

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
GEOGRAFIA E GESTÃO DE TERRITÓRIO

**A HANSENÍASE E A POLÍTICA DE
SAÚDE EM UBERLÂNDIA**

MÁRCIA MATTOS DORNELES

UBERLÂNDIA/MG

2005

MÁRCIA MATTOS DORNELES

**A HANSENÍASE E A POLÍTICA
DE SAÚDE EM UBERLÂNDIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Geografia.

Área de Concentração: Geografia e Gestão de Território

Orientador: Dr. Júlio César de Lima Ramires (UFU)

Uberlândia/MG

INSTITUTO DE GEOGRAFIA

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de
Catalogação e Classificação - mg / 11/05

D713 Dorneles, Márcia Mattos, 1963-
h

A hanseníase e a política de saúde em Uberlândia / Márcia Mattos Dorneles. - Uberlândia, 2005. -

133f. : il.

Orientador: Júlio César de Lima Ramires.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia.

Inclui bibliografia.

1.Geografia - Saúde - Uberlândia (MG) - Teses. 2. Hanseníase - Uberlândia (MG) – Teses. 3. Políticas públicas - Uberlândia (MG) - Teses. I. Ramires, Júlio César de Lima. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU: 911.3:616.982.21

(815.1*UDI)(043.3)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Márcia Mattos Dorneles

A hanseníase e a política de saúde em Uberlândia

Prof. Dr. Júlio César de Lima Ramires (Orientador)

Prof^a. Dr^a. Beatriz Ribeiro Soares (UFU)

Prof. Dr. Eguimar Felício Chaveiro (UFG)

Data: _____ / _____ de _____

Resultado: _____

À memória de Gutemberg Borges Dorneles, que me levou a acreditar em minhas potencialidades.

A minhas filhas Ananda e Isabela, companheiras valiosas na caminhada empreendida.

A Jorge de Azevedo Mattos e Cacilda Ferreira Mattos, meus pais, por sua aconchegante presença.

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, talvez não me recorde de todas que me incentivaram, me apoiaram e suportaram minhas ausências, angústias, desculpas e conversas sobre a dissertação. Por isso, fica registrado o meu agradecimento a todos.

A principal delas, sem dúvida, foi o meu orientador, professor Dr. Júlio César de Lima Ramires que, mais que orientador, foi amigo e um ser humano espetacular, tranquilizando e apoiando minhas decisões nas horas mais surpreendentes da minha vida.

À minha amiga, revisora e incentivadora nas horas difíceis Adriana Naves Silva, que muito colaborou na finalização do trabalho, auxiliando-me na formatação final do texto, bem como na cansativa tarefa de conferência bibliográfica, e mesmo não estando presente foi a principal personagem para que eu não desistisse de executá-lo, por sua força, coragem e amor pela vida. Ao seu companheiro Antônio Rodrigues do Prado Junior, que também contribuiu ativamente para a execução do trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado em Geografia, doutores Denise Labrea Ferreira, Rosselvelt José Santos e Júlio César de Lima Ramires, pela dedicação em transmitir conhecimentos que foram relevantes para a pesquisa.

Às professoras doutoras Beatriz Ribeiro Soares e Denise Labrea Ferreira pela leitura, observações e sugestões.

Ao professor Dr. João Cleps Júnior, pelas dicas que muito me auxiliaram. E a todos os outros professores do Programa que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização do trabalho.

À coordenadora do Programa de Hanseníase em Uberlândia, Maria Cristina de Ávila Coelho, por sua dedicação e boa vontade na luta contra a hanseníase. A Nádia, Assistente Social, que demonstrou paixão na realização do serviço. A Maria Preta e a todos os exportadores de hanseníase que lutam por dignidade e melhoria dos serviços de saúde.

Aos meus irmãos Jorge e Francisco, minhas cunhadas Sandra e Shirley e todos os meus sobrinhos que preenchem a minha vida e são meus companheiros nas horas difíceis.

A minha amiga Kátia Cristina Nunes Chaves, por escutar minhas angústias e me fazer rir, deixando a vida mais leve.

É mais fácil quebrar o átomo do que um preconceito.

Albert Einstein

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os índices de prevalência e detecção da hanseníase que fazem de Minas Gerais um espaço de reprodução dessa doença, em áreas com expressivo desenvolvimento econômico como Uberlândia. Foi necessário rever a construção social e os estigmas criados em torno da hanseníase em uma perspectiva histórica, assim como a produção e reprodução social da mesma em Minas Gerais, especificamente em Uberlândia, enquanto problema de saúde pública, identificando os impasses e as perspectivas para a eliminação da doença. Foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: levantamento de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde, ao Banco de Dados do DATASUS, OPS (Organização Pan-americana de Saúde); extensa leitura de documentos relativos à Política de Eliminação da Hanseníase Brasil/Minas Gerais/Uberlândia, assim como da história da hanseníase, remontando às referências bíblicas. Para a consolidação das informações no contexto local (Uberlândia), realizaram-se entrevistas com a Coordenadora do Programa de Hanseníase do município, com a Assistente Social da Unidade Básica do Bairro Lagoinha e moradores do mesmo bairro, sempre procurando a conexão entre construção do espaço e percepção da doença. A execução do trabalho de pesquisa proporcionou a certeza de que lidar com assunto tão vasto, que considera não apenas aspectos estatísticos, mas também a vida das pessoas e as políticas públicas, não pode ser delimitado em conceitos e definições de fácil manipulação, visto referir-se a locais privilegiados no cenário nacional, o estado de Minas Gerais e a cidade de Uberlândia, onde contradições e situações de pobreza convivem com a oferta de serviços de saúde de boa qualidade, se comparados ao contexto nacional. Dessa forma, a contribuição desse trabalho consiste em propiciar um momento de reflexão a cerca das questões socioespaciais, históricas e políticas que envolvem a hanseníase.

Palavra-chave: Hanseníase, políticas públicas de saúde, Uberlândia

ABSTRACT

This present work aims to analyze the numbers of prevailing and detection of leprosy that make Minas Gerais an area of reproduction of this disease, in areas with notorious economic development such as Uberlandia. It was necessary to review the social construction and the stigmas created around leprosy with an historical perspective, as well as the social production and reproduction of it in Minas Gerais, specifically in Uberlandia, whilst as a public health issue, identifying the impasses and perspectives for the elimination of the disease. It was adopted the following methodological approach: data gathering from the Health Bureau of Uberlandia, Health Bureau of Minas Gerais, DATASUS database and OPS (Pan-American Health Organization); large research on documents related to the Policy of Extermination of Leprosy in Brasil/Minas Gerais/Uberlândia, as well as the history of leprosy, moving back to biblical references. For the consolidation of information in the local context (Uberlândia), interviews were made with the coordinator of the Leprosy Elimination Program of Uberlandia, with the Social Assistant of the Lagoinha neighborhood Basic Health Unit and people of the same neighborhood, always searching for the connection between space construction and the disease perception. The execution of the research provided the conviction that dealing with such a wide subject, which considers not only statistical features, but also people's life and public policies, cannot be delimited by easily manipulated concepts and definitions, when referring to privileged places nationally speaking, the state of Minas Gerais and the city of Uberlândia, where contradictions and poverty situations live with wide offer of good health-care services, if compared to the whole national context. This way, the contribution of this work consists on providing a moment of reflection about the social-spatial, historical and political questions that involve leprosy.

Key words: Leprosy, public health policies, Uberlândia

LISTA DE FIGURAS

1 – Brasil: Preventórios e Leprosários (década de 1940).....	43
2 – Distribuição da Ufs Segundo Níveis Endêmicos Brasil 2001.....	55
3 – Taxa de Detecção de Hanseníase Minas Gerais 2003.....	76
4 – Taxa de Prevalência da Hanseníase nos Municípios Minas Gerais 2004	76
5 – Localização do Município de Uberlândia no Estado de Minas Gerais.....	85
6 – Minas Gerais Preventórios e Leprosários.....	102
7 – Bairros de Uberlândia 2005.....	105
8 – Bairro Lagoinha 2005.....	106
9 – Minas Gerais Municípios com altas taxas de Prevalência em 2005.....	111

LISTA DE GRÁFICOS

1 – Brasil: Prevalência e Detecção 1985 a 2001.....	50
2 – Prevalência da Hanseníase no Brasil: Macrorregiões 1985 – 2001.....	53
3 – Detecção da Hanseníase no Brasil: Macrorregiões 1985 – 2001.....	53
4 – Taxas de Prevalência e Detecção da Hanseníase em Minas Gerais 1985 a 2002.....	67
5 – Prevalência da Hanseníase de 1985 a 2001 Região Sudeste.....	73
6 – Detecção da Hanseníase de 1985 a 2001 Região Sudeste.....	73
7 – Prevalência da Hanseníase em Minas e Estados Limítrofes, exceto Região Sudeste 1985 a 2001.....	74
8 – Detecção da Hanseníase em Minas Gerais e Estados Limítrofes, exceto Região Sudeste 1985 a 2001.....	75
9 – Prevalência da Hanseníase em Minas Gerais e Estados da Região Sul 1985 a 2001.....	77
10 – Detecção da Hanseníase em Minas Gerais e Estados da Região Sul 1985 a 2001.....	78
11 – Evolução da População de Uberlândia de 1970 a 2003.....	87
12 – População de Uberlândia por Setores Econômicos em 2000.....	87
13 – Arrecadação de ICMS por Setor Econômico Uberlândia 2003.....	88
14 – Uberlândia Empregados Formais Segundo a Escolaridade e a Remuneração em Mínimos (sm) 2001.....	89
15 – Taxa de Detecção da Hanseníase em Uberlândia e Municípios Limítrofes em 2003.....	112
16 – Uberlândia: casos de Hanseníase detectados entre 1997 a 2004.....	113

LISTA DE QUADROS

1 – Doenças ou agravos de notificação imediata ou diária.....	58
---	----

LISTA DE TABELAS

1 – Leprosários no Brasil: Número de Pacientes internados no Primeiro Quartel de 1942.....	44
2 – Demonstrativo dos Municípios Habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica por Região.....	52
3 – Prevalência e Detecção da Hanseníase nos Municípios Prioritários para o Plano de Eliminação de Minas Gerais, segundo dados de 1999.....	69
4 – Municípios de Minas Gerais com maior Taxa de Detecção em 2003.....	70
5 – Exames Positivos-Hanseníase de 2000 a 2002 Por Unidade de Tratamento.....	114
6 – Casos de Hanseníase Detectados e não Detectados no Centro de Saúde Escola Jaraguá no período de 1996 – 2000.....	120

