódico dos contatos, à conveniência do tratamento precoce e à possibilidade de prevenção de incapacidade;
- d) Estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada;
- e) Dar conhecimento dos locais de tratamento: unidades de saúde, serviços previdenciários, clínicas de escolas médicas, outras entidades e clínicas particulares. (SILVEIRA, 1977).

Na mesma Portaria nº 165, conforme Silveira (1977), o termo “lepra” foi substituído por “hanseníase” em toda a documentação oficial da área da saúde e na rotina dos serviços de saúde no Brasil, pois o termo anterior remetia um forte estigma com relação a doença diante da sociedade, gerando preconceitos e negatividade, visando com a mudança uma maior integração social com as pessoas acometidas pela doença. E dentre as demais políticas de controle da Hanseníase publicada segundo SILVEIRA (1977), destacaram-se a aplicação da vacina BCG na população em geral, priorizando os contatos próximos as pessoas acometidas pela doença, grupo com faixa etária até 2 anos e população residente em áreas de alta endemicidade.

A administração de políticas públicas de saúde corresponde a todas as ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial. Referem-

se tanto a atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal quanto àquelas relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Ressaltando que que a concepção ampliada de saúde adotada na Constituição e o entendimento de que a garantia desse direito exige do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, não apenas ampliam o espectro das políticas públicas relacionadas à saúde como exigem dos formuladores das políticas de saúde a interlocução com outros setores (LUCCHESI, 2004).

A expressão “Saúde Pública” pode dar margem a muitas discussões quanto a sua definição, campo de aplicação e eventual correspondência com noções veiculadas, muitas vezes, de modo equivalente, tais como “Saúde Coletiva”, “Medicina Social/Preventiva/Comunitária”, “Higienismo”, Sanitarismo”. Em geral, a conotação veiculada pela instância da “Saúde Pública” costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas “necessidades sociais de saúde” (FIOCRUZ, [s, d]).

Os modelos de atenção e gestão à saúde representam a forma de organização do sistema de saúde e suas práticas em resposta às necessidades da população. Os modelos são expressos em políticas, programas e serviços de saúde que estejam em harmonia com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS. Neste contexto, o Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde (PMA), desenvolvido pela Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas, tem como papel estratégico a indução do processo de aplicação dos resultados das pesquisas em soluções no campo das políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde, buscando aperfeiçoar o desempenho do SUS e a melhoria das condições de vida e saúde da população (FIOCRUZ, [s, d]). No que diz a respeito da doença discutida nesse trabalho, a Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica e de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, responsável pelo acometimento de pele e nervos periféricos, com alto poder incapacitante. Sua transmissão se dá pela liberação do bacilo por via aérea superior através de contato prolongado com uma pessoa infectada e não tratada (MOREIRA et al.,2014).

Moreira et al, (2019), nos mostra que realmente a hanseníase configura-se como grave problema de saúde pública por seu potencial incapacitante, interferindo nas atividades comuns do dia a dia, além de acarretar problemas psicológicos e sociais vinculados ao estigma e preconceito ainda persistente, influenciando na vida social dos portadores da doença (MOREIRA et al., 2014). Embora se tenham conquistado avanços nas últimas décadas, o Brasil está entre os 22 países que possuem as mais altas cargas da doença em nível global – ocupa a

2ª posição em número de casos novos e detém cerca de 92% do total de casos das Américas, em 2018 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019a).

De acordo com SCHNEIDER; FREITAS (2018) entre 2001 a 2016, a média da taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos foi de 5,77/100 mil habitantes, considerada muito alta, tendo em vista que se trata de uma doença de evolução lenta e o acometimento nessa faixa etária indica a exposição precoce ao bacilo sendo um forte indicador de transmissão ativa nas comunidades.

Torna-se bastante importante falar de políticas públicas não apenas para hanseníase, na medida em que o Brasil é o país que apresenta o maior número de casos de doenças negligenciadas da América Latina. No período de 2008 a 2014 destacou-se como principal responsável pelos casos de esquistossomose (96%), leishmaniose visceral (93%), leptospirose (92%), hanseníase (86%), dengue (40%), leishmaniose cutânea (39%), malária (36%), doença de Chagas (25%) e helmintoses intestinais (24%) (SILVA-PIRES et al., 2017).

Tendo em vista essas atitudes, podemos ver que não só foi importante a esperança de altas em alguns casos para pacientes, como também foi sábia a iniciativa de educar a sociedade e os profissionais de saúde, aceitar as pessoas acometidas pela doença em Hospitais Gerais mostrando que a transmissão da doença não acontece de forma fácil e a mudança do termo “lepra” para Hanseníase, tendo em vista que a mesma ainda sim sofre um estigma e preconceito devido aos sintomas, a forma de contágio que na maioria das vezes não eram explicadas corretamente de como ela é adquirida, onde gera um desconforto de aceitar os pacientes em qualquer unidade de saúde. Seguindo essa mesma ideia da importância de inclusão da comunidade em geral sobre o conhecimento sobre a doença, é necessário um olhar amplo do Administrador Público. Pois mesmo com certa iniciativa, (QUEIROZ, MS, and PUNTEL, 1997) afirma que essa medida, mesmo que imparcial, teve um alcance limitado, pois é muito importante a inserção em campanhas e investimentos do governo para que certa ação seja executada;

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL

Considerando que Secchi (2015) traz que, a política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público e a mesma possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público. Podemos claramente afirmar que

as políticas públicas para o controle da hanseníase no Brasil são extremamente importantes, porque de acordo com Brasil (2021), a hanseníase mantém-se como importante endemia para a saúde pública do Brasil, sobretudo por sua magnitude e pelo poder incapacitante, fator que contribui para a ocorrência do estigma e de atitudes discriminatórias.

