

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE
SERGIPE - FANESE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA EM SERVIÇOS E SISTEMA DE
SAÚDE III**

**FERNANDO NESTOR DE ARAUJO COSTA
MAGNA MARIA BARRETO ALVES ROCHA**

HANSENÍASE: uma realidade de perdas e danos no Brasil

ARACAJU – SE
2007

FERNANDO NESTOR DE ARAUJO COSTA
MAGNA MARIA BARRETO ALVES ROCHA

HANSENÍASE: uma realidade de perdas e danos no Brasil

Monografia apresentada ao Núcleo de
Pós-Graduação e Extensão da
FANESE, como requisito para obtenção
do título de Especialista em Auditoria
em Serviço e Sistema de Saúde III.

Orientador:
Profa. Msc. Gisélia Maria Varela e Silva

ARACAJU – SE
2007

Costa, Fernando Nestor de Araújo
Hanseníase: uma realidade de perdas e danos
no Brasil / Fernando Nestor de Araújo Costa,
Magna Maria Barreto Alves Rocha. – 2007
59 f.

Monografia (especialização) – Faculdade de
Administração e Negócios de Sergipe, 2007.

Orientação: Profa. Msc. Gisélia Maria Varela
e Silva

1. Hanseníase. Preconceito e estigma. Perdas e
danos. I. Hanseníase: uma realidade de perdas e danos
no Brasil.

CDU

616-002.73

ABSTRACT

This study, carried through from one searches bibliographical and documentary, it has as main objective to demonstrate the reality of leprosy in Brazil, in view of the losses and damages suffered for the carriers that reflect directly in the deficit of workers and, for consequence, in the economic scope of the country. The referring information to this disease in Brazil are part of a historical process that cannot be disentailed of the rescue of this history in general terms, what means to search information about peoples of the Antiquity. The clinical characteristics of leprosy are mentioned by the character and informative relevance, one of the specific objectives of this work. In this item of the study the types of leprosy manifestations are analyzed. It analyzes the reactionary states and the treatment, being included referring aspects to the prevention and control of the incapacities. The treatment, prevention and control of the incapacities are described. Also socio, cultural and economic aspects related to the stigma and the preconception in relation to the leprosy are mentioned. This study analyzes this disease in a perspective of damages for the patients and to Brazil. One concludes that the efforts of the World Organization of Health (WHO), of the Brazilian Federal Government and few members of the civil society, in eradicating leprosy in Brazil, are insufficient, therefore the competent agencies still register new cases. This directs to believe that is essential to clarify to the population about illness, standing out about forms of infect and the precocious diagnosis. Moreover, all the governmental actions must be controlled.

Keywords: Leprosy. Preconception and stigma. Losses and damages.

Quando começamos a questionar a sensatez, ou mesmo a sanidade, de alguns de nossos mais acalentados modos de pensar – por exemplo, considerar o conhecimento como poder, em vez de sabedoria; afirmar a conveniência do progresso material, apesar de sua influência corrosiva em nossas almas, ou justificar a manipulação antropocêntrica da natureza, mesmo à custa de destruir o sistema de proteção da vida –, a consciência primordial emerge como fonte inspiradora.

(Tu Wei-Ming; in: Desenvolvimento: mudar ou perecer).

RESUMO

Este estudo, realizado a partir de uma pesquisa bibliográfica e documental, tem como principal objetivo demonstrar a realidade da hanseníase no Brasil, tendo em vista as perdas e danos sofridos pelos acometidos que refletem diretamente no déficit de trabalhadores e, por consequência, no âmbito econômico do país. As informações referentes à hanseníase no Brasil fazem parte de um processo histórico que não pode ser desvinculado do resgate dessa história em termos gerais, o que significa buscar informações sobre os povos da Antiguidade. As características clínicas da hanseníase são mencionadas pelo caráter e relevância informativa, um dos objetivos específicos deste trabalho. Neste item do estudo são analisados os tipos de manifestações hansênicas. Busca-se analisar os estados reacionais e o tratamento, incluindo aspectos referentes à prevenção e controle das incapacidades. O tratamento da hanseníase, assim como prevenção e controle das incapacidades são descritos. Também são mencionados aspectos socioculturais e econômicos relacionados ao estigma e ao preconceito em relação aos hansenianos. Analisa-se a hanseníase numa perspectiva de perdas e danos para os acometidos e para o Brasil. Conclui-se que os esforços da Organização Mundial de Saúde (ONU), do Governo Federal brasileiro e de poucos membros da sociedade civil, em erradicar a hanseníase no Brasil, são insuficientes, pois os órgãos competentes ainda registram novos casos. Isto leva a crer que é imprescindível esclarecer à população sobre a doença, ressaltando sobre as formas de contágio e o diagnóstico precoce. Além disso, todas as ações governamentais devem ser controladas.

Palavras-chave: Hanseníase. Preconceito e estigma. Perdas e danos.

ABSTRACT

This study, carried through from one searches bibliographical and documentary, it has as main objective to demonstrate the reality of leprosy in Brazil, in view of the losses and damages suffered for the carriers that reflect directly in the deficit of workers and, for consequence, in the economic scope of the country. The referring information to this disease in Brazil are part of a historical process that cannot be disentailed of the rescue of this history in general terms, what means to search information about peoples of the Antiquity. The clinical characteristics of leprosy are mentioned by the character and informative relevance, one of the specific objectives of this work. In this item of the study the types of leprosy manifestations are analyzed. It analyzes the reactionary states and the treatment, being included referring aspects to the prevention and control of the incapacities. The treatment, prevention and control of the incapacities are described. Also socio, cultural and economic aspects related to the stigma and the preconception in relation to the leprosy are mentioned. This study analyzes this disease in a perspective of damages for the patients and to Brazil. One concludes that the efforts of the World Organization of Health (WHO), of the Brazilian Federal Government and few members of the civil society, in eradicating leprosy in Brazil, are insufficient, therefore the competent agencies still register new cases. This directs to believe that is essential to clarify to the population about illness, standing out about forms of infect and the precocious diagnosis. Moreover, all the governmental actions must be controlled.

Keywords: Leprosy. Preconception and stigma. Losses and damages.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos casos de hanseníase	22
Quadro 2 – Principais aspectos da distinção entre reação reversa e recidiva	33
Quadro 3 – Principais distinções clínicas entre ENR e RR	34
Quadro 4 – Esquema poliquimioterápico padrão (PQT/OMS)	37
Quadro 5 – Esquema de poliquimioterapia para multibacilares (PQT/OMS) em 24 doses	37
Quadro 6 – Conceitos básicos	39
Quadro 7 – Componentes da prevenção de incapacidades em hanseníase	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 HANSENÍASE	13
2.1 Resgate Histórico.....	13
2.2 A Hanseníase no Brasil.....	14
3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE.....	23
3.1 Tipos de Manifestações	26
3.1.1 Manifestações cutâneas	26
3.1.2 Manifestações nervosas	26
3.1.3 Manifestações oftalmológicas	29
3.1.4 Manifestações orais e otorrinolaringológicas	30
3.1.5 Manifestações ósseas.....	31
3.1.6 Estados reacionais.....	31
3.2 Tratamento: prevenção e controle das incapacidades	35
4 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS E ECONÔMICOS	42
4.1 Estigma e Preconceito.....	42
5 A HANSENÍASE SOB A PERSPECTIVA DE PERDAS E DANOS.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

Hanseníase: uma realidade de perdas e danos no Brasil é o tema do presente trabalho, considerando-se que se trata de uma doença endêmica, que afeta a pele e nervos periféricos e, com a evolução da mesma, o indivíduo acometido apresenta deformidades e incapacidade tais, que refletem no convívio social e, por consequência, em termos econômicos.

O principal objetivo, através deste trabalho, é demonstrar a realidade da hanseníase no Brasil, visando, especificamente: a) identificar historicamente a hanseníase no Brasil; b) analisar os tipos de manifestações hansênicas; c) descrever o tratamento da hanseníase relacionando à prevenção e ao controle das incapacidades; d) relacionar aspectos socioculturais e econômicos à questão do estigma e do preconceito em torno dos hansenianos; e e) analisar a hanseníase sob o ponto de vista de perdas e danos para os acometidos e para a nação.

O diagnóstico precoce da hanseníase é de grande importância, bem como é indispensável observá-la sob o ponto de vista epidemiológico, o que representa sua dimensão e característica capacidade de progredir.

Diferentemente do passado, a hanseníase tem cura e dispensa segregação e internamento obrigatório. Todavia, a hanseníase ainda é estigmatizada, provavelmente pelo fato das pessoas, em geral, ignorarem que o contágio se dá, exclusivamente, a partir de contato íntimo e freqüente, além de que aqueles que convivem com hansenianos são vacinados e orientados sobre a questão.

Além disso, seus portadores não só apresentam, dentre outros sintomas da doença, a auto-estima extremamente afetada.

Apesar dos esforços por parte de órgãos governamentais e instituições outras mostrarem resultados satisfatórios no sentido de reduzir o número de casos, os indivíduos portadores de hanseníase tentam sobreviver as mais diversas dificuldades, especialmente em relação ao convívio social. Este é um problema que

os hansenianos enfrentam devido à história da doença ao longo de muitos séculos (daí o estigma) quando, era denominada lepra.

Cabe salientar que o Brasil é considerado por alguns estudiosos como país subdesenvolvido, tendo em vista retratar-se conforme os quesitos que caracterizam uma nação como tal. A expressão subdesenvolvimento, segundo o economista Walter Chaves Marim (2007), significa, principalmente, baixa produtividade do fator trabalho. Em outras palavras, subdesenvolvimento significa que o volume médio de produção por trabalhador é significativamente menor do que o de outro país considerado desenvolvido.

Assim sendo, parte-se da seguinte problemática:

A exclusão social dos portadores de hanseníase causa perdas e danos para o Brasil devido ao número de acometidos que, apresentando incapacidades, são excluídos, incidindo na baixa produção por trabalhador, produtividade e renda por habitante.

Ao constatar que o Brasil é o segundo país com maior número de casos de hanseníase do mundo, perdendo apenas para a Índia, verificou-se o quanto é importante contribuir para a redução da cadeia de transmissão dessa doença.

Os casos de hanseníase diagnosticados e tratados tardiamente poderão apresentar danos neurológicos e sistêmicos (em todo o corpo) irreversíveis. Todavia, nos casos em que a cura é possível (a maioria), os indivíduos acometidos pela hanseníase se isolam e são isolados pela sociedade.

A hanseníase tem muitos sinônimos no Brasil, a exemplo de morfêia, lepra, elefantíase-dos-gregos, mas neste estudo utilizou-se o termo 'hanseníase', tanto pelo fato dos pesquisadores concordarem sobre a possibilidade de contribuir com o fim do estigma associado à expressão 'lepra' e/ou 'leproso (a)', bem como por orientação didática. Todavia, dados do início da história da doença, empregam o termo 'lepra' e derivados em documentos, instituições e políticas de controle.

Sabe-se que o subdesenvolvimento de uma nação deve-se a uma série de fatores, mas este estudo limita-se à exclusão social dos hansenianos (grupo este

que representa significativa parcela da população do Brasil), que a um só tempo sofrem e causam perdas e danos.

Portanto, refletindo sobre tal realidade, constatou-se o quanto desafiador é investigar áreas distintas do conhecimento (saúde, sociologia, economia, entre outras) e ao mesmo tempo inter-relacionadas.

Por ser a metodologia a subdivisão da lógica que estuda os métodos técnicos e científicos, considera-se relevante o significado do termo método, qual seja, uma expressão “de origem grega e significa o conjunto de etapas e processos a serem vencidos ordenadamente na investigação dos fatos ou na procura da verdade” (RUIZ, 2002, p. 131).

Uma pesquisa pode variar de acordo com os fins, meios e a abordagem do estudo que pretende desenvolver. Conforme os fins, a pesquisa pode ser dos seguintes tipos: exploratória, descritiva e explicativa ou explanatória.