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Capítulo 1: Hanseníase: história e construção social de uma doença	21
1.1 A construção religiosa da ‘lepra’.....	23
1.2 O olhar da ciência sobre a ‘lepra’.....	30
1.3 Trajetória da hanseníase no Brasil.....	32
1.3.1 A campanha higienista e a regulamentação das ações para a lepra.....	34
1.3.2 A política de Getúlio Vargas para a lepra.....	42
1.3.3 O fim da prática do isolamento compulsório e a inserção dos ex-portadores na sociedade.....	45
1.3.4 O Brasil na era da Poliquimioterapia (PQT).....	49
Capítulo 2: A hanseníase em Minas Gerais: a política pública de saúde.....	57
2.1 A hanseníase em Minas Gerais: um breve histórico.....	60
2.2 A eliminação da hanseníase em Minas Gerais nas décadas de 1980/2000: um problema de saúde pública.....	65
Capítulo 3: A hanseníase e a política de saúde pública de Uberlândia.....	83
3.1 A dinâmica econômica de Uberlândia.....	85
3.2 Breve histórico da cidade de Uberlândia.....	89
3.3 A hanseníase em Uberlândia: espaço e doença.....	97
3.3.1 O bairro Lagoinha e a segregação socioespacial dos hansenianos.....	104
3.3.2 Uma análise dos indicadores dos indicadores de detecção e prevalência da hanseníase em Uberlândia.....	111
3.3.3 O Programa de Controle da Hanseníase em Uberlândia.....	114
Considerações finais.....	123
Referências bibliográficas.....	127

INTRODUÇÃO

“O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. O mais exatamente, sem falar de instrumento, o primeiro e mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico do homem é seu corpo” (MAUSS, 1974, p.217). Pode até parecer redundante afirmar a importância que ‘o corpo’ assume no contexto social, afinal, é através dele que o ser humano prova a sua existência, não somente como entidade física, mas também como parte integrante de uma comunidade.

Os grupos sociais, de acordo com a sua vivência, constroem modelos de ‘corpo ideal’ e um arsenal de atividades e ‘técnicas corporais’ que objetivam disciplinar o corpo e torná-lo resistente para a execução de tarefas, melhorando a competência dos indivíduos e, conseqüentemente, sua capacidade produtiva, além de aprimorar a expressão corporal fundamental para as manifestações culturais, esportivas e religiosas presentes em todas as sociedades. O corpo ganha prestígio e ornamentos para se tornar desejável e muitas vezes invejável, e ter um corpo apresentável, de acordo com os requisitos sociais, é expressivo para a inserção do indivíduo no grupo social. Isso é bastante presente e se mostra de forma natural, pois desde o nascimento, as crianças observam e imitam o comportamento dos adultos, que serão reforçados pelo processo educativo que veicula os procedimentos disciplinares e as regras de conduta da sociedade.

O corpo, assim pensado, assume um valor absoluto para a existência e sobrevivência dos grupos sociais, uma vez que é através dele que o ser humano expressa toda a sua capacidade de trabalho. E quando exposto às doenças, fica evidente a vulnerabilidade desse instrumento, incapacitado de atender com desenvoltura os atributos a ele conferidos, resultando em ônus social. Estratégias para combater o mal passam a empreender recursos e obter significativo espaço nesse contexto. Talvez, em momentos como esse, as representações

simbólicas da doença começam a ser elaboradas como meio de justificar, legitimar e minimizar o dispêndio social, e também de amenizar o desconforto e a insegurança frente a uma situação aparentemente individual, mas com gravidade coletiva, pois nunca se sabe quem ou quantas pessoas adoecerão. Assim, as representações simbólicas e o arsenal técnico desenvolvido e utilizado no tratamento se integram como se fossem a mesma coisa, pois:

a doença, a saúde e a morte não representam apenas evidências ‘objetivas’ ou ‘naturais’, mas estão relacionadas com as particularidades de cada grupo social. Em outras palavras: a doença é uma ‘realidade construída’ e o doente um ‘personagem social’. (GOULART, 1992, p.73).

Como realidade construída, o adoecer se transforma ao ritmo da dinâmica social. No Ocidente, podem ser encontradas algumas reformulações na maneira de vislumbrar esse processo, que conduzem a uma maior compreensão e percepção do arcabouço simbólico, responsável por uma certa hierarquia na forma de enxergar pessoas e doenças, como mostra Curi:

Garantia de boa morte, doença mesmo de luxo, mal das paixões descontidas, assim eram as associações estabelecidas em torno da tuberculose, diferentemente do que acontecia com o câncer e a lepra. Câncer, doença terrível, aniquiladora, pior do que ela era o próprio tratamento, lepra, doença ‘feia’, repulsiva, intimamente ligada as concepções de sujeira e pecado, a qual se conferia pior estatuto. (...) Entretanto, se a diminuição da epidemia de tuberculose foi até relacionada com o declínio das artes e literatura, certamente um possível fim da endemia hansênica não receberia tão ilustre associação. Ninguém deixaria de avisar às autoridades a respeito da existência de um leproso nas proximidades. O que permeava estas atitudes de ‘promptoagir’ era a tônica do medo redimensionada nos diversos costumes observáveis desde a Antiguidade (CURI, 2002, p.32-33).

Torna-se imprescindível recorrer a pesquisa religiosa, histórica e mesmo científica, e estar atento aos relatos orais e às ações políticas, principalmente as políticas públicas de saúde que formatam no espaço os estigmas secretos e as contradições sociais, cuja natureza hierárquica e excludente inibe o sucesso que as práticas conclamam.

Hoje, quando se observa o arsenal técnico de combate às doenças, depara-se com um quadro, no Brasil, ao mesmo tempo otimista e pessimista. Otimista quando se enfoca a

melhoria na distribuição dos locais de atendimento e o progresso técnico na área médica, resultante de pesquisas e tecnologias, responsáveis pelo surgimento de novos medicamentos e aparelhagens capazes de descobrir algumas doenças ainda em fase embrionária, como a realização de transplantes, operações plásticas, o avanço na área nutricional, as campanhas de vacinação em todo o país e a atenção da mídia em veicular programas informativos e debates com profissionais da saúde. Todas essas ações têm como meta melhorar a qualidade de vida da população. Mesmo a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) e o crescimento dos PSFs (Programa Saúde na Família) contribuem para que a saúde seja um direito de todos.

Pessimista quando se constata que alguns velhos problemas ainda resistem ou ressurgem, dentre eles doenças como a malária, a dengue, a doença de chagas, a hanseníase, a tuberculose, a leishmaniose e outras, agravados pelos problemas sociais que são reflexo da alta concentração de renda e de políticas que resultam em desemprego, salários baixos, péssimas condições alimentares e de moradia para grande parte da população, ocasionando riscos a qualquer projeto de política pública de saúde que não contemple como prioridade a questão social.

As doenças não atingem somente as capacidades individuais, mas todo o corpo social, pois refletem as contradições e disparates do cotidiano, que são conseqüências dos valores que permeiam as escolhas políticas, econômicas e científicas, ou seja, todos os aspectos da vida, e têm o poder de determinar o lugar de cada um no modelo econômico, pois afetam desde o desempenho escolar até a baixa qualificação profissional, um dos fatores de marginalização social.

De qualquer forma, as ciências médicas estão cada vez mais empenhadas em decifrar os segredos de se manter o estado de saúde, o que faz com que surjam propostas de renovação da conduta médica, implícita no conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social não apenas a ausência de doença”.

Alcançar o estado de ‘bem estar’ é conquistar *status* de cidadania, que está vinculado ao processo de solidificação do projeto democrático, o que requer a preparação da sociedade através da participação popular nas decisões de políticas públicas, torna imprescindível o envolvimento das Ciências Humanas em prol da saúde.

Em nível acadêmico, vivencia-se a preocupação com a saúde e sua representação, através de inúmeros trabalhos, tanto das ciências médicas à procura de soluções para tratamento e diagnóstico, como das ciências sociais, preocupada com a construção do personagem social do doente e as transformações dessa imagem através dos tempos. É chegado o momento de integrar todas as ciências e todos os conhecimentos para se obter uma vida mais saudável, ou como afirma Queiroz e Carrasco:

Ainda que haja um consenso nas ciências sociais, particularmente nas áreas da antropologia da medicina e sociologia da medicina, de que a compreensão da saúde e da doença não pode prescindir a fatores sociais e culturais, esta perspectiva só recentemente tem-se aberto de um modo mais consistente para as ciências biológicas. No entanto, os estudos realizados com placebos, com a atitude emocional em relação à cura e, principalmente, com o estresse têm revelado aspectos que as ciências sociais, a psicologia e, ironicamente, as representações do senso comum de muitas sociedades já conheciam, ou seja, o fato de que tanto a saúde como a doença dependem de componentes subjetivos e emocionais relacionados com a experiência de vida. Intervir nestas dimensões pode ser eficaz para muitos problemas que a medicina insiste em focalizar sob o ponto de vista estritamente biológico (QUEIROZ; CARRASCO, 1995, p.13):

Agir de forma integrada, resgatar o ‘homem total’ de Mauss e efetivar ações que tenham consonância com o senso comum e ao mesmo tempo desmistifiquem de forma compreensível todas as histórias de preconceitos, essas são atitudes que devem alicerçar a construção de planejamentos, programas e políticas para saúde. Mas para que isso realmente ocorra, é necessário uma mudança de foco, de pensamento e atitudes sociais, é preciso reflexão sobre o tipo de sociedade que se quer construir, que ser humano se quer idealizar.

A Geografia, em seu dinamismo, não poderia omitir-se a uma tarefa tão instigante, propiciando o surgimento de uma nova especialidade, a Geografia da Saúde ou Médica, que teve como impulso inicial para a sistematização de seus conhecimentos a criação da Comissão

de Geografia Médica de Saúde e Doença da União Geográfica Internacional em 1952, marco da necessidade de se produzir conhecimentos mais específicos sobre o tema, com o intuito de subsidiar a elaboração de políticas públicas em saúde, analisar o perfil da sociedade e dos focos de doenças, visando um melhor atendimento dos setores de saúde, e a cada dia ampliar sua proposta de trabalho, desvendando o universo humano do espaço, palco de todas as realizações, da vida e da morte.