Para BOBBIO apud XAVIER (2008), uma política pública também facilita amplos consensos sociais e promove o desenvolvimento do sistema institucional, tornando possível o controle cidadão e a responsabilidade pública dos governos de plantão. As políticas públicas são também *instrumentos de governabilidade democrática (sic)* para as sociedades, tanto em sua acepção mais limitada, referida às interações entre o Estado e o resto da sociedade, como no seu sentido mais amplo de levar à convivência cidadã. Com isso, percebe-se que há uma interação entre o cidadão e o governante, pois é através dele, que os problemas são identificados e com o grau de necessidade de resolução, a política pública é criada e implantada buscando a resolução do problema demandado, tendo em vista que um problema público é a diferença entre a situação atual e uma situação ideal possível para a realidade pública (SECCHI, 2015).

As políticas públicas de saúde correspondem a todas as ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial. Referem-se tanto a atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal quanto àquelas relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Ressaltando que que a concepção ampliada de saúde adotada na Constituição e o entendimento de que a garantia desse direito exige do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, não apenas ampliam o espectro das políticas públicas relacionadas à saúde como exigem dos formuladores das políticas de saúde a interlocução com outros setores (LUCCHESI, 2004).

Contextualizando políticas públicas voltadas ao controle da Hanseníase no Brasil, a partir da homologação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser dever do Estado e direito do cidadão. Cria-se o Sistema Único da Saúde (SUS), regulamentado mais tarde pelas Leis Orgânicas 8.080, e 8.142 de 1990. Este novo contexto normativo possibilita a descentralização com a fixação das direções pelas esferas dos Governos Federal, Estadual e Municipal (COSTA, MS et al. 2015).

De acordo com o texto de REIS, et al (s;d), o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de “Lei Orgânica da Saúde” e é a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do

Estado e estabelece, no seu artigo 7º, que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal” (BRASIL, 1990). O autor nos mostra que o SUS é a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos. Todos os investimentos e esforços visando à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) do nosso país, inclusive no curso da Administração Pública, só podem ser entendidos no contexto da consolidação do SUS e da extensão dos seus benefícios para milhões de brasileiros.

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 (CETOLIN, 2010). A administração de políticas públicas de saúde corresponde a todas as ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial. Referem-se tanto a atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal quanto àquelas relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Ressaltando que a concepção ampliada de saúde adotada na Constituição e o entendimento de que a garantia desse direito exige do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, não apenas ampliam o espectro das políticas públicas relacionadas à saúde como exigem dos formuladores das políticas de saúde a interlocução com outros setores (LUCCHESI, 2004).

A expressão “Saúde Pública” pode dar margem a muitas discussões quanto a sua definição, campo de aplicação e eventual correspondência com noções veiculadas, muitas vezes, de modo equivalente, tais como “Saúde Coletiva”, “Medicina Social/Preventiva/Comunitária”, “Higienismo”, “Sanitarismo”. Em geral, a conotação veiculada pela instância da “Saúde Pública” costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas “necessidades sociais de saúde” (FIOCRUZ, [s, d]).

Os modelos de atenção e gestão à saúde representam a forma de organização do sistema de saúde e suas práticas em resposta às necessidades da população. Os modelos são expressos em políticas, programas e serviços de saúde que estejam em harmonia com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS. Neste contexto, o Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde (PMA), desenvolvido pela Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas, tem como papel estratégico a indução do processo de aplicação dos resultados das pesquisas em soluções no campo das políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde, buscando aperfeiçoar o desempenho do SUS e a melhoria das condições de vida e saúde da população (FIOCRUZ, [s, d]).

Devido aos transtornos causados e o pânico social em relação aos doentes que foram alavancados em meados dos anos 20, ou seja, devido a marginalização dos mesmos pelo fato de não poderem trabalhar ou até mesmo ter contato com seus familiares, veio a criação do Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, no qual aderiu ao isolamento compulsório dos doentes em leprosários. Essa política foi reforçada nos anos de 1930 a 1945 com a ampliação de construção de leprosários e reformas naqueles que já existiam. Porém esse modelo de isolamento compulsório foi extinto por meio do Decreto Lei nº 968, de 7 de maio de 1962 (BRASIL, 1962).

Embora não tenha tido resultados positivos, temos que enxergar que sem uma iniciativa estratégica do governo com uma visão ao impacto que a chegada da doença e seus sintomas estavam sendo exibidos a sociedade e com o pouco conhecimento que se tinha da mesma, esse tipo de decisão ocorreu em busca da solução do problema, sem uma estratégia nada teria surgido efeito e a doença tomaria dê conta da sociedade sem ao menos ter sido realizado esse experimento como opção de melhoria.

E para reforçar a reflexão acima segundo Queiroz e Puntel (1997), devido aos conflitos causados dentro da sociedade, o único meio encontrado foi isolar os doentes das pessoas não acometidas pela doença, porém pode-se dizer que essa prática pode ter levado a um aumento no estigma e medo a essas pessoas que contraíram a doença devido a falsos conceitos sobre a transmissão da doença que promovem até hoje rejeição pela sociedade e até mesmo por profissionais da saúde, estimulando até os doentes a fugirem antes ou após serem notificados a polícia sanitária.