Quanto aos meios, ela pode ser de campo, experimental, laboratorial, bibliográfica, documental, de observação-participante, pesquisa-ação, entre outras. Segundo a abordagem, pode ser qualitativa, quantitativa, “**quantiqualitativa** (ou **qualiquantitativa** como preferem alguns autores)” (BATISTA, 2006, p. 31-32, grifos do autor).

Partindo-se de tais orientações, será realizada uma pesquisa bibliográfica, portanto que se desenvolverá a partir de textos (livros e artigos), sobre o impacto da hanseníase no Brasil, os quais se utilizaram de pesquisas exploratória, descritiva, bibliográfica, documental e qualiquantitativa.

2 HANSENÍASE

Neste título do estudo, realiza-se uma apresentação do significado de hanseníase, bem como sua descoberta e os primeiros registros da doença no Brasil, incluindo a realidade atual.

2.1 Resgate Histórico

Popularmente conhecida na Antiguidade como lepra, a hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, curável, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que se caracteriza por manifestações dermatológicas e neurológicas.

Parece destacar-se entre as mais antigas doenças que acomete o ser humano, acreditando-se que tenha surgido na Ásia (JOPLING e McDOUGALL, 1991 e BRASIL, 1989). Para outros autores, a África é sinalizada como origem da referida doença, o que explica o fato de continuarem discutindo se a hanseníase é de origem asiática ou africana (BRASIL, 1989).

No entendimento de Diltor Vladimir Opromolla, ex coordenador do Instituto Lauro de Souza Lima, que desenvolve pesquisas com hanseníase desde 1989:

[...] é difícil afirmar, com certeza, a época do aparecimento de uma doença. Baseada em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da mesma com citações dos aspectos que lhe são mais característicos. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentários e em suposições dos tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações.
(OPROMOLLA, 1981, p. 1).

Tal ponto de vista também se aplica a hanseníase, uma vez que raramente são encontrados textos antigos, em diversas regiões do mundo, descrevendo-a de forma clara e precisa em termos clínicos, histórico e evolutivo.

Os primeiros relatos compatíveis com a doença estão presentes em textos indianos do ano 1.300 a. C. Da Índia a endemia estendeu-se para a China e Japão. Nesta mesma época há evidências de que também estava presente no Egito.

Na Europa, acredita-se que tenha chegado com o regresso das tropas de Alexandre, o Grande, após as campanhas na Índia (327-326 a. C.), trazendo indivíduos contaminados com a doença (OROZCO, SARMIENTO e RODRIGUEZ, 1996).

Todavia, foi no período das Cruzadas, final do século XI, que o número de doentes aumentou na Europa, trazida por soldados infectados, comerciantes e colonizadores, mesma época em que teve início a perseguição aos “leprosos”, que duraria três séculos (UJVARI, 2003).

A doença foi se disseminando por toda a Europa sendo criados locais específicos para abrigar os pacientes acometidos pela doença, os lazaretos ou leprosários. No século XIII existiam quase vinte mil lazaretos neste continente tão grande era o número de pessoas acometidas pela lepra. Entretanto a partir do século XVI, o número de doentes foi diminuindo e os leprosários foram sendo desativados gradativamente e assim prosseguiu por todo século XVIII e metade do século XIX. Hoje na Europa ainda existem focos de hanseníase em Portugal, Espanha, Rússia e Turquia.

Mesmo com a tendência ao desaparecimento da doença na Europa, os focos mantinham-se na Ásia e África. Através dos colonizadores espanhóis e portugueses e da exportação de escravos africanos, foi introduzida a doença nas Américas, entre os séculos XVI e XVII (Serviço Nacional de Lepra, 1960).

Durante a colonização, a América Latina tornou-se gradativamente uma nova área endêmica mundial. Hoje todos os países da América do Sul, com exceção do Chile, têm hanseníase e o Brasil é o que apresenta maior prevalência dentre eles.

2.2 A Hanseníase no Brasil

Conforme Yamanovchi et al (1993) foram documentados os primeiros casos da hanseníase no Brasil, no Rio de Janeiro em 1600, onde alguns anos depois foi criado o primeiro local para abrigar hansenianos, os lazaretos.

Acredita-se que a doença tenha chegado ao Brasil, através de varias pontos do litoral, com os colonizadores portugueses, principalmente açorianos e acredita-se que tenha contribuído para sua disseminação os escravos africanos. Contudo, outros povos europeus também colaboraram para sua disseminação posteriormente (MONTEIRO, 1987).

Quanto à hipótese da inserção da hanseníase no Brasil através dos escravos africanos, Opromolla (2000) considerava discutível, uma vez que dificilmente seriam negociados africanos apresentando lesões cutâneas.

Não foram identificados casos de hanseníase entre indígenas brasileiros, assim como em outras regiões da América.

Em 1696, o Governador Artur de Sá e Menezes já se preocupava com o número de casos de hanseníase cada vez mais crescente, procurando dar assistência aos doentes (OPROMOLLA, 1981).

Alguns livros sobre a hanseníase foram encontrados a partir de um levantamento realizado no Real Gabinete Português de Leitura do Rio de Janeiro. Encontra-se no livro 'Cura da morphéa', de Antonio Aguiar, extenso histórico da hanseníase, bem como informações sobre vários estágios, diagnóstico, prognóstico e tratamento. Contém informações detalhas sobre sete pacientes aos quais o próprio Aguiar atendeu no 'Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro. O capítulo final refere-se à recepção que as teorias de Broussais tiveram no Brasil (SANTOS, 2003).

Cabe mencionar três casos que se situam no Arquivo Nacional:

O primeiro, em maio de 1864, quando um médico, cujos conhecimentos não foram obtidos em academia, mas pela prática, fez um pedido ao imperador Pedro II, a fim de que fosse autorizado o teste de métodos de cura em um hospital da Corte. Seus argumentos baseavam-se na cura que teria realizado em alguns pacientes com hanseníase, na província do Rio de Janeiro. "Junto com o pedido anexavam-se depoimentos que supostamente comprovam a alegação" (SANTOS, 2003, p. 416

O segundo, de outubro de 1828, refere-se ao "Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro", requerendo ao imperador Pedro I que autorizasse o aumento da

guarda no local.

[...] o outro ofício, assinado pelo marquês de Caravelas (secretário de Estado dos Negócios do Império), destacando que os pacientes da instituição eram maltratados pelo médico cirurgião e pelos funcionários, solicitava que a junta do hospital tomasse as medidas necessárias para solucionar a questão (SANTOS, 2003, p. 416).

O terceiro, contém informações sobre a Santa Casa de Misericórdia de São João Del Rei (Minas Gerais), enfocando as instalações destinadas aos hansenianos, entre os anos de 1879 e 1880. O documento noticiava que as referidas dependências se localizavam no fundo do quintal da instituição e que os pacientes estavam separados conforme gênero, ressaltando que a construção precisava de reformas. Outras informações dizem respeito ao movimento de pacientes no hospital e dados sobre a situação financeira da instituição.

No que se refere aos censos, no Brasil, sobre a hanseníase:

O primeiro censo em São Paulo sobre o número de casos de hanseníase foi em 1822, executado pelo Visconde de Oeynhausen, cujos dados não são conhecidos integralmente. O segundo censo foi realizado em 1851. Outros censos foram realizados depois, notando-se sempre um aumento do número de pacientes, o que acompanhava a marcha do progresso do Estado (OPROMOLLA, 1981, 2000 *apud* EIDT, 2004, p. 81).

Após casos da doença detectados no Rio de Janeiro e em São Paulo, novos focos foram descobertos na Bahia e no Pará. Com o desenvolvimento da agricultura, através dos colonizadores que chegavam ao País, várias pessoas se deslocavam de sua terra para outras cidades, conforme a necessidade de mão de obra. Logo,

Estes focos, muito distantes um dos outros, correspondiam às cidades mais importantes política ou economicamente (Calmon, 1940). Pernambuco era o mais importante centro açucareiro do mundo, a Bahia, capital da Colônia e o Rio de Janeiro progredia tanto que se tornou a sede do Governo posteriormente. São Paulo iniciava o desenvolvimento de sua agricultura abandonando o espírito aventureiro que provocara a conquista de Minas Gerais, Goiás e todo o Sul do País (EIDT, 2004, p. 81).

A doença foi lentamente atingindo todos os estados brasileiros já que o setor agrícola encontrava-se em pleno desenvolvimento e atingindo cada vez mais pessoas.

A época entre os anos 1912 e 1920 é considerada um período intermediário da história da hanseníase no Brasil, porquanto as autoridades sanitárias passavam a reconhecer que se tratava de um problema de grandes proporções, tanto que o descaso em relação ao combate à endemia e à tomada de medidas isoladas em suas áreas de atuação, foi denunciado por Emílio Ribas e Oswaldo Cruz (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE-MS, 1989 *apud* OLIVEIRA, MOURA e SOUZA, 2002).

Conseqüentemente, no ano 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública que instituiu a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. As providências para afrontar a questão da hanseníase no Brasil eram semelhantes aquelas adotadas em todos os países, inclusive o isolamento dos acometidos que, ressalte-se, além de intensificar o medo e o estigma associados à doença, não obteve êxito no controle endêmico (BRASIL-MS, 1989 *apud* OLIVEIRA, MOURA e SOUZA, 2002).

Importante destacar que a substituição da expressão 'lepra' por hanseníase foi iniciativa pioneira do Brasil, mas tal medida, não tem contribuído para acabar com o estigma, talvez pela falta de uma campanha de utilidade pública no sentido de educar a população sobre o comportamento em relação aos acometidos pela doença.

O Arquivo Nacional também realizou uma pesquisa que teve como objetivo colecionar fotografias do periódico 'Correio da Manhã'. A primeira pasta continha fotos de preventórios (décadas de 1940 e 1950) no Maranhão, no Ceará, na Paraíba e em Santa Catarina, registrando aspectos do cotidiano das crianças internadas e dos prédios das instituições. Na foto da Colônia Santa Isabel (MG), é possível ver mulheres internadas apresentando possíveis marcas da enfermidade. Em outra fotografia, as instalações do Leprosário de Itanhenga (ES). A outra pasta continha vinte fotos do Hospital-Colônia de Curupaiti, ilustrando uma matéria de

jornal publicada em janeiro de 1972, cujas finalidades eram denunciar o abandono dos internos e da própria instituição e atrair recursos. Pelas legendas das imagens foi possível saber que havia no período novecentos internos e que uma das mulheres fotografadas estava na instituição desde 1935 (SANTOS, 2003).

A Biblioteca Nacional mereceu especial atenção da pesquisa. Na seção de Obras Raras, foi encontrado um livro encadernado e com o brasão do Império, na qual Haddock Lobo apresentava um estudo sobre a mortalidade na cidade do Rio de Janeiro. Informava ele a naturalidade, o mês de falecimento e a idade dos pacientes; entre as doenças listadas estava a lepra, mencionando-se que haviam morrido 28 pessoas (homens e mulheres, escravos, libertos e brancos) dessa doença no Hospital dos Lázaros. A obra contém um quadro comparativo dos anos de 1845 e 1846 e traz um mapa com o diagnóstico das enfermidades (SANTOS, 2003).

Na seção de Manuscritos da Biblioteca Nacional localizou-se uma série de documentos. O primeiro grupo continha dados sobre a descoberta de uma planta da região amazônica que poderia ser usada no tratamento da lepra. Na segunda carta afirmava-se que os médicos do Rio de Janeiro haviam aplicado um remédio derivado daquela planta nos pacientes, sem qualquer resultado de cura, assinalando que a falta de provas podia estar vinculada à metodologia aplicada e à necessidade de um tratamento mais regular e prolongado (SANTOS, 2003).

O maior legado em relação ao combate à lepra do governo Vargas foi justamente a sua sistematização, confirmada por uma série de informações. Em abril de 1937, por ocasião da inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, em seu discurso, Gustavo Capanema afirmava que o programa federal contra a lepra consistia na organização da pesquisa o censo de leprosos em todo o país, que deveria considerar o número de doentes e as circunstâncias em que viviam. A terceira etapa era a administração dos serviços, com destaque para a importância da profilaxia e da terapêutica, sendo que este último ponto dividia-se em diagnóstico, isolamento e tratamento do infectado, vigilância sanitária e armamento antileproso (constituído por leprosários, dispensários, preventórios e órgãos de educação sanitária das massas).