A trajetória da Geografia da Saúde ou Médica, no Brasil, inicia-se a partir da década de 1990, quando se dá a expansão de trabalhos nessa área e sua inclusão em Congressos, Simpósios e Encontros de Geografia. Por ser recente e até desconhecida, sua participação ainda é tímida nos currículos escolares, que focalizam alguns índices como: mortalidade, natalidade, expectativa de vida, distribuição de médicos e de hospitais, fome, desemprego, índices de analfabetismo e outros, sempre centralizado nas desigualdades regionais e no aprofundamento do fosso entre ricos e pobres, sobretudo em países periféricos, nas sociedades de consumo, no universo da globalização, em que as mudanças tecnológicas atingem os meios de produção e as forças produtivas de formas distintas.

A forma trabalhada pela Geografia até agora é esclarecedora da conexão entre as relações socioeconômicas e o estado de saúde da população, sendo imperativo tal conhecimento para a formação do cabedal de cidadania; nem sempre, porém, tem se mostrado suficiente para processar mudanças de comportamento. Tem-se, no Brasil, uma constante reprodução de valores preconceituosos, envoltos com uma naturalidade quase biológica, ou respaldados por sentimentos conformistas, como dogmas que não podem ser desfeitos. Torna-se necessário estudar com urgência a construção dos pensamentos e a lógica do espaço, para se compreender que não é somente a desigualdade social que atravanca políticas de saúde, mas também a forma como os ideais dos projetos de construção do espaço são repassados e se instalam na alma humana.

Daí a necessidade da Geografia de contribuir para a desmistificação de pré-conceitos, ao analisar a implantação dos projetos do ponto de vista das características a serem valorizadas e, conseqüentemente, do que será desprestigiado, por representar obstáculos à realização de algum interesse que não compartilhe dos ideais coletivos. Antigamente, cabia apenas à classe dominante a execução de projetos para a cidade, e, com a abertura democrática, a sociedade brasileira conquistou a permissão de se organizar e de participar mais ativamente nos rumos das cidades, e é nesse sentido que a Geografia abre seu leque de atuação, na conscientização de crianças, adolescentes e adultos, pois atrás de todo Plano Diretor, de todo planejamento de cidade, existe uma base ideológica, que se configura na forma de uma realidade a ser almejada, da qual nem todos os habitantes estão qualificados para fazer parte. A cidade então é construída para um tipo específico de ser humano, aquele que possui atributos para colaborar com o progresso econômico e social, possuidor do ‘corpo ideal’ e tem, como pano de fundo, ações pontuais, para os que não se integrarem. Entre estes, encontram-se os doentes, principalmente os portadores de doenças crônicas.

Na tentativa de compreender a ação do valor simbólico nos resultados efetivos da prática médica, optou-se por trabalhar com uma doença carregada de estigmas, de significado negativo que ultrapassa o doente e se estende à família, a hanseníase, também conhecida como: lepra, morfêia, mal de São Lázaro, gafeira, coteno, macuteno, camungue, dentre outras denominações. Doença antiga, cuja presença preocupa as autoridades médicas e apresenta como fator de permanência o espaço, por ser endêmica. A própria etimologia do atributo ‘significa: *demos* ‘população’, ‘povo’ ou ‘pessoas’ – além de ‘lugar’, ou seja, uma endemia associa-se estreitamente ao lugar, interagindo igualmente com características físicas e condições sócio-econômicas, apresentando taxas de prevalência e detecção diferentes em cada país, região, estado ou município.

Atualmente, a hanseníase figura como uma doença de países pobres. Tendo feito história no continente europeu, foi eliminada por volta de 1870, devido à melhoria das

condições sócio-econômicas geradas pela Revolução Industrial. Conforme dados da OMS (Organização Mundial da Saúde), no ano de 2002, a Europa registrou 45 casos da doença, contra 385.458 do Sudeste da Ásia, 75.686 da América e 53.888 da África. A concentração da doença nessas áreas aumenta o risco de contágio, pois são habitadas por mais de 1 bilhão de pessoas, o que as deixa vulneráveis ao contágio.

A distribuição da hanseníase no mundo deixa evidente a relação entre a doença e o desenvolvimento social, pois, conforme Helene e Salum (2002) ela se torna testemunho da centralidade do social, que forma áreas de extrema exclusão; da mesma maneira, o recrudescimento da doença pode estar vinculado, dentre outras causas, à desintegração social do trabalho e da vida, assim como ao impacto do afunilamento do acesso aos serviços de saúde. Em 1998, o Brasil registrou 42.055 novos casos da doença, e em 2002 já registrava 47.026, demonstrando que o país tem passado por sérios problemas sociais, como ilustra a reportagem “Brasil é o 2º do mundo em desemprego”:

O Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial do desemprego em números absolutos, com 11,454 milhões de pessoas sem trabalho em 2000. Perde apenas para a Índia, com 41,344 milhões de desempregados. (...)

“Os países desenvolvidos sofreram mais com o desemprego na década de 80. A partir dos anos 90 – e, portanto, da globalização –, a desigualdade entre as nações aumentou. Os mais desenvolvidos colheram melhores resultados econômicos e sociais, registrando queda na participação no desemprego mundial. As nações não-desenvolvidas perderam participação no PIB e ganharam no desemprego”, disse o secretário municipal do Trabalho (BRASIL, 2002a).

A hanseníase não admite negligências, pois representa um grave problema de saúde pública, principalmente por ser uma doença de difícil diagnóstico e tempo de incubação prolongado, que pode variar de 2 a 7 anos. Em 2001, havia registro de 600.000 casos no Mundo, o que representa 2% da população, sendo que a Índia detém o primeiro lugar, com 64% dos casos; o Brasil, com 77.676 casos, encontra-se em segundo lugar, o que representa 13% dos casos no mundo e 80% das Américas, além de apresentar taxas de 4,1 casos/10.000 habitantes, com o agravante de possuir altas taxas de detecção, 40.000 casos por ano, (dados

do Ministério da Saúde e da OMS, 2001). Portanto, está inserido no Plano de Eliminação da Hanseníase proposto pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que aceita taxas de 1 caso/10.000 habitante. O acordo assinado em 1991 previa a adequação até 2000, estendeu-se a 2002 e novamente foi adiado para 2005, como último prazo. No final de 2005, a meta firmada ainda não foi alcançada. É bom esclarecer que ‘eliminação’ significa abaixar as taxas de forma a promover o controle da doença, e ‘erradicação’ designa a falta de registros de prevalência e detecção durante um bom número de anos, não inferior a 10. Por ser uma doença com longo período de incubação, não é possível, no momento, conjecturar sobre a erradicação, mas com certeza é necessário unir todos os esforços para uma causa comum, eliminar e futuramente erradicar a doença, pondo fim a essa longa história de sofrimento e segregação.

Por não ter pretensão universalista e sim, mostrar a inter-relação entre a saúde / doença na concepção do espaço, o primeiro capítulo apresenta a história e construção social da hanseníase, da perspectiva da religião ao olhar da ciência, assim como a trajetória da doença no Brasil. No segundo capítulo, aborda-se a mesma em Minas Gerais, sendo necessário fazer um breve histórico de sua ocorrência no estado e, em um segundo momento, focalizar a política de eliminação da doença nas décadas de 1990 e 2000. O terceiro capítulo centra-se na problemática da hanseníase em Uberlândia, quando se trabalha a dinâmica econômica da cidade, assim como sua história, com o intuito de conhecer a realidade uberlandense para, então, considerar o bairro Lagoinha, espaço marcado por ter sido referência da ‘lepra’ no município. Esse capítulo considera também os índices de prevalência e detecção da doença, assim como o Programa Municipal de Hanseníase, com suas conquistas e entraves.

A escolha de Uberlândia para fechar o trabalho foi proposital, partindo da necessidade de se perceber os motivos que levam uma cidade considerada próspera, de médio porte, a

encontrar-se inserida no Plano de Eliminação da Hanseníase, constando entre os 22 municípios prioritários em Minas Gerais no ano de 2001.

Dessa forma, o objetivo primeiro desse trabalho é analisar os índices de prevalência e detecção da hanseníase que fazem de Minas Gerais um espaço de reprodução da doença em áreas com expressivo desenvolvimento econômico, como Uberlândia, e os objetivos específicos consistem em: analisar a construção social e os estigmas criados em torno da hanseníase numa perspectiva histórica, assim como a produção e reprodução social da hanseníase em Minas Gerais, enquanto problema de saúde pública; identificar os impasses e as perspectivas de eliminação da hanseníase em Uberlândia.

Tornaram-se necessários os seguintes procedimentos metodológicos: levantamento de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde, ao Banco de Dados do DATASUS, OPS (Organização Pan-americana de Saúde). Extensa leitura de documentos referentes à Política de Eliminação da Hanseníase Brasil/Minas Gerais/Uberlândia, assim como da história da hanseníase desde os tempos bíblicos. Para consolidar as informações no contexto local (Uberlândia), foram realizadas entrevistas com a Coordenadora do Programa de Hanseníase do município, a Assistente Social da Unidade Básica do Bairro Lagoinha e moradores do mesmo bairro, sempre procurando a conexão entre construção do espaço e percepção da doença.

Apontados os objetivos a serem alcançados e explicitados os procedimentos metodológicos, prossegue-se dando início ao Capítulo 1.

CAPÍTULO 1

HANSENÍASE: HISTÓRIA E CONSTRUÇÃO SOCIAL DE UMA DOENÇA

O estudo da hanseníase é instigante por ser uma doença que carrega consigo uma história que vai além da descrição de uma enfermidade, uma verdadeira aula sobre a construção de conceitos sociais que definirem ações diferenciadas na forma de perceber pessoas e espaços.

Durante milhares de anos, o que hoje conhecemos como Hanseníase foi conhecida como lepra, morfêia, mal de São Lázaro, Gafeira, Coteno, Macuteno, Camungue, dentre outros nomes, abarcando uma série de doenças que tinham em comum graves lesões na pele como: queimaduras, escamações, escabiose, câncer de pele, lupus, escarlatina, eczemas, sífilis e a lepra verdadeira. De qualquer maneira, a ‘lepra verdadeira’ ou hanseníase se alastra pelo mundo das áreas mais quentes até as mais frias do planeta. Sourinia apresenta um panorama do percurso da doença até atingir o solo europeu:

(...) A lepra teria atingido todo o sudeste asiático, a Indonésia e o leste do Japão. Os guerreiros de Dario e de Alexandre a teriam levado em direção ao Oeste e ao Próximo Oriente. Os fenícios teriam assegurado a sua expansão em todo o circuito do Mediterrâneo e as legiões romanas a penetraram no coração da Europa, sendo reforçadas pelas invasões árabes e depois pelos cruzados regressados de Jerusalém. Solidamente implantada na Europa na Idade Média (SOURINIA, 1984, p.131).