Foi criada então a Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950, que regulava a concessão de altas em determinados casos e as transferências dos internos para dispensários para darem continuidade no tratamento. Porém, após décadas de segregação, muitos escolheram continuar nos "leprosários", simplesmente porque não tinham para onde voltar e nem como se sustentar

na sociedade "sadia" com o dinheiro da aposentadoria que recebiam (MONTEIRO, 1987). De acordo o Dr. Abraão Rotberg e Dr. L. M. Bechelli (1951), o dispensário antileprotico seria:

Diante disso, podemos [...] o elemento da organização profilática destinado ao exame e tratamento dos casos não contagiantes de lepra (iniciais ou egressos com alta de leprosários), ao exame de comunicantes, à verificação de notificações e denúncias, à internação dos doentes contagiantes, à prática de censos e pesquisa de novos casos da moléstia, ao controle imunológico pela R. de Mitsuda, à localização de fugitivos, à educação sanitária especializada.

perceber o quanto é importante a gestão na tomada de decisões em busca de amenizar certos conflitos sociais. Nesse período conforme citado, no lugar de severos isolamentos e exclusão dos doentes, tornou-se importante a criação de dispensários, ou seja, locais para atender as pessoas acometidas pela hanseníase para que pudessem tratar os sintomas e ao mesmo tempo estabelecer uma comunicação com outros doentes, afim de promover um meio de socialização, além da esperança de altas em alguns casos. Segundo o membro do Conselho de Administração do Hospital Pequeno Príncipe -SC, Hélio J. Marchi, em uma entrevista na Semana da Administração em Saúde que aconteceu em São Paulo nos dias 14 e 18 de maio de 2022, “O administrador é quem enxerga a importância de algo está funcionando” (MARCHI, 2022). Isso nos faz perceber que sem a existência do olhar do Administrador Público para essa situação, não seriam detectados pontos positivos e negativos da decisão anterior do isolamento, fazendo com que mais conflitos sejam causados, onde não haveria também estratégias para que a luta contra a Hanseníase tivesse continuidade.

Em 1972 e 1976, foram aprovadas as Portarias nº 236/72 (BRASIL, 1973), que regulamentou o fim do isolamento compulsório em Leprosários e nº 165/76 (SILVEIRA, 1977) no qual tem como foco a não discriminação para que o tratamento dos doentes fosse realizado em Hospitais gerais. Em especial, a Portaria nº 165, de 14 de maio de 1976 (SILVEIRA, 1977) que conforme a Diretoria do Departamento Nacional de Dermatologia Sanitária, foi estabelecida políticas de controle da Hanseníase como por exemplo as ações em educação em saúde, em que seus principais alvos são os doentes, seus contatos mais próximos, às equipes de saúde e a comunidade, no qual tinham como exemplo alguns objetivos como:

- [...] a) Incentivar a apresentação voluntária de doentes e contatos;
- b) Eliminar falsos conceitos relativos à alta contagiosidade da doença, à sua incurabilidade e à compulsoriedade da internação do doente;
- c) Informar quanto à sintomatologia (principalmente a inicial), à importância do exame periódico dos contatos, à conveniência do tratamento precoce e à possibilidade de prevenção de incapacidade;

- d) Estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada;
- e) Dar conhecimento dos locais de tratamento: unidades de saúde, serviços previdenciários, clínicas de escolas médicas, outras entidades e clínicas particulares. (SILVEIRA, 1977).

Na mesma Portaria nº 165, conforme Silveira (1977), o termo “lepra” foi substituído por “hanseníase” em toda a documentação oficial da área da saúde e na rotina dos serviços de saúde no Brasil, pois o termo anterior remetia um forte estigma com relação a doença diante da sociedade, gerando preconceitos e negatividade, visando com a mudança uma maior integração social com as pessoas acometidas pela doença. E dentre as demais políticas de controle da Hanseníase publicada segundo SILVEIRA (1977), destacaram-se a aplicação da vacina BCG na população em geral, priorizando os contatos próximos as pessoas acometidas pela doença, grupo com faixa etária até 2 anos e população residente em áreas de alta endemicidade.

Tendo em vista essas atitudes, podemos ver que não só foi importante a esperança de altas em alguns casos para pacientes, como também foi sábia a iniciativa de educar a sociedade e os profissionais de saúde, aceitar as pessoas acometidas pela doença em Hospitais Gerais mostrando que a transmissão da doença não acontece de forma fácil e a mudança do termo “lepra” para Hanseníase, tendo em vista que a mesma ainda sim sofre um estigma e preconceito devido aos sintomas, a forma de contágio que na maioria das vezes não eram explicadas corretamente de como ela é adquirida, onde gera um desconforto de aceitar os pacientes em qualquer unidade de saúde. Seguindo essa mesma ideia da importância de inclusão da comunidade em geral sobre o conhecimento sobre a doença, é necessário um olhar amplo do Administrador Público. Pois mesmo com certa iniciativa, (QUEIROZ, MS, and PUNTEL, 1997) afirma que essa medida, mesmo que imparcial, teve um alcance limitado, pois é muito importante a inserção em campanhas e investimentos do governo para que certa ação seja executada.

Os planos para eliminação da Hanseníase como problema público no Brasil começaram a ser organizados a partir de 1980, segundo a Estratégia Nacional para enfrentamento da Hanseníase (2021) com a implantação da PQT que foi realizada por volta do ano de 1986 no país. (ANDRADE.V, 2006).

O tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde, conhecida como PQT, devendo ser realizado nas unidades de saúde. A PQT mata o bacilo tornando-o inviável, evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela, levando

à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida, e, sendo realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença. A poliquimioterapia é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada. Sendo o esquema Paucibacilar (PB) utilizada uma combinação da rifampicina e dapsona, e o esquema Multibacilar (MB) uma combinação da rifampicina, dapsona e de clofazimina (BRASIL, 2002).

Logo em seguida, em 1981, um novo esquema terapêutico com a multidrogaterapia foi proposto pela OMS, incluindo a rifampicina em associação à dapsona, devido à persistência e resistência bacteriana à medicação no qual causavam sérios problemas no que diz respeito ao plano de tratamento, utilizada desde 1949, e à clofazimina inserida anos depois, conforme a Estratégia Nacional para enfrentamento da Hanseníase (2021).

Para complementar, conforme a Estratégia Nacional para enfrentamento da Hanseníase (2021), finalmente foi sancionada a Lei nº 9.010 (BRASIL, 1995), do dia 29 de março de 1995, em que qualquer repartição que não constasse a terminologia oficial determinada, a mesma seria desconsiderada e arquivada, no qual a parte será notificada. A lei diz que conforme o Art. 1º, o termo “Lepra” e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros (BRASIL, 1995).

De acordo com a edição da Portaria GM/MS no 399, de 22 de fevereiro de 2006, é divulgada o pacto pela saúde, consolidação do SUS que aprova as diretrizes operacionais inerentes a ele. O pacto pela saúde (PS) surge no cenário brasileiro em um momento histórico da saúde pública no país. Entre seus objetivos, destacam-se elencar, aperfeiçoar e definir responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de três componentes: o pacto pela vida (PV), o pacto em defesa do SUS (Pdsus) e o pacto de gestão (PG), (Brasil, 2006a).

Podemos observar que o componente PS, e as prioridades pactuadas apresentam-se divididas em seis grandes vertentes: a saúde do idoso, o controle de câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2006a). Por outro lado, o componente pacto de gestão (uma alternativa real para o processo de administração em saúde no Brasil) estabelece “as diretrizes para a gestão do sistema nos

aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (BRASIL, 2006a).

Para definir critérios para habilitação de unidades de Saúde como Centro de Referência de Hanseníase, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) publicou a Portaria n° 11 de 2 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

Art. 1º – Definir critérios para o reconhecimento de Unidade de Saúde como Centro de Referência Nacional de Hanseníase e Centro de Referência Macrorregional de Hanseníase, conforme descrito a seguir:

- I. Realizar estudos e pesquisas em epidemiologia, avaliação, diagnóstico, terapêutica, aspectos relacionados aos episódios reacionais, especialmente a lesão neural; aspectos operacionais, para o controle da hanseníase;
- II. Ter seu próprio Comitê de Ética em Pesquisa ou estar formalmente vinculado a um comitê reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP;
- III. Possuir, em seus quadros de pessoal, profissionais com titulação em nível de pós-graduação reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC”.

Em 2007, foi publicada a Lei n° 11.520, de 18 de setembro de 2007 (BRASIL, 2007), como forma de indenizar as pessoas acometidas pela doença que teve seus direitos violados submetidas ao isolamento compulsório em Hospitais colônia até 31 de dezembro de 1986, na qual eram submetidas a uma pensão mensal, vitalícia e intransferível que de início tinha valor de R\$ 750,00 (setecentos e cinquenta reais) reajustado anualmente, conforme os índices concedidos aos benefícios de valor superior ao piso do Regime Geral de Previdência Social. Conforme o Art.1 da Lei n°11.520, de 18 de setembro de 2007:

A pensão especial mensal, espécie 96, prevista na Medida Provisória n° 373, de 24 de maio de 2007, convertida na Lei n° 11.520, de 18 de setembro de 2007, e regulamentada pelo Decreto n° 6.168, de 24 de julho de 2007, será devida às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em Hospitais-colônias até 31 de dezembro de 1986 (BRASIL,2007, Art.1);

[...]A pensão especial de que trata o caput é personalíssima, não sendo transmissível a dependentes e herdeiros, e será devida a partir da entrada em vigor desta Lei (BRASIL,2007, Art.1).

Após a concessão da indenização pela Secretaria Nacional dos Direitos Humanos da Presidência da República, e em seguida o procedimento administrativo é enviado ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) para início do pagamento da pensão diretamente ao beneficiário. (BRASIL,2007). Nessa situação não foi diferente, a gestão de saúde pública inseriu nos seus propósitos financeiros de investimento essas pessoas que sofreram em um longo período de tempos preconceitos, julgamentos, que tiveram que se afastar de seus entes queridos, dando uma opção de “conforto” com indenização remunerada, como um “pedido de desculpas”, trazendo mais comodidade e bem-estar às vítimas da Hanseníase e inserção na sociedade como um todo.

Trazendo como relevância uma das funções da participação da Administração Pública nessa questão de investimentos para atender um certo público e promover melhorias, segundo (ANDRADE, 2016 apud PINHEIRO, et al, 2020), o planejamento orçamentário e seu desdobramento em receitas e despesas públicas são atos do Estado para consecução dos objetivos decorrentes de suas funções. E na criação de estratégias para favorecer as pessoas acometidas pela Hanseníase, não tem como não falar a importância do orçamento público. No Brasil, orçamento público refere-se a um plano financeiro que vincula gastos ao alcance de macro objetivos instituído pelo Plano Plurianual (PPA), pormenorizado pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e implementado pela Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2009 apud PINHEIRO, et al, 2020). Nele encontram-se gastos vinculados a limites constitucionais, mínimos ou não, que obrigam os governos a destinarem parte da receita para determinado fim (ANDRADE, 2016 apud PINHEIRO, et al, 2020).