Conforme uma pesquisa realizada por Urzedo Souza Araújo, publicada em 1933, havia um total de cinquenta mil leprosos no Brasil, dos quais 76% dos doentes deveriam ser internados, mas o país necessitava de quarenta e três 'leprosários' (ARAÚJO, 1933).

A Rede de asilos do Brasil foi construída e paulatinamente os infectados foram retirados da sociedade e internados, ou seja, permaneceram isolados, afastados de suas famílias e amigos por muitos anos. Isto se deveu ao fato de, até então, a hanseníase não ter cura e causar deformidades físicas, causando pânico na sociedade. O fim do isolamento compulsório dos hansenianos começou no Brasil na década de 1960. Alguns estados mantiveram o regime de transição semi-aberto até a década de 1970. Porém, muitos pacientes, após longos anos de internação, descobriram que não tinham condições de sobreviver lá fora, pois tinham perdido a identidade, a família e a capacidade de sobrevivência.

Por essa razão, muitos deles retornaram aos antigos hospitais-colônia, hoje, em número de 33 (trinta e três) no País, que abrigam ex-doentes, alguns dos quais vivem nesses locais como pacientes e outros, mesmo curados, continuam dependentes, devido às seqüelas, necessitando de cuidados especiais. Nesses casos, os pacientes têm direito à aposentadoria por invalidez e cesta-básica. Hoje, esses hospitais-colônias mudaram o perfil da assistência e muitos funcionam como hospital geral ou de referência para outras doenças.

Em 24 de maio de 2007, o Governo Federal sancionou a Medida Provisória nº 373, regulamentada pelo Decreto nº 6.618, de 24 de julho de 2007, que estabelece Pensão Especial, vitalícia, intransferível e mensal para todos os hansenianos que foram submetidos a isolamento e internação compulsória em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986. Entretanto, é necessário que seja comprovado, através de cópia da ficha de internação compulsória ou cópia do prontuário do hospital colônia em que esteve internado.

O número de casos de hanseníase no mundo em 1985 era calculado entre 13 e 14 milhões, com 5 milhões de casos registrados. Após a introdução do tratamento poliquimioterápico (PQT), instituído pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) na década de 1980, ocorreu uma queda acentuada da doença em todo o mundo (SCHNEIDER, 2007).

Em parceria com os governos dos países com grande número de casos da doença, a OMS traçou metas, ao longo dos anos, de acordo com a realidade de cada país para eliminação da doença. Vários conseguiram atingir o objetivo, mas o Brasil e outros treze países não. No nosso País, foi criado o Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase 2006-2010. O termo “eliminação” significa reduzir a prevalência hanseníase para 1 entre 10.000 pessoas, o que levará a redução da fonte de infecção. Neste sentido, é assegurado que as atividades de controle da hanseníase estejam disponíveis e acessíveis a todos os indivíduos nos serviços de saúde mais próximo de suas residências.

Foi feito um aumento da oferta de serviços de saúde prestados por profissionais da rede pública, entre eles, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, com capacitação destes, objetivando diagnosticar a doença o mais precocemente possível para prevenir as incapacidades, fazer controle dos comunicantes, distribuir gratuitamente medicamentos e, para aqueles que apresentam complicações, oportunizar reabilitação, através dos serviços de referência.

Vale ressaltar que existem organizações fundadas com a finalidade precípua de contribuir para a eliminação da hanseníase no Brasil, a exemplo do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan)¹. Trata-se de uma entidade sem fins lucrativos, fundada em seis de junho de 1981, com sede administrativa no Rio de Janeiro, estando presente em aproximadamente 100 comunidades pelo Brasil. O Morhan depende exclusivamente do trabalho voluntário de seus colaboradores, ou seja, pacientes, ex-pacientes e pessoas interessadas no combate ao preconceito em torno da doença. Os objetivos do Morhan, que constituem excelente exemplo de como se deve entender a hanseníase, são:

¹ Cf.: <http://www.morhan.org.br/quemsomos.htm>

- Colaborar para a eliminação da hanseníase;
- Ajudar a curar, reabilitar e reintegrar socialmente pessoas que contraíram hanseníase;
- Impedir que portadores de hanseníase sofram restrições em seu convívio social (emprego, família, igreja, escola etc.)
- Contribuir para que portadores de hanseníase conquistem o pleno exercício da cidadania;
- Lutar para que os antigos hospitais-colônias sejam transformados em equipamentos de interesse coletivo (hospitais gerais, hospitais especializados, centros culturais e de lazer etc.). Deve-se garantir moradia, sustento e atendimento às pessoas atingidas pela hanseníase na época do isolamento compulsório (entre as décadas de 30 e 60) que estando nos antigos hospitais-colônias lá desejam ficar.

Conforme os dados do Ministério da Saúde, em 2002, o Brasil apresentou taxa de prevalência de 4,33 casos/10.000 habitantes. Em 2004 a taxa era de 2,76 casos. No final de 2005 a taxa era 1,48 casos/10.000 habitantes. Apesar da redução da taxa de prevalência, a doença constitui um problema de saúde pública no Brasil, exigindo intensificação das ações para que a meta seja alcançada, ou seja, atingir 1 caso para cada 10.000 habitantes. O Ministério da Saúde tem feito investimentos financeiros crescentes para garantir o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, que envolve os governos federal, estadual, municipal e a sociedade civil, para que a meta seja alcançada.

A distribuição dos casos de hanseníase ocorre de forma desigual no território brasileiro. A região Norte e Centro-Oeste respondem pelo maior número de casos, seguidas da região Nordeste. Essa doença é considerada eliminada em alguns estados da região Sudeste (a exceção do Espírito Santo) e a região Sul (a exceção do Paraná), Rio Grande do Norte, Distrito Federal e Alagoas.

A hanseníase ocorre em todo território brasileiro de forma desigual conforme o Quadro 1:

Quadro 1: Distribuição dos casos de hanseníase

REGIÃO ESTADOS	PREVALÊNCIA/10.000 HAB
<i>NORTE</i>	
Acre	2,87
Amazonas	1,75
Amapá	2,12
Pará	4,78
Rondônia	5,42
Roraima	4,40
Tocantins	5,35
<i>NORDESTE</i>	
Maranhão	5,94
Piauí	2,25
Ceará	1,76
Rio Grande do Norte	0,75
Paraíba	1,64
Pernambuco	2,26
Alagoas	0,93
Sergipe	1,90
Bahia	1,33
<i>CENTRO-OESTE</i>	
Mato Grosso	8,69
Goiás	2,39
Mato Grosso do Sul	1,47
Distrito Federal	0,73
<i>SUDESTE</i>	
Minas Gerais	0,65
Espírito Santo	2,67
Rio de Janeiro	0,75
São Paulo	0,35
<i>SUL</i>	
Paraná	1,12
Santa Catarina	0,20
Rio Grande Sul	0,15

Fonte: SINAN, 2005.

3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen) (GUIA..., 2005). Afeta, em geral, a pele e os nervos periféricos, embora possua um amplo espectro de manifestações clínicas. Dependendo da carga bacilar, classifica-se a doença como paucibacilar ou multibacilar. A hanseníase paucibacilar é uma doença menos grave, caracterizada por poucas (até cinco) lesões de pele hipocrômicas (pálidas ou avermelhadas), com perda de sensibilidade. A hanseníase multibacilar está associada a múltiplas (mais de cinco) lesões de pele, nódulos, placas, espessamento da derme ou infiltração cutânea e, em alguns casos, envolvimento da mucosa nasal, causando congestão nasal e epistaxe. Observa-se, também, acometimento de certos nervos periféricos, que algumas vezes resulta em padrões característicos de incapacidade (OMS, 2005).

A doença é capaz de infectar um grande número de pessoas, ou seja, uma de suas principais características é a alta infectividade, porém poucas adoecem. A infecção vai depender da resposta imunológica do paciente. Em torno de 5 a 10% dos expostos a doença se estabelece e 90 a 95% apesar de infectados não desenvolvem ou apresentam infecção subclínica, mostrando a baixa patogenicidade do bacilo. Existe a possibilidade de pessoas infectadas, sem sintomas, causarem a infecção.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) adota a classificação de Madrid, designada no VI Congresso Internacional de Leprologia (1953), que classifica as formas clínicas conforme os aspectos morfológicos das lesões cutâneas e de troncos nervosos acometidos, cujo objetivo é acompanhamento clínico:

- Indeterminada (I): caracteriza-se por apresentar manchas hipocrômicas, geralmente em pequeno número, lesões com limites imprecisos e alteração de sensibilidade. Não há comprometimento de troncos nervosos. Baciloscopia negativa.

- Tuberculóide (T): encontram-se lesões bem delimitadas, em número reduzido, anestésicas e de distribuição simétrica. As lesões são em placas ou anulares com bordas papulosas e áreas de pele eritematosa ou hipocromica. Há queda de pelos, alteração da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Também há comprometimento de troncos nervosos de forma assimétrica. Podem ocorrer a variedade infantil e a forma neural pura. A primeira acontece em crianças que convivem com doentes e localiza-se principalmente na face. Na forma neural pura, não se encontram lesões cutâneas. Há espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave. A baciloscopia é negativa.
- Dimorfa (D): clinicamente oscila entre as formas tuberculóide e virchowiana. Há grande variedade em suas manifestações clínicas, seja na pele, nervos ou comprometimento sistêmico. Pode apresentar lesões de pele bem delimitadas e lesões infiltrativas mal delimitadas. São placas eritematosas, manchas hipocromicas com bordas ferruginosas, manchas eritematosas ou acastanhadas, ou seja, com grande variação na apresentação. O comprometimento neurológico troncular e episódios reacionais são freqüentes e muitas vezes precoce produzindo a esses pacientes alto risco para desenvolver incapacidades e deformidades físicas. Baciloscopia positiva ou negativa.
- Virchowiana (V): Trata-se da forma multibacilar e geralmente acomete indivíduos com imunidade diminuída para o *Micobacterium leprae*. Caracteriza-se pela disseminação das lesões de pele, podendo apresentar pápulas, nódulos ou máculas. A infiltração é difusa e mais acentuada na face e membros. Pode ter comprometimento sistêmico atingindo mucosa das vias aéreas, olhos, testículos, linfonodos, fígado, dentre outros. Há rarefação de pelos em membros, cílios e supercílios (madarose). A infiltração da face incluindo pavilhão auricular, com madarose forma o quadro compatível com fácies leonina. Há

comprometimento de troncos nervosos que vão apresentar seqüelas posteriormente. Baciloscopia positiva.

Segundo a OMS (BRASIL, 2000) tais formas clínicas são agrupadas conforme o número de lesões, para fins operacionais, em Paucibacilares (PB = I e T, até cinco lesões) e Multibacilares (MB = D e V, acima de cinco lesões).

A principal forma de transmissão da doença é a inter-humana, através do contato, geralmente domiciliar, com doente bacilífero não tratado, que elimina bacilos para o meio ambiente. Quanto mais intenso e prolongado o contato, maior a probabilidade de adoecer. Em apenas 50% dos casos novos, consegue-se descobrir o doente contagiante. Nos demais o responsável pela infecção não é descoberto.

Embora os seres humanos sejam considerados o principal hospedeiro e reservatório do *M. leprae*, outras fontes animais, incluindo o tatu, tem sido incriminados como reservatório da infecção.

O período de incubação é atipicamente longo para uma doença bacteriana: 5-7 anos, em geral. O início das manifestações costuma ocorrer no adulto jovem, indivíduos de 20 a 30 anos, principalmente, sendo raramente vista em crianças com menos de cinco anos.

Na maioria dos casos, tanto na doença paucibacilar como na multibacilar, o diagnóstico não apresenta dificuldades, embora, num pequeno número de casos, doentes suspeitos sem manchas anestésicas requeiram exame por especialista para identificar outros sinais cardinais da doença, incluindo acometimento de nervos, assim como baciloscopia positiva (exame de esfregaço do bordo interno de corte na pele), quando confiável e disponível.