Na Índia, considerava-se a lepra a pior das doenças e uma punição aos pecadores do mais alto grau, por ações cometidas na vida presente e nas anteriores, e esperava-se que o portador se resignasse e se conformasse com o papel social a ele atribuído.

Claro (1995) alerta que no Japão antigo a lepra também era considerada impureza, poluição e manifestação de pecado. Os doentes não podiam ser purificados através dos rituais, permanecendo sob tabu enquanto a doença persistisse. Um caso de lepra envolvia em estigma não só o doente, mas todo o clã a que pertencesse e toda a sua linhagem familiar. O envoltório estigmatizante da lepra infelizmente não foi um atributo japonês, ele permeia a história da doença em todos os continentes e lugares que tiveram a sua presença. Por sua importância, torna-se fundamental esclarecer o conceito de estigma, apresentado a seguir:

O termo estigma é utilizado segundo o conceito desenvolvido por Goffman (1963) que encontra nesta manifestação sociocultural três tipos fundamentais: as abominações do corpo, os defeitos de caráter e a proveniência social. É evidente que, no contexto da hanseníase, o estigma se refere ao descrédito, à qualificação e à marginalização social em função de deformidades físicas do paciente. Uma vez que um indivíduo é estereotipado com tal rótulo social, que significa impor-lhe uma marca que, de um certo modo, o reduz a uma condição inferior ao padrão mínimo atribuído à condição humana, restaria a ele duas possibilidades: ou se adequar ao papel marginal a ele designado, ou tentar “encobrir” as marcas que caracterizam o estereótipo estigmatizante (QUEIROZ E CARRASCO, 1995, p.8).

Esconder as marcas de uma doença que deforma o corpo como um todo, não poupando as mãos, o rosto e os pés, partes do corpo que na maioria das culturas ficam desnudas, é quase impossível. As chagas não tomam apenas o portador, elas são a prova do que não se quer ver, do que não se quer saber, são marcas sociais do que deve ser repellido e, conseqüentemente, posto de lado, em outro lugar, desde que seja fora, distante do lugar social. Claro permite aguçar a percepção sobre o corpo humano e sua expressão como símbolo e base do social:

Douglas vê o corpo humano como símbolo da sociedade, uma miniatura desta, reproduzindo a estrutura social, cujos limites estariam nas barreiras externas do corpo. Novamente somos levados a refletir sobre as características da hanseníase, que atinge predominantemente a pele e seu mecanismo de defesa, que é a sensibilidade cutânea, ameaçando assim os limites de separação entre o que é estrutural e extra-estrutural.

Quando analisamos o estigma sob o ponto de vista da oposição entre o sagrado e profano, encontramos em Douglas a definição de santidade como ‘unidade, integridade, perfeição do indivíduo e da espécie’ e o exemplo bíblico da necessidade de purificação ritual para que os leprosos pudessem aproximar-se do templo, ou seja, do local sagrado.

O leproso era considerado punido por suas graves culpas e era por essa razão que devia ser isolado da convivência dos homens. Porém, era-lhe permitida a entrada na cidade em ocasiões particulares, como na Semana Santa, para que não fosse privado da ajuda divina. Em Módena, os leprosos deviam a cada sexta-feira limpar a praça

comercial por ocasião da feira. É evidente por estas duas exceções que o isolamento desses homens tinha como objetivo evitar mais o contágio com o pecador do que com a doença contagiosa (CLARO, 1995, p.37-38).

O bacilo de Hansen e a forma de contágio são descobertos somente em 1874 e, a partir da década de 1940, os primeiros medicamentos para a cura. Durante o longo tempo de desconhecimento, foram criadas formas de explicação, tentativas de entender um fato real que causava mal estar e deformidades no portador, além de insegurança a todos os outros membros da sociedade. Essas explicações adquiriram no formato religioso uma importante fonte de explicação e, mesmo a abordagem científica, que rompe com a visão religiosa e descobre a cura, permeou pelos caminhos do preconceito, da segregação, do estigma.

1.1. A construção religiosa da ‘lepra’

Durante a antiguidade encontramos três formas de conceber a doença atrelada ao campo do sagrado. A primeira, por volta de 3000 a.C. na Mesopotâmia, preconizava que as enfermidades estavam associadas à vontade dos deuses, independente da conduta moral do portador, cabendo ao sacerdote a função de amenizar a dor através de rituais de agrado aos deuses.

A segunda forma aparece em 2000 a.C. , quando a doença deixa de ser atributo dos deuses para pertencer à influência dos demônios, “a ‘dimítu’ (doença) subiu do Inferno” (BOTTÉRO, 1985, p.16). A prática sacerdotal (o exorcismo) ganha força e as falhas morais aparecem como causas, pela sua capacidade de atrair os demônios; o doente participa como colaborador do mal que o abate, tornando público seu deslize de caráter. Temos então a primeira abordagem capaz de julgamento sobre o procedimento moral e social do infectado e

a brecha para a construção de preconceitos em relação ao tipo de doença e, conseqüentemente, aos doentes, pois a gravidade e o tempo de duração do mal se tornam intimamente associados ao agravo cometido.

A terceira forma, um pouco mais tardia, atribui ao enfermo toda a responsabilidade. Não há mais demônios ou a ira dos deuses, mas em consonância com a Bíblia Sagrada, o desvio dos mandamentos de Deus é causa de toda a sorte de infortúnios. Saúde passa a ser sinônimo de conduta moral apropriada e respeito às regras sociais, ganhando conotação política; ficar doente passa a ser um desafeto à coletividade por representar a prova sumária do desrespeito às vontades de Deus. “O SENHOR afastará de ti toda enfermidade; sobre ti não porá nenhuma das doenças malignas dos egípcios, que bem sabes, antes as porá sobre todos os que te odeiam.” (Deuteronômio, 7:15)

Percebemos nesta forma de pensamento que a conotação dada aos doentes revela de forma legitimada (medo do contágio, da perda de status) o que Foucault (1999) chamaria de relação de poder, de luta silenciosa e de prosseguimento de uma relação de dominação, alertando para o poder do discurso que se normatiza na busca pela verdade que é intrínseca à busca pela riqueza. Apesar de Foucault referir-se a um discurso jurídico, mais sistematizado e não de cunho religioso, percebemos que os dizeres bíblicos imperam na micromecânica do corpo, ou seja, refletem na mecânica, nas técnicas, nos mecanismos de vigilância e de exclusão, no poder que todos nós temos no corpo. O dizer bíblico atribui aos doentes a marca do desigual e, aos sãos, o título de eleitos.

Mas para o discurso ser competente, para que exerça poder de sujeição a um poder soberano e monárquico, é necessário que ele não deixe lacunas, que deva abarcar tanto a cura e a morte, reverteres da doença. Na Bíblia Sagrada, no segundo livro de Crônicas, temos a comprovação da superioridade divina se comparada aos conhecimentos terrenos.

No trigésimo-nono ano do seu reinado caiu Asa doente dos pés; a sua doença era em extremo grave, contudo na sua enfermidade não recorreu ao SENHOR, mas confiou nos médicos.

Descansou Asa com seus pais; morreu no ano quarenta e um do seu reinado.
(2 Crônicas 16:12-13)

E no segundo livro de Reis, torna-se clara a ligação entre a cura do corpo através do arrebatamento pessoal diante das leis sagradas, vinculadas ao plano político, ao envolver em uma áurea de proteção o líder e seu território.

Naqueles dias Ezequias adoeceu duma enfermidade mortal; veio ter com ele o profeta Isaías, filho de Amoz, e lhe disse: Assim diz o SENHOR: Põe em ordem a tua casa, porque morrerás, e não viverás.
Então virou Ezequias o rosto para a parede, e orou ao SENHOR, dizendo:
Lembra-te, SENHOR, peço-te, de que andei diante de ti com fidelidade, com inteireza de coração, e fiz o que era reto aos teus olhos; e chorou muitíssimo.
Antes que Isaías tivesse saído da parte central da cidade, veio a ele a palavra do SENHOR, dizendo:
Volta, e dize a Ezequias, príncipe do meu povo: Assim diz o SENHOR, o Deus de Davi, teu pai: Ouvi a tua oração, e vi as tuas lágrimas; eis que eu te curarei; ao terceiro dia subirás à casa do SENHOR.
Acrescentarei aos teus dias quinze anos, e das mãos do rei da Assíria te livrarei, a ti e a esta cidade; e defenderei esta cidade por amor de mim, e por amor de Davi, meu servo. (2 Reis 20:1-6)

Os primeiros registros sobre a lepra foram encontrados no Livro Sagrado da Índia, Sushruta Samhita, escrito cerca de 600 anos antes de Cristo, e na Bíblia Sagrada, base do pensamento religioso da sociedade ocidental. Por ser de extrema importância para a formação das regras de conduta, enfocaremos com mais atenção algumas passagens bíblicas que elucidarão o processo de segregação que os leprosos sofreram por milhares de anos. É importante frisar que segundo Claro,

as condutas de afastamento, segundo o autor (Gandra), se dão em três níveis: o evitamento, que é a atitude de esquivar-se ao contato com qualquer elemento da categoria; a discriminação, que é a negação de igualdade de trato aos indivíduos incluídos na categoria; e a segregação, que implica o estabelecimento de limites espaciais que produzem um isolamento desses indivíduos (CLARO, 1995, p.34).

Pelo fato de ‘segregação’ vincular-se diretamente à condutas e regras sociais de evitamento, discriminação e estabelecimento de limites espaciais que produzem isolamento de um grupo de indivíduos, é do interesse da Geografia perceber como se dá a criação desse

espaço peculiar que se configura de acordo com interesses sociais, ou, como salienta Lefbvre, “o espaço é criação. Quem cria espaço cria o que o preenche.” (LEFBVRE, 1999, p.146)

Cumprе esclarecer que a visão utilizada no presente trabalho é a lefebvriana, em que o espaço é intrínseco ao processo social e, portanto se define em conformação com o próprio processo, ou seja, sua existência só faz sentido no sentido social, ou como ressalta Oliva:

o espaço geográfico é um componente social (produzido pela sociedade) da sociedade. Ora, um espaço produzido pela sociedade não pode, em termos lógicos, ser anterior a ela. Logo, este espaço é construído pela sociedade para seu funcionamento e, desde já, pelo menos nesse sentido, faz parte da sociedade. (OLIVA, 2001, p.28)

E por ser o espaço geográfico uma construção do social, possui todas as características concernentes a ele e aparece no cotidiano das pessoas como uma naturalidade, quase como uma função biológica, tão irrefutável que transformá-lo seria sinônimo da transformação da sociedade. A dinâmica que se processa no espaço, modificando seus usos através da introdução de novos conceitos, conhecimentos e técnicas, muitas vezes mascara a realidade, ao dar contornos ‘modernos’ e mais ‘democráticos’, ao contraditório e desigual.