Em 29 de outubro de 2010, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por meio da Portaria nº 594 (BRASIL, 2010), incluiu na Tabela de Serviços Especializados, instituída pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o serviço de atenção integral em Hanseníase (QUADRO 1).

Ainda em continuidade nesse breve histórico, em 3 de fevereiro de 2016, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 149, que aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, que segundo o Art.1º, esta Portaria 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 quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço (BRASIL, 2016).

Isso faz com que os profissionais adquiram mais conhecimento sobre a doença, no que contribuirá para o atendimento mais eficaz. Ou seja, mais uma forma de habilitar profissionais e unidades de Saúde no ramo intelectual com foco na Hanseníase para que gere um maior interesse sobre a doença e a importância do tratamento para com os doentes.

Vale ressaltar que uma das estratégias para que isso acontecesse, segundo (COSTA, MS et al. 2015), tendo em vista a importância de informação de fácil acesso para a comunidade, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle a Hanseníase, publicou manuais para se trabalhar os principais problemas consequentes desta doença. Além de informação, o objetivo destes manuais é também mostrar o lado humano da doença, eliminar o estigma e diminuir o preconceito, mostrando a doença como outra qualquer. Alguns dos objetivos desses manuais, segundo o que consta nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública é aprimorar e qualificar o atendimento integral à pessoa acometida pela hanseníase no âmbito da atenção básica nos serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar;(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). No qual se faz importante a ação de orientar o trabalho dos gestores, técnicos e profissionais de saúde nas questões que permeiam a gestão, o planejamento, o monitoramento e a avaliação no que se refere ao acolhimento, ao diagnóstico, ao tratamento e cura, à prevenção de incapacidades e à organização do serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Informações que contribuem para essa reflexão, onde podemos ver que, por consequência, tanto os profissionais de saúde como as unidades, acabam sendo aptos a receber as pessoas acometidas pela Hanseníase, promovendo uma maior segurança no que diz respeito a abordagem, orientações e incentivo ao tratamento pelo profissional, e a influência do espaço sem preconceito onde o paciente será recebido.

No entanto, de acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 16/2021-CGDE/.DCCI/SVS/MS de 2021, que aborda a Implementação de Novo Esquema de Tratamento da Hanseníase Paucibacilar, no Âmbito do SUS, temos prescrições para uso da associação rifampicina+dapsona+clofazimina, passam a figurar com a denominação “Poliquimioterapia Única–PQT-”, tanto para casos paucibacilares, quanto para casos multibacilares, constando, também, a discriminação da classificação operacional diagnosticada e o tempo de tratamento respectivos (BRASIL, 2021).

Ministério da Saúde (2022), reforça que a Poliquimioterapia Única (PQT-U) está disponível nas apresentações adulto e infantil e disponibilizada de forma gratuita e exclusiva no Sistema Único de Saúde – SUS. A associação de antimicrobianos (PQT-U) reduz a

possibilidade de desenvolvimento de resistência medicamentosa pela bactéria causadora da doença (*Mycobacterium leprae*), o que pode ocorrer quando se utiliza apenas um medicamento. O uso do esquema PQT-U se feito com a regularidade recomendada leva à cura da doença. É importante ressaltar que já no início do tratamento, pela ação dos medicamentos, o paciente deixa de transmitir a doença.

QUADRO 1- Tabela de Serviços Especializados/Classificação do SCNES

De acordo com o Art.1 da Portaria nº 594, de 29 de outubro de 2010, o quadro 1 define como Serviço de Atenção Integral em Hanseníase aquele que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados para a realização das ações mínimas, ou seja, a cada nível da doença, se fez importante a participação de um especialista específico para que não haja exclusão e haja atenção para os doentes.

Dentre as ações mínimas para o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I, destacam-se:

- a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade;
- b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- c) Diagnóstico de casos de hanseníase;
- d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
- e) Exame dos contatos, orientação e apoio, mesmo que o paciente esteja sendo atendido em serviço do Tipo II e III;
- f) Tratamento com poliquimioterapia (PQT) padrão;
- g) Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta, mesmo que ele esteja sendo atendido em serviço do Tipo II ou III;
- h) Prevenção de incapacidades, com técnicas simples e autocuidado apoiado pela equipe;
- i) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços (BRASIL, 2018).

Já para o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo II, temos:

- a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços;
- b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- c) Diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hanseníase e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e seqüelas;

- d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
- e) Coleta de raspado dérmico para baciloscopia;
- f) Tratamento com poliquimioterapia padrão e com esquemas substitutivos;
- g) Acompanhamento do paciente durante o tratamento da hanseníase e após a alta;
- h) Prevenção e tratamento de incapacidades e autocuidado apoiado pela equipe;
- i) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços(BRASIL,2018).

Por fim, para o Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo III, destacam-se:

- a) Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços;
- b) Vigilância epidemiológica: identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- c) Diagnóstico de casos de hanseníase, inclusive da forma neural pura; das reações hansênicas e adversas aos medicamentos; das recidivas; e de outras intercorrências e seqüelas;
- d) Avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade;
- e) Baciloscopia;
- f) Tratamento com poliquimioterapia padrão e com esquemas substitutivos;
- g)Internação;
- h)Atendimento pré e pós-operatório.
- i)Procedimentos cirúrgicos;
- j) Exames complementares laboratoriais e de imagem;
- k) Prevenção e tratamento de incapacidades e autocuidado apoiado pela equipe;
- l) Encaminhamento para outros profissionais ou serviços (BRASIL, 2018).