A hanseníase é a principal causa de incapacidade física permanente dentre as doenças infecto-contagiosa. A maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da hanseníase é o diagnóstico e tratamento oportunos dos casos, antes de ocorrerem lesões nervosas.

3.1 Tipos de Manifestações

3.1.1 Manifestações cutâneas

A hanseníase pode apresentar diversos tipos de manifestação cutânea, a depender da forma clínica em questão. O paciente pode apresentar máculas hipocrômicas, eritematosas ou eritemato-hipocrômica, geralmente de limites imprecisos e em pequena quantidade (I), lesões eritematosas ou hipocrômicas em placas ou anulares com bordas papulosas com alteração nítida de sensibilidade (T), manchas eritematosas com bordas imprecisas, presença de infiltração, aparecimento de pápulas, nódulos e tubérculos. As lesões circunscritas são chamadas hansenomas. Pode haver edema de mãos e pés com pele ressequida (V).

3.1.2 Manifestações nervosas

Os distúrbios nervosos da hanseníase são conseqüentes ao comprometimento do sistema nervoso periférico. As lesões nervosas podem ocorrer em qualquer forma da hanseníase, à exceção da forma indeterminada, podendo levar a seqüelas que impedem os doentes de ter vida normal.

As lesões decorrem de processos inflamatórios dos troncos nervosos, que ocasionam alterações em sua função e estrutura, manifestando-se clinicamente por dor, espessamento dos nervos, déficit motor e de sensibilidade nas áreas inervadas pelo nervo acometido. A neurite se manifesta de forma aguda por dor intensa e edema, não havendo comprometimento funcional do nervo na fase inicial, porém com o acometimento crônico, evidencia-se os sintomas decorrentes da perda de sensibilidade e da força muscular, que se não tratados precoce e adequadamente levam a deformidades e incapacidades.

Para Pimentel *et al.* (2003), os episódios de neurite são considerados fator determinante na ocorrência de incapacidades. Conforme esses autores, a

neurite franca caracteriza-se com a presença da dor, espontânea ou por decorrência da palpação num tronco nervoso periférico, seguida ou não de comprometimento da função. Apenas os nervos são comprometidos em determinados casos, sem acometimento cutâneo. Na forma neurítica pura da hanseníase, as únicas manifestações são lesões nervosas.

As manifestações neurológicas são comuns a todas as formas clínicas, a exceção da forma indeterminada. Na forma tuberculóide o comprometimento dos nervos é mais intenso, caracterizando mononeuropatia ou polineuropatia. Esta é mais comum na forma virchowiana, com acometimento inicial de fibras mielínicas de pequeno calibre e fibras amielínicas. O tipo dimorfa situa-se entre os pólos tuberculóide e virchowiana, tendo lesões cutâneas e nervosas menos nítidas que na tuberculóide, porém não tão típicas quanto na forma virchowiana (BRASIL, 1998).

A afecção neural se apresenta em três fases de progressão: primeira fase: caracteriza-se como o início, apresentando espessamento do nervo, dor à palpação, dor espontânea, tendo sua função conservada. Durante a segunda fase há a progressão da lesão com ausência de sudorese, perda de sensibilidade, debilidade muscular, paralisia incompleta ou paralisia completa recente, apresentando possível restabelecimento. Na terceira fase, ocorre maior comprometimento com a destruição do nervo, apresentando perda da sua função, levando a incapacidades e deformidades permanentes (GUIA, 1997).

A localização da neurite pode ser troncular quando o nervo está afetado em sua totalidade ou terminal quando são atingidos ramos terminais a nível de pele. Quando há acometimento de troncos nervosos, são atingidas as fibras sensitivas, motoras e autônomas. No início há comprometimento de sensibilidade, com hiperestesia ou anestesia e posteriormente o comprometimento motor, com aparecimento de paralisias e amiotrofias. São conseqüências da lesão neural também, dormência, pele seca e fraqueza muscular. Tais fatores favorecem o aparecimento de infecção e lesões de estrutura como tendões, ligamentos, ossos e músculos causando incapacidades e deformidades (TALHARI e NEVES, 1997).

Os principais nervos acometidos na hanseníase estão localizados na face, braços e pernas. Na face o nervo trigemio e o radial levam a alterações na face, olhos e nariz. Nos braços, os nervos radial, ulnar e mediano são responsáveis por lesões em mãos e braços. e nos membros inferiores, os nervos fibular comum e tibial posterior quando acometidos causam problemas em mãos e pés.

Segundo Elui e Oliveira (2001), quando há paralisia do nervo ulnar, que é o mais acometido, há alteração de sensibilidade do dorso da mão, dos músculos interósseos e depressão dos espaços intermetacarpianos, envolvimento do 4º e 5º quirodáctilos que se denomina garra ulnar. Diante da lesão do mediano observam-se deformidades em flexão de todos os quirodáctilos com hiperextensão das interfalanges proximais e distais, denominando-se garra cúbitomediana, ocorrendo a perda funcional da mão. Ressalta-se na literatura que a paralisia do nervo mediano ocorre após a do ulnar.

Lehman *et al.* (1997) lecionam que o nervo radial é responsável pela sensibilidade da metade radial do dorso da mão e pela inervação da musculatura extensora dos dedos, polegar e punho, produzindo a mão caída.

A perda da sensibilidade protetora torna os membros inferiores (MMII) vulneráveis aos traumas externos, há alteração do trofismo da pele e como consequência se apresentam lesões secundárias como ulcerações, osteomielite, reabsorções. Entre os nervos periféricos mais acometidos em MMII, encontra-se o fibular comum (profundo e superficial), sua lesão causa prejuízo muscular levando à incapacidade de realizar a dorsiflexão do pé, atrofia na face posterior da perna e anestesia da planta do pé. Se o nervo tibial posterior for comprometimento, há a formação de garra de artelhos e atrofia da musculatura da região plantar (GUIA, 1997).

Como resultado das lesões nervosas em membros superiores e inferiores, os pacientes podem ter mãos e/ou pés anestésicos. Com a perda da sensibilidade protetora dessas regiões do corpo, ficam mais vulneráveis a traumas externos e a mais grave é na região plantar com a formação de úlceras.

As deformidades mais comuns encontradas são: mão em garra fixa ou móvel (garra do quarto e quinto quirodáctilos ou garra completa); mão caída; pé caído, garra de artelhos que pode ser acompanhada do mal perfurante plantar (ARAÚJO, 2003).

Todo paciente com hanseníase, no momento do diagnóstico e durante o acompanhamento do caso, deve ser feita avaliação neurológica com profissional capacitado, através da palpação dos troncos nervosos e avaliação funcional (sensitiva, motora e autonômica) daqueles nervos mais frequentemente acometidos, com finalidade de detecção precoce de alterações, prevenindo as incapacidades. Muitas vezes, no momento do diagnóstico já se encontram seqüelas graves, denotando diagnóstico tardio da doença.

3.1.3 Manifestações oftalmológicas

As lesões se localizam no espaço anterior abarcando as seguintes estruturas oculares: córnea, conjuntiva, esclera, íris, cílios e supercílios, aparelho lacrimal e a úvea (SOUZA, 2000).

As lesões do globo ocular e dos seus anexos podem ser causadas pela presença do bacilo nas estruturas oculares e seus anexos, seguida da resposta inflamatória, episódios agudos da reação Tipo II, às vezes, do Tipo I e lesão neural do V e VII pares cranianos. O 5º par craniano ou nervo trigêmeo é essencialmente sensitivo, divide-se em oftálmico, mandibular e maxilar. Responsável pela dor, tato e temperatura dos olhos, nariz, boca, dentes e língua. Sua lesão causa diminuição da sensibilidade da córnea e do nariz. O sétimo nervo craniano ou facial é composto de fibras sensitivas, motoras e autônomas, que são responsáveis pela estimulação das glândulas lacrimais, nasais e salivares. Sua lesão na hanseníase acarreta a diminuição da força muscular dos olhos, ressecamento ocular e nasal (LEHMAN *et al.*, 1997).

Conforme Vieth, Salotti e Passerotti (1996), as patologias oculares mais encontradas na hanseníase são: blefarocalase, ectrópio, entrópio, epífora, hansenomas, lagoftalmo, madarose e triquíase.

As incapacidades relacionadas às patologias oculares podem ser encontradas já no período do diagnóstico como: paralisia facial do tipo periférico unilateral ou bilateral, ou paralisia do ramo orbicular do nervo zigomático, provocando o lagoftalmo, epífora e exposição da córnea (ARAÚJO, 2003).

3.1.4 Manifestações orais e otorrinolaringológicas

As manifestações orais e otorrinolaringológicas envolvem cavidade oral, nariz, faringe e laringe.

No que tange à cavidade oral, as gengivas, o palato duro, o palato mole e a úvula podem ser acometidos nas formas multibacilares não tratadas e com diagnóstico tardio. Santos *et al.* (2000), realizaram um estudo em São Paulo, examinando a mucosa bucal de doentes hansenianos com o objetivo de detectar possíveis alterações específicas e não-específicas. Examinaram 175 pacientes submetidos à poliquimioterapia (PQT), sendo 134 (76,57%) multibacilares, dos quais 93 (53,13%) na forma virchowiana (MHV) e 41 (23,43%) paucibacilares. Nenhum dos 175 pacientes examinados apresentou lesões específicas, sendo observadas 76 alterações não-específicas em 65 pacientes representadas por 23 tipos diferentes.

Quanto ao nariz, cabe ressaltar que a mucosa nasal é ambiente de ingresso do bacilo ao organismo, onde se encontram hansenomas e infiltrações. A obstrução nasal e epistaxe são freqüentes nas formas multibacilares, podendo apresentar congestão, sangramento, ulceração e finalmente perfuração com possibilidade de esmagamento do dorso nasal, que ocorre muitas vezes pela tentativa de retirada de crostas e secreções pelo paciente que pode produzir traumatismos no nariz causando infecção e necrose da área (BRASIL, 2001).

Segundo o Guia de Atención Integral para la Lepra (1997), antes do tratamento com sulfonas era freqüente o comprometimento em faringe e laringe nos

pacientes virchowianos. Inicialmente o paciente apresentava disfonia e em casos extremos ocorria a obstrução da via respiratória requerendo a traqueostomia. Atualmente estas lesões são incomuns.

3.1.5 Manifestações ósseas

Segundo Duerksen e Virmond (1997), a hanseníase multibacilar virchowiana não tratada pode afetar os pequenos ossos que formam o nariz — vômer, etmóide, espinha nasal — assim como as paredes alveolares do maxilar e sua crista mediana. Ademais, afeta as falanges das mãos e os ossos do tarso. Trata-se de lesões destrutivas, erosivas e osteolíticas com predomínio sobre as regiões epifisárias, produzindo reabsorção óssea importante. Também pode ocorrer necrose óssea e lesões ósseas neuropáticas.

3.1.6 Estados reacionais

Representam episódios inflamatórios que se intercalam no curso crônico da hanseníase. Estão relacionados à destruição bacilar pelo sistema imunológico do paciente ou pelo tratamento. Podem surgir antes, durante o tratamento ou após a alta. Devem ser prontamente diagnosticados e tratados, pelo poder incapacitante que pode se estabelecer.

Podem ser desencadeados por infecções, gestação, distúrbios emocionais dentre outros e quando diagnosticados durante o tratamento polioquimioterápico não há necessidade de interromper o tratamento.

Os episódios reacionais podem incidir em qualquer uma das formas clínicas, sendo rara sua detecção na forma indeterminada.

“Não é infreqüente que os sinais e sintomas que acompanham as reações motivem a busca de auxílio médico e, ainda, que o surto reacional esteja presente no momento do diagnóstico da hanseníase (LOCKWOOD *et al.*, 1993 *apud* FOSS *et al.*, 2003, p. 4)”.

Os estados reacionais se classificam em dois tipos: Tipo 1 ou reação reversa (RR) e tipo 2 ou eritema nodoso hansênico (ENH).