Com relação ao termo ‘lepra’, que designa o mal em si, encontramos na Bíblia oito passagens e dezessete citações com o termo ‘leproso’, indicando a principal atribuição daquele que porta o mal. A primeira referência consta em Êxodos, quando Deus concede poder a Moisés para retirar seu povo da escravidão no Egito:

Disse-lhe mais o Senhor: Mete agora a tua mão no peito. Ele o fez; e, tirando-a, eis que a mão estava leprosa, branca como a neve.
Disse ainda o Senhor: Torna a meter a tua mão no peito. Ele a meteu no peito, novamente; e quando a tirou, eis que se havia tornado como o restante de sua carne. (Êxodo, 4:6-7)

A *mão leprosa*, na primeira referência bíblica, representa uma praga, um símbolo de medo e terror que só pode provir de Deus, pertencendo exclusivamente ao campo do sagrado; o fato de Moisés mediar com tranquilidade a aquisição e a cura de um mal tão horrendo

demonstra sua intimidade com a autoridade divina. Por não se configurar como doença, torna-se inimaginável qualquer forma de tratamento que não seja por intervenção da religião. Em Levítico, descreve-se, sob a forma de lei de Deus, toda a orientação sobre os procedimentos ritualísticos de purificação a serem feitos pelos sacerdotes para expiação da culpa, justificando a manutenção da lepra como confirmação da impureza e construindo a imagem do ‘leproso’, aquele que continua impuro, único responsável por sua desgraça, por ter descumprido as leis de Deus, e por isso serve como exemplo “para ensinar quando qualquer coisa é limpa, ou imunda. Esta é a lei da lepra”. (Levítico, 14:57).

Conforme se pode observar, a lepra como praga, envolta num manto de impurezas e castigos, possui valor didático: o de mostrar o castigo de Deus sobre os homens que não seguem suas palavras. A partir daí, a lepra não é o problema, o sujeito portador da lepra é que realmente representa o perigo, pois é a figura da desobediência, da rebeldia, da intolerância. Mais que portador de um mal, as suas chagas são a marca de um personagem político, irreverente, daquele que não se submete às leis de Deus. A única forma da sociedade se ver protegida desse perigo é afastá-lo da convivência social, destinando a ele um espaço diferenciado, o do impuro. Tem-se a primeira construção de apartação, de um espaço segregado, que pertence ao diferente, àquele que não deveria existir.

O Senhor disse a Moisés e a Aarão: ‘Quando estiveres na terra de Canaã, que eu vos darei em possessão, se eu ferir de lepra uma casa da terra de vossa possessão, o dono da casa irá e informará ao sacerdote, dizendo: parece-me que há como que uma mancha de lepra na minha casa. O sacerdote, antes de entrar para examinar a mancha, mandará que tirem para fora tudo que há na casa, a fim de que não se contamine nada do que houver nela. E só então entrará para visitar a casa. Examinará a mancha, e se a mancha que está nas paredes da casa estiver em cavidades esverdeadas ou avermelhadas, parecendo profundas na parede, o sacerdote sairá da casa e, tendo passado a soleira da porta, fechá-la-á por sete dias. E voltando no sétimo dia, se notar que a mancha se estendeu pelas paredes, mandará arrancar as pedras atingidas pela mancha e jogá-las fora da cidade em um lugar impuro (Levítico, 13: 47-59).

A referência a um lugar impuro demonstra a diferenciação social do espaço, capaz de absorver qualidades de cunho moral, ou seja, ao espaço é dada uma identidade. A segregação

social se completa através da segregação espacial, espaço impuro destinado a coisas e pessoas impuras, de forma que, na organização da sociedade, um grupo reafirme seu *status* através do lugar que ocupa. Apresenta-se a tríade habitante-identidade-lugar, defendida por Carlos, em que:

a dimensão da história que entra e se realiza na prática cotidiana (estabelecendo um vínculo entre o 'de fora' e o 'de dentro'), instala-se no plano do vivido e que produziria o conhecido-reconhecido, isto é, é no lugar que se desenvolve a vida em todas as suas dimensões (CARLOS, 1996, p.20).

No Novo Testamento, a visão da lepra sofre alterações, mas continua envolvida num manto de segregação e medo. A cura ocorre por intermédio dos milagres, ainda em um contexto religioso, mas sem a intermediação dos rituais de purificação, em uma atitude de valorização da fé individual e do sofrimento como canalizadores da verdadeira compreensão sobre o universo divino. A postura de Cristo frente aos leprosos é tão fraterna e indiferenciada como a assumida em qualquer outro contexto. A compaixão passa a ser uma virtude almejada para os cristãos e influencia a maneira caridosa de considerar os leprosos.

Com a disseminação do cristianismo, surgem pessoas que se preocupam com o bem estar dos doentes, com os leprosários e dedicam a eles uma série de cuidados que não faziam parte dos tempos passados. Entretanto, ainda não se vislumbra a aceitação desse personagem social no seio da comunidade, e seus espaços continuarão sendo delimitados.

O preconceito persiste de forma velada, não se deseja o convívio e nem a presença, ou melhor, não se deseja conhecer a própria existência do doente; quando não se pode evitar o conhecimento, porém, um sentimento de piedade se junta ao desagrado e a caridade passa a ser a solução para aliviar o coração conturbado. Salvam-se as almas em prol da manutenção de um espaço preferencialmente longínquo, à distância mínima de uma pedrada (GOMIDE, 1991). Entram em vigor explicações de cunho social: a intenção é proteger a sociedade do contágio e não da pessoa do portador, que é merecedor das orações. O grande problema é que

o portador da doença se confunde com a própria doença, transformando-se em permanente perigo, ou seja, ‘o leproso’, se torna palavra; doenças são passíveis de cura, palavras não, conforme demonstra o Padre Vieira no Sermão do Segundo Domingo do Advento, citado por Curi:

Diz o evangelista São Marcos que veio Cristo Senhor nosso comer à casa de Simão, o Leproso: chamava-se assim este homem que fora leproso antigamente, e o mesmo Senhor o sarara, não sei se reparais na dúvida. Se este homem ainda tivera lepra e lhe chamassem leproso, muito justo; mas se ele estava são, por que lhe hão de chamar leproso? Porque esse é o juízo dos homens. Fostes vós leprosos algum dia? Pois ainda que Deus faça milagres em vós, leproso haveis de ser todos os dias de vossa vida. Deus poder-vos-á dar a saúde; mas o nome da enfermidade não vo-lo hão de perdoar os homens (CURI, 2002, p.16-17).

Padre Vieira (1608-1697) já denunciava as dificuldades de aceitação dos ex-leprosos pela sociedade, afirmando que mais forte que o temor da doença é o simbolismo social que ela adquire, que ultrapassa o sujeito e se estende para toda a família:

No juízo de Deus com a mudança dos procedimentos, mudam-se os nomes; antigamente éreis Saulo. Hoje sois Paulo: no juízo dos homens, por mais que os procedimentos se mudem, os nomes não se mudam jamais. Se fostes leproso uma vez, leproso vos hão de chamar enquanto viverdes: ‘Simonis leprosi’. Poderá haver milagre para sarar o Simão, mas milagre para tirar o leproso não é possível. Oh grande sem razão do juízo humano, que da enfermidade vos hajam de fazer apelido! E vem a ser pior o apelido que a mesma enfermidade. Porque a enfermidade, quando muito, chega até a morte, o apelido passa à descendência. O juízo de Deus terrível é, mas posso me livrar dele emendando-me. Porém o juízo dos homens, em que não vale a emenda, quem poderá negar, é mais terrível (ibid.).

O grande reforçador desse preconceito talvez seja a falta total de conhecimento sobre a doença que não mata, mas deforma lentamente, num sofrimento para a vida inteira. Segundo Curi (2002), a hanseníase foi à única doença a adquirir status tão pejorativo, já que a tuberculose era garantia de boa morte, reconhecida até como doença mesmo de luxo, associada à intelectualidade, e o câncer, apesar de terrível e aniquilador, não tinha conotação tão repulsiva e feia quanto a lepra.

Na Europa, a lepra desapareceu no século XV, permanecendo em alguns pontos isolados, como a Noruega. Os motivos que levaram a sua eliminação são desconhecidos, e

segundo Le Goff (1985), poderia ser resultado de vários fatores isolados ou em conjunto, como: queda demográfica européia, causada pelas pestes e fome por volta de 1430 a 1450; população reduzida e mais bem alimentada, resistente a doenças infecciosas; evicção da lepra pela tuberculose, já que ambas possuem bacilos similares; a exclusão social da Idade Média associada a interdições sexuais (na Alemanha, era proibida a união conjugal com alguém que sofresse da lepra). Todos esses motivos são conjecturas sobre o desaparecimento da lepra em solo europeu, mas nenhum em si representa a causa real, visto que não havia medicamento e nem a intenção ou uma política de saúde que respaldasse seu fim. A elaboração de políticas de saúde comprometidas com a eliminação da lepra ocorre apenas posteriormente nos países em que a doença permaneceu.

1.2. O olhar da ciência sobre a ‘lepra’

No campo científico, percebe-se que o formato da doença assume outros contornos, sendo valorizado o método laico em ruptura com as ações religiosas; o ponto de vista atribuído ao personagem ‘enfermo’, entretanto, não sofre alterações significativas.

Inicia-se com Hipócrates (460 – 377 a.C.) a valorização da observação e da razão em detrimento das práticas mágicas. O corpo passa a ser concebido como constituído por substâncias fluídicas (sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma) que, em equilíbrio, promovem o estado de saúde, mas quando influenciadas pelos humores¹, causam desequilíbrio, ou seja, as doenças.