Cód.	Descrição do Serviço	Código de Classificação	Descrição da Classificação	Grupo de CBO	CBOS Requeridos	Descrição
158	Serviço de Atenção Integral em Hanseníase	001	Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo I	01	2231; 2235; 3222.	Médicos; Enfermeiros; Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
		002	Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo II	01	2231; 2235; 3222; 2236; 2239.	Médicos; Enfermeiros; Auxiliar ou Técnico de Enfermagem; Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.
		003	Serviço de Atenção Integral em Hanseníase Tipo III	01	2231; 2235; 3222; 2236; 2239.	Médicos; Enfermeiros; Auxiliar ou Técnico de Enfermagem; Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional.

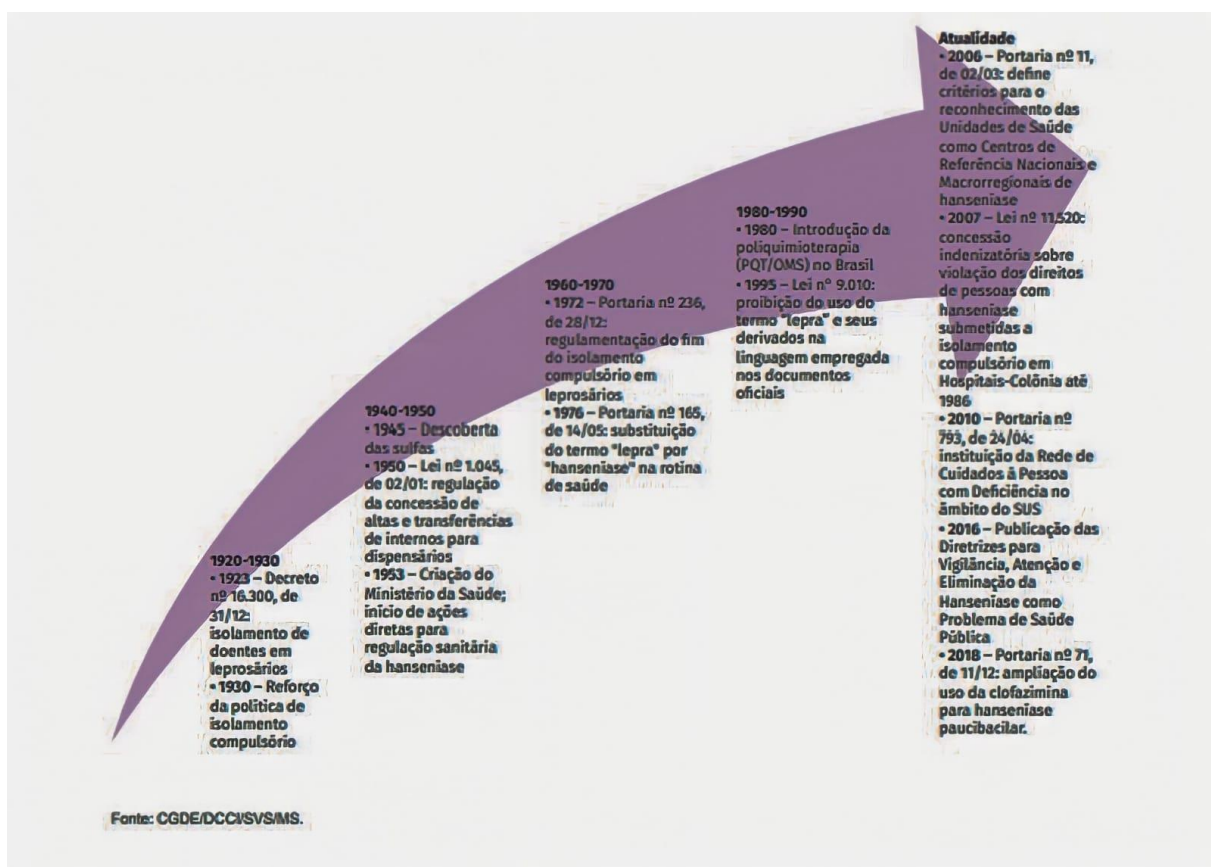
.FONTE: Adaptado de BRASIL, 2018.

Já em 2018, diante das discussões com relação ao esquema terapêutico, foi criada a Portaria nº71, de 11 de dezembro de 2018, em que foi inserido como estratégia a decisão de ampliar o uso da clofazimina para hanseníase paucibacilar (BRASIL, 2018), seguindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme as Diretrizes para o

diagnóstico, tratamento e prevenção da Hanseníase (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019a).

Figura 1 – Linha do tempo: evolução das políticas públicas para hanseníase no Brasil, 1920-2018

Na FIGURA 1, uma breve linha do tempo sobre a evolução das políticas públicas no Brasil desde o ano de 1920 a 2018, para que possa auxiliar na compreensão sobre a importância da Administração Pública com a criação de políticas públicas para uma determinada questão e o quanto ela pode contribuir para a qualidade de vida das pessoas. Com base nessas informações, poderemos então avaliar e elevar a função da Administração Pública nos espaços, e o quanto essa profissão é importante para que um objetivo seja alcançado, no qual pode ser na criação de um projeto, na luta contra uma doença e até mesmo pra trazer qualidade de vida as pessoas dentro uma comunidade através de sua capacidade profissional.