A reação do Tipo 1 ou reação reversa (RR) é entendida como sendo uma resposta positiva do organismo na tentativa de destruir o bacilo. Tende a surgir mais precoce no tratamento, entre o segundo e o sexto mês, ocorrendo com mais frequência nos pacientes com hanseníase dimorfa e tuberculoide. Clinicamente se apresenta por exarcebações das lesões pré-existentes, que se tornam edemaciadas, eritematosas, brilhantes podendo chegar à ulceração. Os sintomas sistêmicos variam. Surgem lesões novas a distancia e as neurites se mostram freqüentes, podendo ser a única manifestação da doença. Pode evoluir sem dor e espessamento do nervo, mas há alteração da força motora e da sensibilidade diagnosticada ao exame físico, mesmo sem queixa do paciente. Pode ocorrer o aparecimento brusco de mão em garra e pé caído. Os nervos mais acometidos são o ulnar e mediano em membros superiores, fibular comum e tibial posterior nas pernas e grande auricular no segmento cefálico.

Gallo *et al.* (1997 *apud* FOSS *et al.* (2003, p. 5) referindo-se à epidemiologia nos casos de RR, informam que:

Cerca de 8% a 33% dos indivíduos com hanseníase podem ser acometidos por RR 7(D). No Brasil, dos pacientes multibacilares, seguidos por seis anos pós-tratamento, 74% apresentaram episódios reacionais, sendo 29% de RR, 25% de ENH e 20% de neurite isolada¹⁷(B). Outro estudo controlado e comparativo de dois esquemas terapêuticos mostrou que 50% dos pacientes tratados com o regime de poliquimioterapia (PQT/OMS) apresentaram reações hansênicas, entre estas 17,1% de RR, 30% de ENH e 2,8% de neurite isolada. A ocorrência das manifestações reacionais foi significativamente menor com regime PQT/OMS comparada àquela observada com regime preconizado anteriormente pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde (DNDS).

A ocorrência de sinais de atividade clínica da hanseníase após alta por cura, é considerada recidiva. O paciente deverá reiniciar o tratamento. Muitas vezes é difícil distinguir entre recidiva e reação reversa tardia, pois as lesões de pele são muitas vezes parecidas nas duas, sendo essencial fazer a identificação correta para instituir o tratamento adequado.

Algumas das recomendações para diferenciação para diferenciação entre reação reversa e recidiva encontram-se relacionadas no Quadro2:

Características	Reação Reversa	Recidiva
Período de ocorrência	Freqüente durante a PQT e nos primeiros seis meses. Menos freqüente no período de dois a três anos, após o término do tratamento.	Em geral, período superior a dois anos, após o término da PQT.
Surgimento	Súbito e inesperado.	Lento e insidioso.
Lesões antigas	Eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas.	Algumas podem apresentar bordas eritematosas.
Lesões recentes	Em geral, surgimento de várias lesões.	Poucas.
Ulceração	Acentuação das alterações e ulceração.	Raramente há ulceração.
Regressão	Presença de descamação.	Ausência de descamação.
Comprometimento neural	Maior número de troncos nervosos envolvidos; rapidamente sobrevêm a dor e perturbações sensitivo-motoras.	Poucos troncos nervosos; perturbações sensitivo-motoras ocorrem, em geral, mais lentamente.
Resposta a corticoesteróides	Excelente.	Não pronunciada.

Fonte :Adaptado do Manual para o Controle da Lepra, OMS, 2 ed.

A reação do Tipo II ou eritema nodoso hansênico é observada com maior freqüência nos virchowianos, podendo ser encontrada também na forma dimorfa. Em geral aparece após seis meses de tratamento. Na pele, a lesão típica é o eritema nodoso que se caracteriza por lesões eritematosas, dolorosa, de tamanhos variados, incluindo pápulas e nódulos, localizados em qualquer região da pele. Em alguns casos o quadro reacional evolui com neurite, orquite, iridociclite, edema de mãos e pés, dores articulares, febre, alteração hepática dentre outras. De acordo com o comprometimento sistêmico, o paciente pode apresentar graus variados de gravidade. Atualmente com o tratamento polioquimioterápico, verifica-se diminuição da freqüência da intensidade da reação Tipo II.

Em termos epidemiológicos, verifica-se que os episódios de ENH, mais freqüentemente, ocorrem no primeiro e segundo ano de PQT, podendo persistir por anos. Todavia, cabe lembrar “que a reação ENH pode ocorrer previamente ao tratamento específico e ser uma manifestação presente no momento do diagnóstico de hanseníase” (FOSS *et al.*, 2003, p. 10). O mesmos autores ainda apresentam as principais diferenciações clínicas entre RR e ENH, transcritas no Quadro 3:

Quadro 3: Principais distinções clínicas entre ENR e RR

Sinais e Sintomas	RR	ENH
Manifestações cutâneas	Associadas às lesões prévias: Eritema, edema / intumescimento e infiltração. Surgimento de lesões satélites em áreas adjacentes. Descamação, às vezes, ulceração. Edema acral e facial.	Distribuição simétrica dissociada de lesões prévias: pápulas, nódulos e placas dolorosos. Descamação central. Lesões hemorrágicas, vesicobolhosas, pustulares e ulcerativas.
Manifestações neurológicas	Espessamento neural. Dor no território de distribuição do nervo. Distúrbios da função neural motora e/ou sensitiva, com ou sem sintomas de dor. Redução da força muscular e paralisia progressiva.	
Condições gerais do paciente	Boa; sem febre.	Mal estar geral; febre alta.
Formas clínicas	Formas dimorfas: D	Formas multibacilares: D e V.
Olhos	Fraqueza de pálpebras, dificuldade para fechar.	Irite e iridociclite.

Fonte: Foss et al., 2003, p. 10

As recomendações, frente a suspeita de reação hansênica, são as seguintes: 1) Diferenciar o tipo de reação hansênica; 2) Estabelecer a extensão do comprometimento de órgãos e sistemas; 3) Não suspender o tratamento polioquimioterápico, caso esteja em uso; 4) Planejar e instituir, precocemente,

terapêutica que impeça a instalação da incapacidade; 5) Conhecer os efeitos adversos dos medicamentos empregados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais; 6) Internação hospitalar e colaboração de outras especialidades diante de casos graves, particularmente, aqueles com acentuado comprometimento de múltiplos órgãos, ou com dificuldades no diagnóstico e/ou na terapêutica. O cumprimento destas premissas permitirá o manuseio clínico-terapêutico adequado e o sucesso no controle dos episódios reacionais com recuperação ou o mínimo de danos neurais (FOSS *et al.*, 2003).

3.2 Tratamento: prevenção e controle das incapacidades

Mesmo apresentando uma importante diminuição da taxa de prevalência da hanseníase nas últimas décadas, o Brasil ainda apresenta um grande número de casos da doença, sendo considerado como problema de saúde pública.

O Ministério da Saúde traçou metas com a finalidade de reduzir o número de casos para 1 em cada 10.000 habitantes, baseado na proposta da OMS, o que levará a uma redução da fonte de infecção, fazendo com que a doença desapareça naturalmente ao longo dos anos.

Uma das propostas é assegurar que as atividades de controle da doença estejam disponíveis a todos os indivíduos nos serviços de saúde do seu município, de preferência mais próximo de sua residência, dando acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

O tratamento da hanseníase abrange: quimioterapia específica, supressão dos surtos reacionais, prevenção de incapacidades físicas, reabilitação física e psicossocial. Este conjunto de medidas deve ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública ou particular, mediante notificação de casos à autoridade sanitária competente. As ações de controle são realizadas em níveis progressivos de complexidade, dispondo-se de centros de referência locais, regionais e nacionais para o apoio da rede básica. O Ministério da Saúde regulamenta o tema através da

portaria de número 1073/GM, publicada em 28/09/2000 no Diário Oficial da União (ARAÚJO, 2003).

O tratamento da hanseníase está intrinsecamente associado ao controle da doença, especialmente quando passou a ser realizada a PQT, em 1982, que é a combinação dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina (BRASIL, 2001).

A OMS (2005) anunciou no dia 7 de novembro de 2005 que o laboratório farmacêutico suíço 'Novartis' manterá seu fornecimento gratuito de medicamentos para o combate a hanseníase até o final de 2010, em virtude da prorrogação de um acordo entre as entidades. O rápido avanço nos últimos anos na luta contra a doença se deve à melhor cobertura do atendimento e à integração dos tratamentos nos sistemas gerais de saúde, tanto que, nos últimos 20 anos, mais de 14 milhões de pessoas se curaram graças ao tratamento composto por vários remédios doados pela Novartis, inclusive disponíveis nos países onde a hanseníase é uma doença endêmica.

Na indicação do esquema terapêutico deve-se levar em conta toda a história clínica do paciente, com especial atenção para alergias a medicamentos, interação de drogas, e doenças associadas. A definição do esquema depende da classificação final do caso, se paucibacilar ou multibacilar. As drogas usadas nos esquemas padronizados pela OMS e MS são a rifampicina (única bactericida dos esquemas padrão), dapsona e clofazimina. Os esquemas poliquimioterápicos têm como princípio a associação de drogas, pois associadas evita-se a resistência medicamentosa do bacilo que ocorria com frequência quando se usava apenas um medicamento. Para crianças o tratamento é o mesmo, porém com doses ajustadas para a idade

O fornecimento da medicação é gratuito em todo o País e deve estar disponível nas Unidades de Saúde.

O Quadro 4 mostra os esquemas padronizados.

Quadro 4: Esquema poliquimioterápico padrão (PQT/OMS)

Drogas/seguimento/alta	Paucibacilar PQT/PB – 6 doses	Multibacilar PQT/MB – 12 doses
Rifampicina (RFM)	600mg dose mensal supervisionada	600mg dose mensal supervisionada
Dapsona (DDS)	100mg dose diária auto-administrada + uma dose mensal supervisionada	100mg dose diária auto-administrada + uma dose de 100mg supervisionada
Clofazimina (CFZ)	-	300mg dose mensal supervisionada + 50mg dose diária auto-administrada ou 100mg em dias alternados auto-administrada
Seguimento do caso	Comparecimentos mensais para a dose supervisionada; revisão dermatoneurológica na 6ª dose	Comparecimentos mensais para a dose supervisionada; revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses
Crítérios para alta	Alta por cura, após a 6ª dose, que pode ser feita em até 9 meses, independente do nº de faltas consecutivas.	Alta por cura, após a 12ª dose, que pode ser feita em até 18 meses, independente do nº de faltas consecutivas.

Fonte: adaptado da Portaria nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000 (Ministério da Saúde).

Os casos multibacilares avançados, com infiltração exuberante da pele e que apresentem pouca melhora com as 12 doses, deverão receber 24 doses em até 36 meses, conforme demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5: Esquema de poliquimioterapia para multibacilares (PQT/OMS) em 24 doses

Drogas/seguimento/alta	Multibacilar PQT
Rifampicina (RFM)	600mg dose mensal supervisionada
Dapsona (DDS)	100mg dose diária auto-administrada
Clofazimina (CFZ)	300mg dose mensal supervisionada + 50mg/dia ou 100mg/dias alternados, auto-administrada.
Seguimento do caso	Comparecimento mensal para a medicação supervisionada; Revisão dermatoneurológica na 12ª e 24ª doses
Crítérios para alta	Alta por cura, após a 24ª dose, que pode ser feita em até 36 meses, independente do nº de faltas consecutivas.

Fonte: adaptado da Portaria nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000 (Ministério da Saúde).

Existem tratamentos alternativos, disponíveis nos centros de referência, para pacientes com impossibilidade de usar os esquemas padronizados, incluindo o esquema ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina) para tratamento de lesão única de pele em pacientes paucibacilares.

As lesões cutâneas poderão apresentar complicações secundárias, como infecção local, devendo ser efetuado o tratamento clínico da patologia. No tratamento tópico dessas lesões poderão ser empregados vários produtos, tais como: - sulfadiazina de prata e nitrato de cério, - colagenase, - fibrinolisa, - ácido linoléico, - ácido ricinoléico, - papaína, - hidrogel e - alginato de cálcio (LESÃO, 2006).