¹ Os temperamentos não se parecem em todos os corpos. Nuns, o calor encontra-se em excesso, noutros o frio. Estes têm muita humidade, aqueles são demasiados secos. Atendendo a estas diversas relações, dividiria os temperamentos em cinco espécies distintas: o temperamento bilioso, o temperamento sanguíneo, o temperamento linfático, o temperamento melancólico e o temperamento misto, que participa igualmente em todos os temperamentos. (MICHEAU, Françoise apud LE GOFF, 1985, p.62)

Segundo Mossé (apud LE GOFF, 1985), visto que tudo provém da terra, da água, do fogo e do ar, a cidade, como personificação do corpo social, também está vulnerável a desequilíbrios que se manifestam através das revoluções brutais, que devem ser contidas por meio de ações disciplinares, práticas educativas preventivas e a igualdade das leis (isonomia), pois o excesso de poder da monarquia pode causar doenças, ao acirrar os humores.

Surge assim a primeira referência que integra corpo físico, social, político e ambiental. Essa forma de pensar denominada como ‘teoria humoral’ predominou até o século XVIII, acompanhada pelas formas disciplinares de tratamento: hábitos alimentares, comportamentais, a influência do clima, sangrias, supositórios e os remédios. Pode-se observar a inserção da educação como forma preventiva e a inclusão das características do espaço físico como elemento desencadeador ou inibidor dos processos enfermicos. Portanto, isso corrobora e amplia a atuação política das doenças, pois não somente o indivíduo deve ser disciplinado para se resguardar de doenças que podem acometê-lo e se alastrarem por toda a comunidade, como também todos devem ser disciplinados contra as manifestações avessas ao poder instituído. Doença e rebeldia são postas no mesmo patamar de presenças não quistas e perigosas.

Com Pasteur (1822–1895), químico e biólogo cuja dedicação voltou-se sobre a assepsia e a descoberta da vacinação anti-rábica, os cuidados com a saúde deixam de pertencer apenas à esfera médica para assumir uma nova forma: a da especialidade, da pesquisa laboratorial, dos antibióticos, do mercado farmacológico e do planejamento das cidades. A teoria miasmática, que se preocupa com as águas paradas, os dejetos, lixos, materiais putrefatos, cemitérios e tudo o que pode por em risco a saúde da população, entra em vigor como forma de evitar pestes e promover ambiente saudável.

A medicina ganha status administrativo através do planejamento das cidades, dos códigos de postura, dos planos diretores e da construção de políticas públicas de saúde. Não se deve esquecer que é nesse momento, final do século XIX e início do século XX, auge da

Revolução Industrial e, conseqüentemente, do processo de urbanização, que serão reforçadas, legitimadas e legalizadas pela ciência as práticas disciplinadoras empregadas desde a antiguidade, assumindo no Brasil contornos severos e até mesmo agressivos, pois a meta consistia em eliminar as epidemias e as endemias, seja pela cura (pois já se vislumbrava a possibilidade de acerto com a medicação), seja pela exclusão do doente. A lógica era atacar os focos e os lugares vulneráveis através de procedimentos disciplinares aplicados ao trabalho e ao trabalhador, impondo hábitos de higiene e de conduta restritivos que, muitas vezes, ultrapassavam o poder aquisitivo, servindo como forma de marginalização social.

Não se pode negligenciar o fator ‘péssimas condições’ de vida como extremamente relevante quando o assunto é doença; as ações empregadas, contudo, serviram para afirmar a responsabilidade das pessoas por suas condições de vida e nunca estabelecer critérios de justiça social para resolver a questão.

1.3. Trajetória da Hanseníase no Brasil

Para prosseguir com a investigação, é imprescindível resgatar as imagens e as ações empreendidas ao longo do tempo, com intuito de eliminar a doença do território brasileiro. Faz-se imperioso remeter a Portugal no século XV, país que já havia extirpado a ‘lepra’ por meio da utilização de métodos de exclusão e segregação drásticos, como descrito por Gomide: “enviando seus ‘leprosos’ para as possessões marítimas, principalmente as Ilhas de Cabo Verde (naturalmente isoladas devido à falta de embarcações e dificuldades de travessia para a época)” (GOMIDE, 1991, p.35). Esse pensamento segregacionista e sem maiores preocupações com o bem estar dos doentes aportou em terras brasileiras, não despertando por

parte da metrópole a obrigação de criar projetos que incluíssem a saúde, conforme apontado pelo mesmo autor:

A saúde na colônia não merecera a atenção governamental na política metropolitana, segundo Roberto Machado, e não era encarada como produtiva e incentivável. A saúde era percebida ao inverso, em sua marca negativa: a doença e morte. Na falta de uma política de saúde, as denúncias e reclamações à metrópole sobre leprosos que viviam esmolando no Rio de Janeiro, por volta de 1696, não obtiveram resposta. Só com reclamações reiteradas, no governo de D. João V, em 1740, é que algo foi proposto: o relatório médico do Dr. Euzébio Ferreira, incumbido de estudar a questão, constatou a existência de tão poucos casos de lepra no Rio de Janeiro, que não haveria necessidade de criação de “leprosários” (Ibid., p.36).

O descaso de Portugal em relação à colônia era justificado pela distância; afinal, os temores que assolavam aqui não interferiam na vida da metrópole, desde que não prejudicassem a vida econômica da colônia. Nessa perspectiva, a construção de leprosários era vista como um ônus dispensável.

A hipótese da construção de tais locais específicos no Brasil, onde os doentes de lepra ficavam reclusos, parecia viável por ter sido uma prática extremamente difundida na Europa. Segundo Foucault, “a partir da alta Idade Média, e até final das cruzadas, os leprosários tinham multiplicado por toda a superfície da Europa suas cidades malditas” (FOUCAULT, 1987, p.3), sendo estimado em 19.000 o número de leprosários na França. Esta prática orientou o comportamento europeu em relação aos leprosos desde Idade Antiga até o final da Idade Média, quando ocorreu o desaparecimento da doença.

Os leprosários deixam de funcionar, permanecendo durante um bom tempo como pertencentes ao ‘desumano’, espaços inabitáveis. Do século XIV ao XVII, esses espaços vão servir para a clausura dos pobres, vagabundos, presidiários e alienados, continuando sua sina de segregação. (FOUCAULT, 1987, p.6).

De qualquer forma, o governo português já tinha outras preocupações de saúde que não esbarravam na ‘lepra’, deixando os colonos a sua própria sorte.

Segundo Curi (2002), surge em 1640o ‘Campos dos Lázaros’ em Salvador. No Rio de Janeiro, em 1697, tem-se a primeira iniciativa frustrada de fundar um lazareto, pois a Câmara Municipal não aceitou ser responsável pelo seu custeio; sómente em 1741 que inaugura-se na Colina de São Cristóvão o primeiro asilo para leprosos. A cidade de Recife, porto estratégico da época, tem seu primeiro asilo para leprosos em 1714. Em Minas Gerais, a introdução e disseminação da doença remontam provavelmente ao início do Ciclo do Ouro, isto é, séculos XVII e XVIII, e a iniciativa mais antiga para com os leprosos na região data de 1771, quando foi fundado na Serra da Caraça um asilo para abrigo dos doentes, conhecido como Hospital de Nossa Senhora da Mãe dos Homens.

E assim, sucessivamente, o Brasil vai ampliando seu quadro de asilos, atingindo o número de 44 até meados do século XX. Os únicos estados que não tiveram unidades desse tipo foram Roraima e Amapá, e isso se explica por ser Roraima ainda hoje o estado menos populoso, e o Amapá o mais bem preservado, com uma vegetação natural de 98% e ocupação recente.

A disseminação da lepra foi tamanha que, em São Paulo, realizaram-se vários Censos da Lepra, nos anos de 1820, 1851, 1874 e 1886, com a finalidade de se obter dados que demonstrassem a gravidade e a velocidade de expansão da doença no estado. Em Minas Gerais, um censo foi realizado apenas na região sul, em que a incidência era de 1,11/1.000 habitantes, considerada alta, se for considerada a credibilidade dos censos da época.

1.3.1. A Campanha Higienista e a Regulamentação das Ações para a lepra

No limiar do século XX, várias epidemias assolam o território brasileiro: varíola, febre amarela, malária etc., aterrorizando as elites que se tornavam vulneráveis. O próprio filho de

Rodrigues Alves, presidente do Brasil de 1902 a 1906, morreu de febre amarela, fato que impulsionou medidas de cunho campanhista que enfatizassem a Saúde Pública.

Decidido a remodelar a cidade do Rio de Janeiro, Rodrigues Alves contrata uma equipe de profissionais para promover a reestruturação urbana. O objetivo é torná-la limpa, bonita e, principalmente, saneada, verdadeiro cartão postal do Brasil, a fim de atrair investimentos e conquistar credibilidade do mercado exterior, em um mundo que se firmava em torno da industrialização. Empenhado nesta iniciativa, o planejamento da cidade e a prevenção contra doenças passam a ser uma questão de lei, de projetos e de ação política.

Nessa época, entra no cenário político a figura de um célebre sanitarista brasileiro, Oswaldo Cruz, que ganha liberdade de ação ao utilizar métodos ditatoriais como: criação de um esquadrão para a caça de ratos (pagando 300 réis por roedor morto) e também a polícia de focos, no combate do mosquito que ele julgava causar a febre amarela. Interditava mocambos e pulverizava quintais, demolia casas consideradas sem condições para uma adequada higienização e, por último, a lei que tornava obrigatória a vacina contra a varíola, aprovada em 31 de outubro de 1904 e contestada por Rui Barbosa, que não queria ter seu sangue envenenado por um vírus.

Segundo o discurso do médico Carlos Chagas na “Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro”, realizada na Biblioteca Nacional em 04 de fevereiro de 1921 e veiculada no Jornal do Comércio do Rio de Janeiro em 11 de fevereiro de 1921, a administração de Oswaldo Cruz foi o início de uma prática científica de saúde, já utilizada nos países ‘cultos’. A lei de vacinação compulsória havia sido empregada na Alemanha de Bismarck e fora extensiva a todas as classes sociais, resultando na extinção definitiva da varíola em todo o território alemão. Esses dados são relevantes para perceber que a importação de procedimentos europeus não acompanhava ações destinadas ao desenvolvimento social. A arbitrariedade imposta gerou grande comoção, como a Revolta da Vacina. A população pobre se sentia lesada, uma vez que havia perdido suas moradias ou

sofrido a humilhação de ter sua privacidade vasculhada, sem nenhuma alteração de suas condições de vida. O projeto visava transformar a suja Rio de Janeiro na ‘Cidade Maravilhosa’, um lugar para os ricos, para as novas e velhas elites regozijarem tranquilamente em seu confortável padrão de vida.