Fonte: Adaptado de Estratégia Nacional para enfrentamento da Hanseníase, 2019 – 2022, (2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa breve revisão literária sobre as políticas públicas criadas no controle da Hanseníase, podemos concluir o quanto se faz importante a atuação do profissional da Administração pública nesses espaços junto com as demais áreas que atuam nessa questão, e o quanto se é necessário valorizar o trabalho de quem a partir de seu olhar amplo pode mudar vidas através da sua tomada de decisão. Precisamos enaltecer o Administrador Público, pois a partir do momento em que um problema é identificado, é com seu auxílio que poderemos ter a criação dessas políticas públicas e verbas disponibilizadas para que os projetos criados entrem em vigor, trazendo pôr fim a mudança e mais qualidade de vida no público alvo destacado nesse trabalho. A Hanseníase até hoje é uma doença negligenciada no qual o estigma e preconceito é visível, como foi abordado neste artigo, porém sabemos que com muita dedicação e foco podemos trazer mais visibilidade a essas pessoas que sofrem todos os dias por um conjunto de fatores como por exemplo, os sintomas visíveis, os preconceitos devido a falta de informação completa sobre o contágio da doença, a exclusão na sociedade como um todo , principalmente no mercado de trabalho, além da luta no que diz respeito a saúde mental dos doentes devido a tanto desafio que a doença traz consigo. Esse trabalho mostrou o quanto a união das áreas envolvidas no controle a Hanseníase é importante, sem que tenha desvalorização de nenhuma delas, pois cada uma delas tem uma contribuição importante nessa luta. Valorizar o curso de Administração Pública traz como consequência, a formação de um profissional competente capaz de mudar vidas, mas isso depende muito de como as influências se comportam, desde o início, revelação do estudante com relação ao curso que faz, pois como relato de experiência, infelizmente sentimos na pele como é a expressão de quem revela fazer um curso como, por exemplo, engenharia, medicina ou enfermagem, para a expressão de quem revela cursar Administração Pública. Precisamos mostrar o quanto nosso papel é necessário e como podemos contribuir na mudança de vida das pessoas. Por isso achei importante abordar esse tema, afinal, temos várias vidas hoje lutando por inclusão seja na sociedade ou nos planos de governo. Com esse trabalho, espera-se que a Hanseníase seja também tema nas próximas políticas públicas a serem criadas no Brasil, que os doentes e seus familiares se sintam inclusos na sociedade a partir dos projetos criados para que não se sintam só, pois isso vai também motivar quem trabalha noite e dia em prol dessa questão tão necessária. E por fim, faço um apelo: Vamos valorizar o estudante do curso de Administração Pública, pois é um curso com muitas

possibilidades, e o profissional que ele formar pode contribuir em causas muito importantes como essa, um Administrador Público também pode salvar vidas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE V. **Implementação da PQT/OMS no Brasil**. Hansen Int. 2006. p. 31(1); 23-31. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/hansenologia/article/view/35212/33674>. Acesso em: 24.jun.2022;

BRASIL. **Portaria nº 594, de 29 de outubro de 2010**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html . Acesso em: 20 jun. 2022;

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**, 2016. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_eliminacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf . Acesso em: 28 jun.2022;

BRASIL. **Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962**. Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate á Lepra no País e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República,1962. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decmin/19601969/decretodoconselhodeministros968-7-maio-1962-352366-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 19 jun.2022;

BRASIL. **Estratégia Nacional para enfrentamento da Hanseníase, 2019 – 2022**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_enfrentamento_hansenias_e_2019.pdf . Acesso em: 22 de jun de 2022;

BRASIL. **Guia para o Controle da Hanseníase**. Brasília, DF 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf . Acesso em: 19 jun. 2022;

BRASIL. **Hanseníase**. Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniase-1#:~:text=Para%20pacientes%20com%20hansen%C3%ADase%20paucibacilar,doen%C3%A7a%20deixa%20de%20ser%20transmitida> . Acesso: 12 mai. 2022;

BRASIL. **Implementação de Novo Esquema de Tratamento da Hanseníase Paucibacilar, no Âmbito do SUS: NOTA TÉCNICA Nº 16/2021-CGDE/.DCCI/SVS/MS, 2021**. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/NOTA_INFORMATIVA_HANS_CLOFAZIMINA_RevKK_C.pdf . Acesso em: 30 jun.2022;

BRASIL. **Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950.** Dispõe sobre a concessão de alta aos doentes de lepra. Brasília, DF: Presidência da República, 1950. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1045-2-janeiro-1950-363438-publicacaooriginal-1-pl.html> . Acesso em: 19 jun.2022;

BRASIL. **Lei nº 11 , de 02 de Março de 2006.** Define critérios para habilitação de unidades de Saúde como Centro de Referência de Hanseníase. Brasília, DF: Presidência da República, 1995. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2006/prt0011_02_03_2006.html. Acesso em: 19 jun.2022;

BRASIL. **Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007.** Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/lei/11520.htm . Acesso em: 19 jun.2022;

BRASIL. **Lei nº 9.010, de 29 de Março de 1995.** Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências.. Brasília, DF: Presidência da República, 1995. Disponível em <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/127430/lei-9010-95> . Acesso em: 19 jun.2022;

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html . Acesso em: 05 jun. 2022;

BRASIL. **Portaria nº71, de 11 de dezembro de 2018.** Brasília, DR: Presidência da República. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2018/12/portaria71.pdf> . Acesso em: 22 de junho de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 149, de 03 de fevereiro de 2016.** Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0149_04_02_2016.html . Acesso em: 20 de junho de 2022;

BRASIL. **Portaria nº 594, de 29 de outubro de 2010.** Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html . Acesso em: 20 de junho de 2022,