No que diz respeito à expansão dos conhecimentos sobre a hanseníase, Virmond e Vieth (1997, p. 358) afirmam que:

[...] a preponderância dermatológica cedeu espaço a outras áreas do conhecimento médico, tais como a Neurologia, a Imunologia, a Genética e a Cirurgia. Do ponto de vista de saúde pública, a hanseníase não conta com possibilidade de prevenção primária, como ocorre com a poliomielite ou outras doenças infecciosas, uma vez que a vacina para a hanseníase ainda se encontra no terreno experimental e, até o momento, sem futuro garantido. As melhorias nas condições sócio-econômicas e sanitárias da população constituem as medidas preventivas disponíveis, ainda que de difícil implementação.

O termo prevenção tem sido empregado ampla e contraditoriamente em hanseníase, associado a medidas que evitem o aparecimento das incapacidades ou, uma vez estas presentes, a medidas que previnam sua deterioração. Tal paradoxo se deve

[ao] fato de que esta doença está inclusa naquelas de interesse da saúde pública, exatamente devido ao seu alto potencial incapacitante. Entretanto, os esforços das políticas de saúde concentraram-se quase que exclusivamente no diagnóstico precoce e no seu tratamento. De fato, esta estratégia visava à interrupção da cadeia de transmissão, o que, do ponto de vista epidemiológico, é correto. Mas, como a incapacidade se encontra muito próxima do diagnóstico, a possibilidade de sua instalação é mais ligada ao tempo do que às ações médicas de controle (VIRMOND e VIETH, 1997, pp. 358-359).

Desse modo, é imprescindível corrigir tal distorção, elevando as ações de prevenção de incapacidades ao seu lugar de direito e necessidade, ou seja, principiá-las no momento do diagnóstico da doença, assim como sugerem Virmond e Vieth (1997, p. 359), em formatação aqui adaptada:

Quadro 6: Conceitos básicos

Ação	Descrição
Prevenção de incapacidades em hanseníase	Medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais, espirituais e sócio-econômicos. Nos casos de danos já existentes, a prevenção significa medidas visando evitar as complicações.
Reabilitação em hanseníase	Processo que visa corrigir e/ou compensar danos físicos, emocionais, espirituais, sócio-econômicos, considerando a capacidade e necessidade de cada indivíduo, adaptando-o à sua realidade.
Objetivo geral de prevenção de incapacidades em hanseníase	Proporcionar ao paciente, durante o tratamento e após alta, a manutenção ou melhora, de sua condição física, sócio-econômica, emocional e espiritual, presente no momento do diagnóstico da hanseníase.
Prevenção de incapacidades no tratamento da hanseníase	A prevenção de incapacidade (PI) é parte integrada das ações de controle em hanseníase; deve fazer parte de todos os treinamentos e supervisões evitando assim a criação de programas de PI isolados. É uma atividade que precisa ser realizada por todos os profissionais, responsáveis pelo atendimento ao paciente e pela comunidade.

Fonte: Virmont e Vieth, 1997 p. 359

Nas últimas décadas, entre os grandes avanços no controle da hanseníase, a introdução dos esquemas de tratamento com PQT destaca-se como um dos mais expressivos. Uma nova perspectiva de cura se apresentou a médicos e pacientes e sua implementação causou importantes modificações no processo de controle da doença e, particularmente, nas relações entre os pacientes e a equipe

de saúde. Após a introdução da poliquimioterapia, tem-se associado a ela uma significativa diminuição da ocorrência de incapacidades (VIRMOND e VIETH, 1997).

A OMS (1995) estima que, em mais de 1,5 milhões de pacientes, o uso de PQT tenha contribuído efetivamente para a prevenção de incapacidades. Ainda que esta estimativa possa ser real, deve ser vista com cautela. Estando o surgimento de incapacidades ligado ao fator tempo, entre outros, não se pode negar que o diagnóstico precoce determina um menor número de pacientes com incapacidades.

Acreditamos que seja esta, inclusive, a melhor forma de prevenção de incapacidades. A melhoria nas condições de atenção ao paciente, com a possibilidade de uma detecção mais precoce de eventos incapacitantes (reações) também auxilia nesta redução (Figura 1). Por outro lado, as drogas da PQT não apresentam intrinsecamente nenhum efeito anti-reacional ou preventivo, de dano neural (VIRMOND e VIETH, 1997, p. 359).

A Clofazimina é reconhecida, pela sua ação, como um antiinflamatório (HASTINGS, 1985 *apud* VIRMOND e VIETH, 1997) mas não está claro seu efeito na prevenção de dano neural. Sem dúvidas, o quadro da hanseníase sofreu modificações drásticas, pois casos avançados não se encontram com muita frequência, particularmente aqueles virchovianos suculentos e deformadores. O próprio estigma da doença vem diluindo, visivelmente, permitindo uma busca mais precoce de atenção, por parte dos pacientes. Estes fatos se explicam pelo novo enfoque da hanseníase como doença curável, pela redução do tempo de tratamento, da atenção extensiva e ambulatorial, por parte do sistema de saúde, da horizontalização do programa de controle e dos esforços das campanhas de educação em saúde, na comunidade.

A prevenção de incapacidades sempre foi relegada a um plano secundário. A prioridade concentrava-se no diagnóstico precoce e tratamento adequado. Os recursos não deveriam ser utilizados nas ações de prevenção, em detrimento do controle epidemiológico da doença. No Brasil, já, há muitos anos, as autoridades em Dermatologia Sanitária incluíram a prevenção de incapacidades como parte indissociável do diagnóstico e tratamento (Quadro 7). Porém, na prática, esta norma nunca foi efetivamente executada, ainda que não se possa negar, o

empenho das autoridades do Ministério da Saúde na promoção das ações de prevenção, com seus módulos de treinamento, nas supervisões, seus manuais e seu apoio institucional à causa. Entretanto, o Ministério da Saúde não é o efeto da prevenção. As equipes de saúde o são, e estas encontram dificuldades para executá-las, seja pela não priorização local destas ações, por falta de treinamento, por falta de material adequado, falta de tempo ou descrédito nas ações (VIRMOND e VIETH, 1997).

Quadro 7: Componentes da prevenção de incapacidades em hanseníase

• Diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT e aplicação de BCG em contatos.
• Detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites
• Apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais).
• Realização de autocuidados
• Educação em Saúde

Fonte: Virmond e Vieth, 1997

O paciente deve ser acompanhado durante o tratamento, visando o aparecimento de intercorrências (efeitos colaterais de medicamentos e estados reacionais), como também após o tratamento, tendo em vista estados reacionais e recidivas. Deve-se, pelo potencial incapacitante da doença, desde o momento do diagnóstico, avaliar e acompanhar o comprometimento neural através do exame físico para identificação precoce de incapacidades, visando tratamento adequado para impedir evolução e instalação de deformidades.

Portanto, o tratamento adequado das complicações da hanseníase, incluindo reações e neurites, pode prevenir ou minimizar o aparecimento de outras incapacidades. A doença e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os pacientes e suas famílias em muitas sociedades, aspectos abordados no título seguinte deste estudo.

4 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS E ECONÔMICOS

4.1 Estigma e Preconceito

A hanseníase é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma doença endêmica em áreas em desenvolvimento, historicamente marcada pelo medo, estigma e exclusão social, principalmente devido às incapacidades físicas.

O isolamento e o preconceito característicos da hanseníase já eram mencionados na Bíblia Sagrada — “parábola do rico e Lázaro” — este que tinha o corpo coberto de chagas, comia restos do banquete de um abastado da época e só tinha o cão como companheiro para lambe-lhe as feridas (LUCAS, 16-19: 31).

Na Bíblia já há referências do isolamento confinado ao vale dos leprosos, para onde eram levados os doentes. Eram vales ou depressões que possuíam uma única entrada, vigiada por guarda e abastecidos pela cidade à distância para evitar o contato. Ali os doentes ficavam até a morte, podendo apenas se comunicar a distância com parentes que os fosse visitar (SILVA, 2002, p. 47).

Desde então, foi estabelecida uma cultura de discriminação e estigmas, de resistência a mudanças socioculturais que, por consequência, afetam o desenvolvimento de uma nação.

Na França, milhares de doentes foram queimados nas fogueiras. O doente recebia um par de luvas e uma espécie de sino para anunciar sua chegada a lugares públicos. Milhares de pessoas foram expulsas das comunidades, ingressando nas colônias de leprosos ou mendigando na periferia das cidades (UJVARI, 2003).

Tal procedimento foi substituído pela internação, no século XIX, adquirindo recortes de disciplina, que individualizava os excluídos, assim fortalecendo o estigma relacionado à hanseníase. Sobre isto, Foucault descreve alguns detalhes:

De um lado, pestilentam-se os leprosos; impõe-se aos excluídos a tática das disciplinas individualizantes, e de outro lado, a universalidades dos controles disciplinares permite marcar quem é 'leproso' e fazer funcionar contra ele os mecanismos dualistas da exclusão. A divisão constante do normal e do anormal, a que todo indivíduo é submetido, leva até nós, e aplicando-os a objetos totalmente diversos, a marcação binária e o exílio dos leprosos; a existência de todo um conjunto de técnicas e de instituições que assumem como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais faz funcionar os dispositivos disciplinares que o medo da peste chamava. Todos os mecanismos de poder que, ainda em nossos dias, são dispostos em torno do anormal, para marcá-lo como para modificá-lo, compõem essas duas formas de que longinquamente derivam (FOUCAULT, 2002, p. 36).

No Brasil, os doentes eram vítimas de internação compulsória, prática esta mantida até 1976. Dos 101 antigos hospitais colônias do país, 33 ainda estão em atividade e abrigam antigos doentes que passaram a vida nas colônias e hoje não têm para onde ir. O aspecto humanista só passou a ter espaço recentemente (PEREIRA, 2004).

Opromolla afirma que as condições sócio-econômicas, a alimentação e os hábitos pessoais interferem na contaminação: "Quanto maior o número de pessoas vivendo aglomeradas, como em favelas, maior o risco de contaminação"...

Como bem expressa Lúcia Maria Frazão Helene, doutora em Enfermagem e Maria Josefina Leuba Salum, doutora em Fisiologia Humana, uma abordagem da hanseníase, principalmente relacionando-a as alterações sociais do século atual, é melhor fundamentada a partir da história social da doença na América Latina, que foi retomada no final da década de 1960, período em teve início uma das mais marcantes crises capitalistas do século XX, conforme mencionado em estudos realizados por Breilh (1991) e Laurell (1989) (HELENE e SALUM, 2002).

Os estudos do México e do Equador foram determinantes para colocar em análise a integração entre o biopsíquico e o social. Nesse sentido, o campo da saúde coletiva tem recebido a contribuição de diversos autores que têm se dedicado a realizar estudos que buscam associar trabalho/vida e saúde. Podemos citar, por exemplo, a produção intensiva do grupo de pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas, os quais propuseram um modelo teórico hierarquizado que privilegia o conceito de classe social e que integra mediadores das formas de trabalhar e de viver para explicar os fenômenos biopsíquicos (FACCHINI, 1995; LOMBARDI *et al.*, 1988; VICTORA *et al.*, 1991 *apud* HELENE e SALUM, 2002, p. 103).

De acordo com Velloso e Andrade (2002), o termo hanseníase foi adotado em 1976, segundo recomendação da Conferência Nacional de Saúde, posteriormente determinado pela Lei nº 9.010, de 30 de março de 1995, quando as expressões 'lepra' e seus derivados foram proscritos, cuja finalidade é reduzir a discriminação e o preconceito sobre a doença. O Ministério da Saúde, apoiando tal objetivo, iniciou atividades educativas, criou Centros de Referência de Reabilitação Física e Social e passou a promover a capacitação de alguns técnicos em prevenção e tratamento das incapacidades físicas daqueles acometidos pela hanseníase.