Em 1904, foi aprovado o novo Regulamento Sanitário da União, elaborado por Oswaldo Cruz, e segundo Pinto Neto et al. (2000), a hanseníase passou a ser considerada doença de notificação compulsória; determinando o isolamento domiciliar do doente e resultando na proibição de que ele residisse em casas de habitação coletiva, além de sofrer a desinfecção do domicílio, principalmente nos aposentos, objetos e roupas que tivessem tido contato direto ou indireto com o infectado. Em 1916, Emílio Ribas, em sua conferência “A lepra – sua freqüência no Estado de São Paulo – meios profiláticos aconselháveis”, aconselhou a necessidade do isolamento do doente, assim como o isolamento imediato dos recém-nascidos, filhos dos doentes e a proibição ao mesmo de que exercesse profissão que o colocasse em contato com outras pessoas.

Esta campanha higienista, rica em normas de conduta e ao mesmo tempo disciplinar e vigilante, harmonizou-se com os ideais de uma sociedade de contrários, de dominação, cabendo ao Estado o papel de conter as doenças e as massas trabalhadoras, inseridas num único ‘pacote’, utilizando recursos protegidos numa camada de eficiência e ciência, que Foucault gentilmente esclarece: “(...) a disciplina ‘fabrica’ indivíduos, ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício” (Foucault, 2003, p.143). Esse autor prossegue em sua argumentação acrescentando o seguinte:

(...) Durante muito tempo encontraremos no urbanismo, na construção das cidades operárias, dos hospitais, dos asilos, das prisões, das casas de educação esse modelo do acampamento ou pelo menos o princípio que o sustenta: o encaixamento espacial das vigilâncias hierarquizadas. Princípio do “encastramento”.(ibid.)

Não se deve esquecer que o próprio Dr. Hansen, descobridor do bacilo, via na reclusão em leprosários a única solução para conter a doença, uma vez que a ciência havia provado que o contágio ocorria através dos humanos. Fundamentada nas teorias evolucionistas de Darwin, inicia-se uma política eugênica, de aperfeiçoamento da raça e disciplinadora da reprodução. Dinamarca e Noruega, remanescentes de casos de lepra em território europeu, legalizam a proibição das uniões conjugais entre os portadores dessa doença. O Brasil não adotou essa prática, assumindo a legislação dos países ibéricos, que haviam eliminado a doença sem impor tal constrangimento às famílias, apesar de tal idéia ter sido defendida ardorosamente por alguns.

Na Noruega, o radicalismo se firmava numa postura científica de eliminação da doença, baseada na informação e conscientização da população para a gravidade do caso. Já em 1855, houve a iniciativa de criar ‘comitês de saúde’, estruturados em equipes alicerçadas no trabalho educativo, que realizavam visitas domiciliares atuando como educadores em saúde pública; a internação era voluntária, assegurando o direito de ir e vir. Segundo Curi (2002) os resultados foram surpreendentes: em 1885, a queda na incidência da doença já havia alcançado 70%.

Apesar de respaldadas pelo discurso científico e pela importação de idéias de outros países, as medidas adotadas no Brasil estavam aquém: a lepra era um caso de polícia, e como tal o portador era perseguido, preso e encaminhado para as colônias de leprosos, perdendo até mesmo seu direito à maternidade ou paternidade, pois seus filhos são eram encaminhados e reclusos em preventórios (instituição de reclusão dos filhos são de leprosos). O próprio Regulamento proibia aos hansenianos de trabalharem em fábricas, oficinas e estabelecimentos congêneres, hotéis, confeitarias, colégios, assim como se empregarem como amas, criados, copeiros ou cozinheiros. A omissão em denunciar a doença era vista como crime e penalizada com multas e sanções, uma vez que a notificação passa a ser compulsória.

O preconceito em relação ao portador podia ser sentido até nas posturas do próprio Osvaldo Cruz, que defendia a reclusão em colônias, (em chácaras fora do perímetro urbano), em vez de hospitais ou leprosários, pois os doentes representavam um ‘peso morto’ para a economia da nação, uma vez que a doença não tinha cura e suas deformidades e mutilações poderiam se estender por mais de 40 anos, sendo necessário pensar em livrar o estado dessa despesa colossal; a forma mais racional seria a reclusão produtiva, em lugares onde os leprosos poderiam trabalhar para suprir suas necessidades de sobrevivência. Osvaldo Cruz chegou a mencionar a Ilha Grande para a instalação da Colônia de lázaros, pela sua posição geográfica estratégica; difícil acesso e de fácil vigilância.

Em 1926, em concordância com o discurso científico, o proeminente médico Belisário Penna, diretor do asilo-colônia Santa Izabel em Betim/MG, professor da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, diretor do Serviço de Lepra de Minas Gerais em 1946 e do Serviço Nacional de Lepra em 1958, sugere a construção de dois municípios autônomos especificamente dedicados aos leprosos, um no norte e outro ao sul do país. Isso lhe parece uma estratégia cabível, uma vez que conjuga com o projeto de modernização adotado pelo governo, de vender uma imagem positiva do país, livre da vergonhosa lepra.

O arquiteto Abelardo Soares Caiuby, corrobora o projeto de Belisário propondo apenas uma modificação: a criação de várias zonas de concentração, ou seja, um maior número de “cidades de leprosos”, o que facilitaria o transporte e a reclusão dos doentes. Veremos com mais pormenores as justificativas de Abelardo Soares Caiuby, reproduzidas por Curi:

(...) as extensões territoriaes, fora das zonas destinadas aos doentes, deverão permanecer absolutamente varridas dos portadores dessa moléstia, para que toda a população que nella transite chegue a se convencer de que não existe lepra no Brasil. (..) (CURI, 2002, p.139).

O projeto ultrapassava qualquer forma de reclusão já imaginada, era tão ousado a ponto de recomendar uma legislação diferenciada, ou seja, a legalização de uma nação invisível, à margem do Brasil e a ele submetido.

Outro ponto importantíssimo, é a criação de uma lei orgânica, que regule a vida desses municípios, em moldes inteiramente diversos de tudo quanto até hoje se tem feito em matéria de legislação.

Pois bem, em tais municípios de leprosos, uma legislação especial seria adoptada, para que a vida de cada um pudesse seguir, com a normalidade, que se observa no resto do Brasil. Um prefeito com atribuições de governador geral seria nomeado para cada um. Delegacias de policia, força publica, cartórios de registros e tudo o mais que seja mister à vida das collectividades, alli se instituirá com elementos escolhidos entre os próprios doentes. Nenhum imposto pesaria sobre elles. E o governo federal, atravez das commissões de inspecção que para esse fim fossem nomeadas, prestaria aos municípios a assistência de que cada um necessitasse. Os productos animaes, agrícolas, ou industriaes que nas zonas fossem produzidos, quando excedessem as necessidades do seu próprio consumo, o Governo adquiriria para supprimento de outras (zonas), ou para eleminar, se assim o entendesse. . (CURI, 2002, p.140).

Constata-se a preocupação dos planejadores em conter os doentes em espaços especiais, vigiados e principalmente auto-suficientes. Foram pensadas as leis que regeriam essas misteriosas cidades, mas em nenhum momento foi mencionada qualquer consulta ou participação da população interessada, o que é óbvio, visto que a criação de qualquer projeto para os ‘leprosos’ obedecia ao interesse primordial de acabar com a doença eliminando seus portadores. Retira-se a família, o convívio social, o direito ao trabalho e ao lazer. Priva-os do direito de pensar e agir em causa própria, e por fim da própria pátria. Ser ‘leproso’ significa não ter cidadania, ser e estar no reverso da sociedade desejada.

Além do acto humanitário, que isso representa, haveria esse dique intransponível ao augmento de tais populações. O decrescimento dellas seria fatal e rápido. Circumscripita a moléstia aos únicos individuos que as possuísem, extinguir-se-ia dentro em pouco com a desapareição natural dos seus portadores.” (ibid., p.141)

Tais projetos somente não vingaram devido a dois fortes argumentos: o perigo de haver insurreição dessa população, que já atingia cerca de 30.000 leprosos, e o receio de

perder apoio político ao gerar insatisfação tanto nos governos estaduais quanto na população, que não concordariam com a construção de cidades como essas em seu território. Permanecem os leprosários e os asilos-colônias.

Atacar os vetores era a meta das políticas de saúde da época, mas a lepra representava um desafio, não havia medicamento capaz de conter o bacilo com eficiência. O conteúdo histórico da ‘lepra’ se afirmava, agora com o apoio do discurso científico, mas ao mesmo tempo em que é embrenhada de preconceitos, ou mesmo por esta razão, desperta piedade e incômodo em algumas senhoras ilustres da sociedade, que abraçarão a bandeira, preocupando-se com o conforto e melhoria das condições das instituições asilares, ao mesmo tempo em que lutam por leis mais justas.

Os nomes mais relevantes são os de Alice Toledo de Ribas Tibiriçá, criadora da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra de São Paulo, em 26/02/1926. Maria da Conceição Costa Neves, deputada estadual e reeleita em cinco mandatos consecutivos, destacando-se pela aprovação de leis que beneficiassem os leprosos, como: o projeto de Lei nº 109/1947, que dispunha sobre a criação de um Serviço de Assistência Social aos Doentes de Lepra, subordinado ao DPL-Departamento de Profilaxia da Lepra, e ainda a proposição de um projeto de reserva de 20% dos empregos existentes nos asilos-colônias de São Paulo para os leprosos com alta hospitalar confirmada, inaugurando assim o debate a respeito da criação de quotas em concursos públicos. Há também Eunice de Souza Gabbi Weaver, na década de 30.

O trabalho dessas mulheres estava em procurar dentro do possível uma vida mais digna dentro dos leprosários e ajudar na organização dos preventórios, além de possibilitar campanhas educativas, o que foi considerado imprudente pelo então Presidente do Brasil Júlio Prestes, que via nessa forma de conscientização uma propaganda contrária ao Brasil: ao aparecer como o ‘país da lepra’, o processo de imigração poderia sofrer restrições. Isso se devia ao fato da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra utilizar a

imprensa, promover bailes e várias atividades, com o fim de arrecadar rendas e conscientizar a população. Chegou a circular o Boletim mensal, de 30 de abril de 1929 a março de 1931, e a Revista de Combate à Lepra, de 1936 a 1944.