CETOLIN, Sirlei Fávero et al. **Hanseníase e cidadania na política de saúde brasileira.** Sociedade em Debate, v. 16, n. 2, p. 135-162, 2010. Disponível em: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Odontologia/56.pdf . Acesso em: 29 jun. 2022;

COSTA, MS et al. **Políticas para hanseníase: a evolução da gestão em saúde,** 2015. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/v1n2a10.pdf> . Acesso em: 28 jun.2022;

DA SILVA, Leicy Francisca. **Estado, Filantropia e Hanseníase:**A Centralização da Assistência aos Atingidos pela Doença,2020. Disponível em: <http://revistas2.unievangelica.edu.br/index.php/fronteiras/article/view/3952> . Acesso em: 28 jun.2022;

EIDT, LM. **Breve história da hanseníase:** sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nXWpzPJ5pfHMDmKZBqkSZMx/?lang=pt> .Acesso em: 29 jun.2022;

FERNANDES, A et al. **Princípios constitucionais da Administração Pública.**JUS, 2022. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/97375/principios-constitucionais-da-administracao-publica> . Acesso em: 29 jun.2022;

FERREIRA, IN. **Um breve histórico da Hanseníase,** 2019. Disponível em: http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/viewFile/681/491 . Acesso em: 28 jun. 2022;

FIOCRUZ. **Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude#:~:text=As%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%2C%20por%20defini%C3%A7%C3%A3o.cor%2C%20religi%C3%A3o%20ou%20classe%20social>. Acesso em: 15 mai. 2022;

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/hansenologia/article/view/35664/34074> . Acesso em: 20 jun.2022;

LUCCHESI, P. T. R. **POLITICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PÚBLICA.** São Paulo Julho de 2004. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf Acesso em: 25 mai. 2022;

MARCHI, A Serviço da Administração. **Administração em Saúde.** Youtube, 14 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=khah4YZZMyQ&t=100s> . Acesso em: 24 de jun de 2022;

MARINS, Ângela; OLIVEIRA, Leticia. **Políticas Públicas para o turismo rural:** um estudo bibliométrico. [S.l.d]. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/encontro-de-economia-gaucha/assets/edicoes/2018/arquivos/71.pdf> .Acesso em: 27 mai. 2022;

MAYS, C. P. N. **Métodos qualitativos na pesquisa em saúde.** [S.d] Disponível em: <https://statics-americanas.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/6780038.pdf> Acesso em: 25 mai. 2022;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis: Hanseníase Tratamento**, 2022. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/hansenia/tratamento#:~:text=O%20tratamento%20medicamentoso%20da%20hansen%203%ADase%20envolve%20a%20associa%C3%A7%C3%A3o%20de%20tr%C3%AAs,Sistem%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%E2%80%93%20SUS>. Acesso 26 jun. 2022;

MONTEIRO, Y. N. **Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo**. *Hansenologia Internationalis*, São Paulo, v. 12, n.1, p.1-7, 1987;

MOREIRA, A J et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 234- 243, Jun 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0234.pdf> . Acesso em 12 mai. 2022;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção da hanseníase**. Genebra: OMS, 2019a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274127/9789290227076-por.pdf?sequence=47&isAllowed=y> . Acesso em: 9 mai. 2022;

PINHEIRO, et al. **Investimento financeiro e indicadores de desempenho em ações e serviços públicos de saúde**. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 45090-45104, jul. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12944/10875> . Acesso em: 28 jun. de 2022;

QUEIROZ, MS. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 120 p. ISBN 85-85676-33-7. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/6tfv6/pdf/queiroz-9788575412596.pdf> . Acesso em: 25 jun.2022;

REIS. et al. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. UNA-SUS/UNIFESP, (s, d)**. Disponível em: https://unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf . Acesso em: 12 abr. 2022;

ROTBURG, Abraão; BECHELLI, L. M. O dispensário na profilaxia da lepra: sua importância crescente e sua modernização. In: **Revista Brasileira de Leprologia**. Vol.19, nº 2, 1951. Disponível em: <http://hansen.bvs.isl.br/textoc/revistas/1951/PDF/v19n2a02.pdf> . Acesso em: 10 jun. 2022;

SCHNEIDER, P. B.; FREITAS, B. H. B. M. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.3, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101817.pdf> . Acesso em 18 abr. 2022;

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. Leonardo Secchi. - 2. Ed - São Paulo: Cengage Learning, 2015. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/450864370/Leonardo-Secchi-Politicas-Publicas> . Acesso em: 10 mai. 2022;

SILVEIRA, A. R. Instruções para execução das Normas baixadas pela Portaria Ministerial n.º 165/Bsb, de 14 de maio de 1976. **Hansen International**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 99-103, 1977. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/hansenologia/article/view/35664/34074> . Acesso em: 22 jun.2022/

SOARES, S. J. **Pesquisa científica**: uma abordagem sobre o método qualitativo Revista Ciranda –Montes Claros, v. 1, n.3, pp.168-180, jan/dez-2019;

XAVIER, A.R. Políticas Públicas de Segurança. CSOnline - **REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**, v. 0, n. 4, 2008.Revista Brasileira de Segurança Pública. Disponível em: <http://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp> . Acesso em: 13 mai. 2022;

XAVIER, Antônio Roberto et al. Pesquisa em Educação: aspectos históricos e teórico-metodológicos. EDUCA. **Revista Multidisciplinar em Educação**, [S.l.], v. 8, p. 1-19, jan. 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unir.br/index.php/EDUCA/article/view/4627/3815>.Acesso em: 6 mai. 2022.