Referindo-se a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapua, Fontoura, Barcelos e Borges (2003, p. 398) esclarecem que o estudo por eles realizado, acrescente-se, de grande contribuição para a reconstrução da memória da Instituição, bem como da própria hanseníase, também é entendido como:

[...] um mecanismo estratégico de luta de diferentes interesses, isto é, serve como uma ferramenta na busca pela inversão de um modelo de saúde de exclusão, alicerçado numa perspectiva asilar/segregacionista, para um modelo de saúde sob a ótica da cidadania, que prima pela inclusão dos moradores/usuários do hospital na sociedade.

De fato, outros aspectos encontram-se vinculados à questão do estigma e do preconceito, demonstrando o quanto a falta de conhecimento sobre a hanseníase por parte da sociedade em geral é o principal fator da exclusão, o que é causado e reforçado pelo isolamento de indivíduos acometidos pela doença.

Nesse sentido e retomando a referência ao Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapua, observa-se a necessidade de um trabalho intenso no combate ao estigma e ao preconceito, uma vez que se mantiveram historicamente:

A distância e a saudade de amigos e parentes eram as causas mais freqüentes das evasões. Mas, em determinados casos, os pacientes viam-se obrigados a sair para resolver questões particulares, sem que com isto tivessem a intenção de não retornar à colônia. Diante da negativa de

permissão para sair, viam-se obrigados a fugir. Por vezes formavam-se grupos que planejavam cuidadosamente a fuga. Em outros casos, mais comuns, os pacientes aproveitavam licenças concedidas em datas festivas, como a Páscoa, o Natal e o Ano-Novo, para não retornar. Mas a fuga, mesmo quando não havia a localização por parte do SPL, não era uma garantia de retorno normal ao convívio na sociedade (FONTOURA, BARCELOS e BORGES, 2003, p. 404).

Desse modo, o estigma e o preconceito ainda acompanham o paciente hanseniano, pois, embora órgãos e organizações mundiais esforcem-se no sentido de combater esse grave problema, o rechaço ainda existe, especialmente nos países em que a hanseníase ainda é presente. Por conseguinte, as perdas e danos, aspectos abordados no próximo item deste estudo, não se restringem aos acometidos pela referida doença, pois os países deixam de contar com a produtividade desses indivíduos no mercado de trabalho e, conseqüentemente, no desenvolvimento econômico.

5 A HANSENÍASE SOB A PERSPECTIVA DE PERDAS E DANOS

Não apenas os países latino-americanos são os que constituem o grupo de países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, pois também o são todos os países da África, do Oriente Médio e do Oriente (exceto o Japão e a Coreia do Sul). Esses países apresentam problemas de ordem econômica, política, segurança, insatisfatório Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), entre outros (ARAÚJO JÚNIOR, 2006).

Os estudos clássicos sobre a hanseníase gerados no campo da saúde pública trataram o social como um dos fatores de risco e ofereceram informações rigorosamente sistematizadas sobre alguns aspectos da realidade social que circunscreve a ocorrência dessa doença. O campo da saúde coletiva, por sua vez, procedeu a uma reinterpretação desses fatores, considerando-os como eventos mediadores que integram uma rede de determinação hierarquicamente organizada: os processos sociais assumem caráter central e as manifestações biopsíquicas a eles se subsumem (BREILH, 1991; FACCHINI, 1995; LAURELL, 1983 *apud* HELENE e SALUM, 2002, p. 102).

Desde os anos de 1940, questões sociais, como o padrão de vida e a profissão exercida, foram associados à hanseníase por Becchelli, em 1949 e por Quagliato, em 1951. No final da década de 1980, nas regiões Norte e Nordeste brasileiro, quando a precariedade do trabalho e da vida social atingiu implacavelmente a nossa sociedade, alguns estudos passaram a oferecer suporte à retomada da tese da centralidade do social na rede de determinação que articula trabalho/vida e hanseníase. Britto (1989) e Albuquerque *et al.* (1989) alertam para a disseminação da doença entre jovens menores de 15 anos, assim como Domingos *et al.* (1998) e Queiroz & Duarte (1998) detectaram coeficientes hiperendêmicos para essa mesma faixa etária, associados a indicadores de pobreza em dois estados brasileiros (*apud* HELENE e SALUM, 2002).

Em matéria apresentada em texto e fotos, a precariedade das condições em que vivem muitos hansenianos no Brasil, Schneider (2007, p. 2) assim se

manifesta sobre a doença: “É, em poucas e duras palavras, uma doença de pobres, famintos e desassistidos”.

Em 1991, os países-membros da OMS assinaram em Hanói em carta-compromisso de eliminação da hanseníase até o ano 2000. Naquela época, eram 122 países endêmicos e a OMS comprometia-se em financiar totalmente os programas de eliminação da doença nesses países. Em 2000, apenas 14 países, entre eles o Brasil, não conseguiram cumprir a meta, pedindo mais cinco anos para que a doença fosse controlada. Ao final do segundo prazo, ou seja, em 2005, nove países — Angola, República Democrata do Congo, República Centro-Africana, Índia, Madagascar, Moçambique, Nepal, Tanzânia e Brasil — descumpriram mais uma vez o compromisso junto à comunidade internacional. A OMS, diferentemente, segue cumprindo o seu (SCHINEIDER, 2007).

No início de 2005, o número de casos de hanseníase detectados era de 286 mil, o que representa uma queda de 38% em relação ao ano anterior. No entanto, o mal continua sendo um problema de saúde pública no Brasil e em outros oito países, dos quais seis são africanos: Angola, República Centro-Africana, Madagascar, Moçambique, Tanzânia e República Democrática do Congo. Também está presente no Nepal e na Índia, onde se registra o maior número de vítimas, cerca de 150 mil (ONU, 2005).

Embora o Brasil tenha apresentado uma importante redução da taxa de prevalência da hanseníase, de 18,5 para 3,88 de 1990 a 2003, apresentou um aumento na taxa de detecção neste mesmo período, de 1,89 para 2,39 casos, para cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2004).

Para Opromolla, a falta de informação contribui para que algumas pessoas não procurem ou abandonem o tratamento da hanseníase, ou seja, essas pessoas desconhecem que é uma doença como outra qualquer, identificando-se a diferença no preconceito. O primeiro sintoma é o surgimento de manchas dormentes, esbranquiçadas ou avermelhadas, sem sensibilidade ao calor e à dor e, se não há o tratamento adequado, a bactéria atinge o sistema nervoso periférico, o

que resulta em lesões motoras e deformidades irreversíveis que podem levar a amputação de extremidades (*apud* RIGHETTI, 2004, p. 17).

Mesmo com uma maior precocidade atual do diagnóstico no Brasil, de acordo com a redução da incapacidade física dos casos, de 15,9 para 7,07%, cerca de três mil pessoas ainda apresentam deformidade física por hanseníase a cada ano (ANDRADE e ALBUQUERQUE, 1996 *apud* CUNHA *et al.*, 2007).

Cunha *et al.* (2007), de acordo com alguns autores, afirmam que uma prevalência oculta da hanseníase poderia justificar o quadro.

Recentemente esta prevalência oculta foi demonstrada no Estado do Acre através do incremento de mais de 100% no número de casos diagnosticados em apenas três dias de exame dermatológico de massa (OLIVEIRA *et al.*, 2004, p. 79).

Para Ignotti (2004), as principais estratégias para o diagnóstico precoce da doença não se resumem à informação sobre a doença e ao exame dos contatos domiciliares dos casos novos diagnosticados.

Porém,

O descaso das políticas públicas brasileiras com o futuro é refletido e intensificado quando se olha para o passado, para as pessoas que ficaram para trás nesse rastro de mutilação e abandono deixado pela doença. Em dados cuja exatidão é quase impossível de ser obtida (o Brasil sequer mantém estatísticas em relação a pacientes seqüelados), estima-se que mais de 10.000 pessoas ainda vivam hoje nessa fresta da história do país. São homens e mulheres, já em sua maioria na faixa dos 70 anos, que ainda lutam para terem reconhecido um direito elementar que assiste a qualquer recém-nascido: o direito à dignidade humana (SCHNEIDER, 2007, p. 2).

Lira (2003) evidenciou que o impacto da Hanseníase no mundo da vida das pessoas atingidas pelas formas multibacilares da doença tem uma ampla dimensão simbólica, que torna complexa a percepção de cura, passando a ser entendida como um processo dinâmico de representação e significação da experiência de vida, e não apenas uma realidade biomédica centrada no êxito terapêutico.

Segundo Ujvari (2003), a disseminação das doenças é favorecida por uma série de fatores, como a criação de uma nova rota de comércio, a abertura de

uma estrada, o aparecimento dos conglomerados urbanos, a falta de saneamento, o surgimento da agricultura e as migrações e movimentações em busca de novos conhecimentos.

Nesse sentido, a hanseníase passaria a ser entendida como doença crônica, caracterizada por ameaças e perdas acumuladas ao longo do tempo que atingem o fluxo normal da vida diária do acometido, marcando, de forma inextinguível, a sua história de vida, que se encontra assimilada pela enfermidade (KLEINMAN, 1988 *apud* PINTO, 2004).

O autor ressalta que

[...] somente através de um entendimento dos mundos particulares de sofrimento e da forma como eles são modelados pelas mudanças culturais e na política econômica é que podemos entrar em acordo com a complexidade das experiências humanas que subscrevem a saúde (KLEINMAN, 1995, p. 86 *apud* PINTO, 2004, p. 2).

Embora a acessibilidade e eficácia da PQT e o fim do isolamento compulsório, um grande número de acometidos pela hanseníase já apresentavam deformidades incontornáveis, incapacitantes. A integração dessas pessoas à sociedade e a participação no mercado de trabalho não foram possíveis devido à falta de políticas públicas voltadas a este fim.

A esse respeito, Marcelo Luciano Vieira (2007) considera:

As agruras que marcam a vida das pessoas que viveram o "exílio sanitário", ultrapassam as relações humanas, e resvalam-se também nas *relações sociais*. De maneira que, as pessoas acometidas pela hanseníase perderam inclusive a possibilidade do que Marx chamou, de realização pelo trabalho, afetando "em cheio" as *relações sociais* [...]. Ademais, outra coisa que pesa muito, é o fato de que as pessoas além de vivenciarem as mazelas causadas pelo isolamento compulsório, ainda passaram a enfrentar também as árduas marcas da exclusão do mercado de trabalho, muitos pelo grande número de deficiências físicas, outros em função da magnitude do preconceito da sociedade.

Farmer (1999) afirma que as doenças infecciosas e a pobreza são as pestes de nossa civilização contemporânea, ao passo em que Helene e Salum

(2002) consideram que a reprodução social da hanseníase está se dando entre as classes sociais em precárias condições de vida.

Quanto ao aspecto laborativo, a restrição funcional limita o mercado de trabalho, suscitando problemas econômicos, nos grupos sociais e nas relações sociais que podem desencadear problemas psíquicos causando estigma e exclusão social.

Simões e Delello (2005) realizaram uma pesquisa exploratória com pacientes inscritos no programa de combate a hanseníase do Centro Municipal de Especialidades de São Carlos-SP, em 2004, considerando o caráter cultural da hanseníase que afeta a inserção do hanseniano na sociedade, concluindo que ainda acontecem mudanças no comportamento social da maioria dos hansenianos, fazendo com que eles se isolem e tenham hábitos que mostram sua baixa auto-estima diante da família, dos amigos e colegas de trabalho. De um total de 43 pacientes, apenas oito concordaram em participar da pesquisa, o que pode legitimar a preferência pelo isolamento.

Cabe lembrar que com o acometimento da parte sensitiva de determinados nervos, o paciente hanseniano fica sem sensibilidade, podendo sofrer traumas, ferimentos, sem sentir dor, levando muitas vezes a lesões graves em ossos, tendões, entre outras. Esta é uma realidade que evidencia o quanto as incapacidades são traduzidas em perdas e danos, ou seja, fatores excludentes.

Até 2004 o Brasil era o segundo país do mundo em prevalência da doença. Onde existiam em torno de 80 mil pessoas infectadas – registro ativo. Em 2005 constituíram os registros do Ministério da Saúde, 38.423 casos novos. Dos quase 80 mil casos, aproximadamente 1/3 desses já sofreu ou sofrerá algum tipo de alteração na visão, segundo a Sociedade Brasileira de Oftalmologia (2004). Além disso, o país registra um caso novo de hanseníase a cada 12 minutos e, por ano, algo em torno de 6% dos casos novos já chega ao serviço de saúde com alguma deformidade física, que poderá deixá-la inapta ao trabalho que exerce.

Tais dados confirmam as perdas e danos que afetam os portadores de hanseníase e o país, revelando uma inter-relação sem resultados satisfatórios.

Muitos indivíduos acometidos, ainda que não apresentem incapacidades e/ou deformidades, isolam-se ou são isolados pelo estigma e preconceito, enquanto a situação dos incapacitados mais contribui para a exclusão.

Assim, muitos perdem a auto-estima; alguns perdem partes do corpo e outros a sensibilidade. O país, por sua vez, perde mais que trabalhadores, pois são seres desumanizados por falta de um exame sistemático que constate a adequação e conformidade aos requisitos estabelecidos pelos acordos firmados com a ONU, com vistas à erradicação da hanseníase.

Portanto, o desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas atingidas pela hanseníase demandaria uma abordagem voltada à dimensão simbólica da enfermidade no mundo do cotidiano dos indivíduos, bem como a organização de redes sociais de apoio neles centradas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto verifica-se que é possível erradicar a hanseníase e, com ela, todas as questões pertinentes as quais são caracterizadas por graves problemas de ordem pessoal e sócio-econômica, pois muitos países obtiveram excelentes resultados nesse sentido.

Ao se abordar a hanseníase observa-se que a maioria dos aspectos revela a perversidade inerente a esse mal. Esse “lugar comum”, ao longo da história, desde a identificação dessa doença, traduz-se em estigma e preconceito. Estes se intensificam pela falta de informação e até mesmo, ao que parece, pelo desinteresse em conhecer o problema. Certamente são de capital importância para a erradicação da doença que sejam divulgadas todas as informações referentes.

Constatou-se que o Governo Federal brasileiro se empenhou ao criar o Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase 2006-2010, buscando atender as metas estabelecidas pela OMS, assim como sancionando a Medida Provisória nº 373, regulamentada pelo Decreto nº 6.618/2007, instituindo Pensão Especial, vitalícia, intransferível e mensal para os hansenianos que foram submetidos a isolamento e internação compulsória em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986.

A capacitação e o aumento da oferta de serviços de saúde prestados por profissionais da rede pública (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais) é outra iniciativa cujas finalidades estão voltadas para o diagnóstico, o tratamento, a inclusão social e a erradicação da hanseníase no Brasil.

Também é verificado o trabalho de voluntários, através do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), que hoje se encontra em atividade em diversas comunidades brasileiras, cujos objetivos se voltam, fundamentalmente, para a erradicação da doença e a inclusão social dos acometidos.

Como se observa, as autoridades do país e até mesmo parte da sociedade civil se empenham em eliminar a hanseníase, mas isto ainda é pouco,

pois são ações parciais e um tanto quanto isoladas. Falta esclarecer a sociedade, seja através da mídia ou do trabalho de agentes de saúde.

Assim sendo, devem ser evidenciados todos os elementos que sustentem a emissão de um parecer, verificando e certificando a qualidade e efetividade da assistência à saúde, com base na fragilidade de controles internos de cada Unidade Federativa/sistema de saúde, os riscos potenciais e o descaso em relação aos hansenianos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vera; PELLEGRINI, Bárbara. **O que mudou na Hanseníase com a NOAS**. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2001.

ARAÚJO JÚNIOR, Arlindo Matos de. **Subdesenvolvimento**, 25/05/06. Disponível em: <<http://www.juliobattisti.com.br/tutoriais/arlindojunior/geografia006.asp>>. Acesso em: 8 set. 2007..

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 36, n. 3, p.373-382.maio/jun. 2003.

BATISTA, Eduardo Ubirajara R. **Orientação Comentada dos Componentes de uma Monografia**. Aracaju: Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe – FANESE, 2006. Disponível em: <<http://www.fanese.edu.br>>. Acesso em: 10 set. 2007.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**: Antigo e Novo Testamento. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2. ed. rev. e atual. no Brasil. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da hanseníase**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. **Fundação Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/pub/GVE/GVE0513A.htm>>. Acesso em: 10 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. FUNASA, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase**: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos. Brasília: Área Técnica de Dermatologia Sanitária, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21643>. Acesso em: 9 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000**. Publicada no D.O.U. - 188-E - p. 18 - Seção 1 - 28 de setembro, 2000.

CUNHA, Mônica Duarte da; CAVALIERE, Flávia Amorim Meira, HERCULES; Flávio Marcondes; DURAES, Sandra Maria Barbosa; OLIVEIRA, Maria Leide Wal-Del-Rey de; MATOS, Haroldo José de. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, maio, vol. 23, nº 5, 2007, p. 1187-1197.

DUERKSEN, F.; VIRMOND, M. **Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase**. Bauru: ALM International, 1997.

EIDT, Leticia Maria. 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. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 76-88, maio-ago 2004.

ELUI, V. M.; OLIVEIRA, M. H. P. Órtese: um importante recurso no tratamento de mão em garra de hansenianos. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, v. 26, n. 2, p. 105-111, jul./dez., 2001.

FONTOURA, A. de A. da; BARCELOS, A. H. F.; BORGES, V. T. Desvendando uma história de exclusão: a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapua. **História, Ciências, Saúde**, vol. 10 (suplemento 1): 397-41. Manguinhos, 2003.

FOSS, N. T.; SOUZA, C. S.; GOULART, I. M. B.; GONÇALVES, H. S.; VIRMOND, M. Hanseníase: Episódios Reacionais. **Projeto Diretrizes**. 4 jul. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: Nascimento da Prisão. 22. ed., Caps. II e III. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2000.

GALLO, M. E. N.; ALVIM, M. F. S.; NERY, J. A. C.; ALBUQUERQUE, E. C. A. Estudo comparativo com dois esquemas poliquimioterápicos (duração fixa) em hanseníase multibacilar – seguimento de $50,32 \pm 19,62$ e $39,70 \pm 19,47$ meses. **Hansen Int**, 22: 5-14, 1997.

GUIA Digital de Doenças Dermatológicas. Hanseníase. **PDAMED**. Publicado em 2005. Disponível em: <<http://www.pdamed.com.br/dermato/pdamed...>>. Acesso em: 3 nov. 2007.

HELENE, Lúcia Maria Frazão; SALUM, Maria Josefina Leuba. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, jan./fev., vol.18, nº1, p.101-113, 2002.

IGNOTTI, E. **O paradoxo dos indicadores de monitoramento da eliminação da hanseníase**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

JOPLING, W. H.; McDOUGALL, A. C. **Manual de hanseníase**. 4. ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1991.

LEHMAN, Linda Faye; ORSINI, Maria Beatriz Penna; FUZIKAWA, Priscila Leiko; LIMA, Ronise Costa; GONÇALVES, Soraya Diniz. **Avaliação Neurológica simplificada**. Belo Horizonte: ALM International, 1997..

LIRA, G. V. **Avaliação da ação educativa em saúde na perspectiva compreensiva: o caso da hanseníase**. 260 f. (Dissertação de Mestrado). Fortaleza: Mestrado Acadêmico em Educação em Saúde, UNIFOR, 2003.

MARIM, Walter Chaves. **Porque somos subdesenvolvidos**. Disponível em: <<http://www.portaldaeconomia.com.br/artigos/.html>>. Acesso em: 8 set. 2007

OLIVEIRA, Ana Carla de; MOURA, Olga Luisa Regis de; SOUSA, Roseanne Maria do Nascimento. **Caracterização Epidemiológica da Hanseníase no Distrito Sanitário II**. Monografia (Graduação em Enfermagem). Recife: Universidade de Pernambuco (UPE); Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), 2002.

OLIVEIRA, M. L. W.; LENZI, M. E. R.; HORTA, I. M.; WOODS, W.; MARQUES, L. B. C. O papel social do dermatologista: importância do diagnóstico precoce da hanseníase e dermatoses de repercussão coletiva. **An Bras Dermatol**, 79 Supl 2, 2004.

OMS. **Estratégia Global para Aliviar a Carga da Hanseníase e Manter as Atividades de Controle da Hanseníase** (Período do Plano: 2006-2010). Tradução do original WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53. Publicado em 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-version.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2007.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

OROZCO, L. C.; SARMIENTO, C.; RODRIGUEZ, G. Historia. In: RODRIGUEZ, G. *et al.* **Lepra**. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, 1996.

PEREIRA, Alessandra. Um mal da Idade Média. **Unifesp Comunicação – Saúde Paulista**: Reportagens, ano 4, nº 12, jan./mar., 2004. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/comunicacao/sp/ed12/hanseníase.htm>>. Acesso em: 8 set. 2007.

PIMENTEL, Maria Inês Fernandes; NERY, José Augusto da Costa; BORGES, Esther; GONÇALVES, Rosângela Rolo; SARNO, Euzenir Nunes. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. **An bras Dermatol**, 78(5):561-568, set./out. Rio de Janeiro, 2003.

PINTO, Vicente de Paulo Teixeira. **Contexto real de vivência da hanseníase**: A imersão de estudantes da Faculdade de Medicina da UFC - Sobral/Ce. In: XIII Encontro de Extensão da UFC, 2004, Fortaleza. Anais do XIII Encontro de Extensão da UFC, 2004..

RIGHETTI, Sabine. Brasil supera Índia em casos de hanseníase. **Cienc. Cult.**, jan./mar., vol. 56, nº1, 2004, p.17-17.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia Científica**: Guia para eficiência nos Estudos. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1998.

SANTOS, Geraldo Gomes dos; MARCUCCI, Gilberto; MARCHESI, Leontina Margarido; GUIMARÃES Jr., Jayro. Aspectos estomatológicos das lesões específicas e não-específicas em pacientes portadores da moléstia de Hansen. **Pesqui Odontol Bras**, v. 14, n. 3, p. 268-272. jul./set. São Paulo, 2000.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, vol. 10, suppl.1, p.415-426, Rio de Janeiro, 2003.

SCHNEIDER, Anderson. Os invisíveis – a hanseníase e seu rastro de dor e abandono no Brasil. **ISOPIXEL** - Revista Eletrônica de Fotografia Documental. 16/09/2007. Disponível em: <<http://www.isopixel.com.br/content/view/29/41/>>. Acesso em: 16 set. 2007.

SILVA, Luiz Antonio Paula e. **À Mercê dos Acusadores**. Um estudo sobre o afastamento e a reinclusão dos militares soropositivos da Marinha, as reproduções da cultura de discriminação e estigmas, a resistência a mudanças socioculturais e suas conseqüências. 73f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2002.

SIMÕES, Maria Jacira Silva; DELELLO, Danieli. Estudo do comportamento social dos pacientes de hanseníase do município de São Carlos-SP. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 7, nº 1, p.10-15, dez. 2005.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/>>. Acesso em: 16 set. 2007.

SOUZA, T. E. F. **Alterações oculares na Hanseníase**. 2002. 77f. Monografia. Faculdade de Enfermagem, UVA, 2000.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Hanseníase**. Manaus: Gráfica Tropical, 1997.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história e suas epidemias**. A convivência do homem com os microrganismos. Rio de Janeiro: Senac Rio; São Paulo: Senac São Paulo, 2003.

VIETH, Hannelore ; SALOTTI, Selma R. Axcar; PASSEROTTI, Sergio. **Guia de Prevenção ocular em Hanseníase**. 2. ed. São Paulo: Instituto Lauro de Souza Lima, 1996.

VIRMOND, Marcos; VIETH, Hannelore. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. **Medicina, Ribeirão Preto**, 30: 358-363, jul./set. 1997.

YAMANOUCHI, A. A.; CARON, C. R., SHIWAKU, D. T. *et al.* Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. **An bras Dermatol**, 68(6):396-404, 1993.