O processo de imigração ocorrido no final do século XIX e no início do século XX obedece aos interesses dos projetos de desenvolvimento e ocupação do governo federal, conjuntamente com os governos estaduais, principalmente de São Paulo, Rio de Janeiro, e estados do sul do país, tendo como consequência à entrada em território brasileiro de uma mão de obra mais especializada e interessada em ocupar áreas antes despovoadas e improdutivas, o que respondia aos interesses do estado e dos cafeicultores, que não precisavam custear programas educativos destinados à qualificação da mão de obra. Além da experiência em lavoura, indústria e comércio, o imigrante possuía iniciativa e necessidades cujo suprimento incentivou a implantação de indústrias de bens de consumo, incrementando ainda mais a economia brasileira.

O grande pesar é que a propagação da hanseníase obedece a um único critério: projetos de cunho unicamente econômico, sem nenhuma preocupação com a saúde pública, mas que não passaram despercebidos pelas pessoas sensíveis à gravidade da doença e incomodadas com o descaso governamental. Na Mensagem das Sociedades de Assistência aos Lázaros e defesa contra a lepra ao Presidente da República Washington Luiz Pereira de Sousa, datada em 1929, encontra-se documentado um alerta, uma denúncia a essa situação, conforme relatado por Curi:

A Vossa Excellencia, que há sido o mais devotado dos nossos dirigentes, cuja política dominou paixões e estabeleceu o regimen da concórdia, cujo senso econômico, na ultima mensagem, provocou um grito de applauso da Nação inteira, a Vossa Excellencia, sinceramente devotado ao Brasil, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a lepra entrega a mais humilde das causas, mas em compensação a mais importante pelas consequências funestas que acarreta o descaso em que os Lázaros vivem.

Se agora há dificuldade em resolver-se esse problema, que faremos quando as terras ainda incultas estiverem povoadas? Vossa Excellencia rasgou estradas e uma vida nova se estabeleceu acompanhando a facilidade do transporte. Como uma sombra a lepra também um dia virá a todos esses pontos e surdamente minará a vitalidade da raça. É o temor que temos! Não havíamos ainda procurado o amparo do Governo por que esperávamos que Vossa Excellencia houvesse resolvido outras questões para

então apresentarmos o nosso humilde pedido. Assim, pois, esperamos que Vossa Excellencia possa com chave de ouro, encerrar o seu cyclo proveitoso abrindo com a acção official da Nação, horizontes que venham clarear o futuro sombrio do Brasil maculado pelo mal de Hansen! (CURI, 2002, p.99)

1.3.2. A política de Getúlio Vargas para lepra

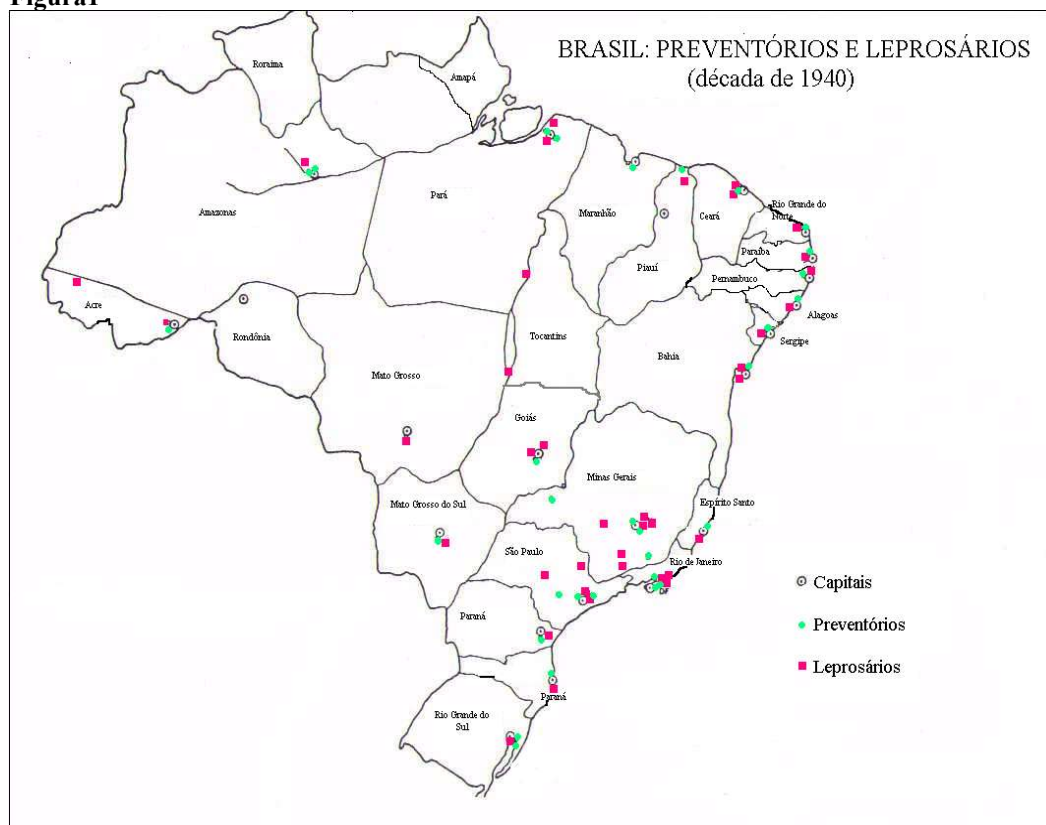
Em relação às atitudes governamentais, temos com Getúlio Vargas a figura mais atuante, pois em seus mandatos foram executados os maiores feitos em relação à lepra, apesar de em 1920 já terem sido criados o Departamento Nacional de Saúde, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra, a Inspetoria de Higiene Industrial e Alimentar e a Profilaxia da tuberculose, como forma de vigiar as condições das fábricas e das moradias de trabalhadores, uma vez que o processo de industrialização efervescente favorecia a aglomeração nos centros urbanos.

Somente em 1941, o governo federal cria o Serviço Nacional da Lepra (SNL), pelo Decreto Lei nº 3171 de 02/04/1941, com o objetivo de implementar e implantar ações de controle, manutenção e criação do que Gomide (1991) considera a tríade leprosário-preventório-dispensário. Os leprosários e preventórios tinham a finalidade de reclusão, respectivamente para os doentes e os filhos sãos; os dispensários eram salas especiais, localizadas nos Postos de Saúde, com entrada diferenciada e identificada pela inscrição “Serviço Especial de Lepra”, tendo como objetivos: descobrir novos casos de lepra precocemente; fazer a vigilância e o tratamento dos casos não contagiantes; fiscalizar eficazmente os contagiantes isolados em domicílio; controlar todos os comunicantes e examiná-los pelo menos uma vez por ano; fazer a vigilância dos egressos dos leprosários até a alta definitiva; auxiliar a educação sanitária do povo, especialmente na parte referente à lepra

e, mais intensamente, junto às famílias conviventes e comunicantes de lepra, divulgando a propaganda em prol da generalização da prática do exame médico periódico.

Segundo Curi (2002), até 1883 havia 12 cidades que possuíam asilo/hospital destinado aos leprosos: Salvador, Recife, Rio de Janeiro, Santa Bárbara, São Paulo, Itu, Belém, Cuiabá, São Luís, Campinas, Piracicaba e Sabará. O total de asilos-colônias no Brasil chegou a 44, além de 35 preventórios. Somente Amapá e Roraima não alojaram tais construções, devido ao baixo número de habitantes na época, mas Macapá teve um dispensário dentre os 102 existentes no país. Através do Mapa 1, é possível visualizar a distribuição espacial dessas instituições no território brasileiro na década de 1940.

Figura1



Fonte: Gomide (1991, p.116)

Os leprosários abrigaram milhares de pessoas durante sua existência. O número de reclusos nos primeiros três meses de 1942 chegou a 16.726, sendo que o estado São Paulo

contribuiu com 52%, tornando-se líder em reclusão, seguido por Minas Gerais com 13,17%, conforme é possível constatar na Tabela 1.

Tabela 1

LEPROSÁRIOS NO BRASIL
Número de pacientes internados no primeiro quartel de 1942

Estado	Número de centros de isolamento	Número de internados	%
São Paulo	5	8.697	52,00
Minas Gerais	6	2.202	13,17
Pará	3	999	5,97
Distrito Federal	2	641	3,83
Paraná	1	630	3,77
Amazonas	2	555	3,32
Rio Grande do Sul	1	466	2,79
Espírito Santo	1	358	2,14
Santa Catarina	1	341	2,04
Ceará	2	314	1,88
Rio de Janeiro	1	247	1,48
Pernambuco	1	213	1,27
Mato Grosso	2	206	1,23
Goiás	4	200	1,20
Maranhão	1	184	1,10
Outros	8	473	2,83
TOTAL	41	16.726	100,00

Fonte: Revista Brasileira de Leprologia, vol. X, junho 1942, apud Monteiro, 2003.

Em seu segundo mandato, Vargas deu continuidade ao trabalho desempenhado pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra (FSAL e DCL) que já possuía sede em várias cidades do Brasil, inclusive em Uberlândia (fundada em 20 de setembro de 1948), apoiando-se na parceria entre a Federação e os correios para realizar a campanha da Semana de Combate à Lepra/Hanseníase (última semana de novembro), em que era cobrada uma sobretaxa de cada selo, destinada à Federação. Essa campanha ocorreu de 1952 a 1994, com exceção os anos de 1967 e 1972. Após a campanha de 1994, foi encerrada por ir contra a constituição federal de 1988, que não permite a prática de sobretaxa.

Com a utilização terapêutica das sulfonas na década de 1940 e da clofazimina na década de 1950, são dadas as primeiras altas, e a reclusão em leprosários passa a ser questionada. Primeiro, por representar ônus aos cofres públicos, visto que a medicação acabou

com o perigo de contágio e o tratamento passa a ser ambulatorial. Segundo, os leprosários não se mostraram eficientes para a redução dos casos, segundo afirma Pinto Neto et al. (2000: 168 e 169) :

No final da década de 50, Baptista (1959), publicou um artigo intitulado “Novos Rumos para o Problema da Profilaxia da Lepra”, no qual afirma que o isolamento compulsório, que juntamente com o dispensário e o preventório constituía o tripé sobre o qual se baseava a profilaxia clássica da hanseníase, não preencheu suas finalidades porque incentivou a ocultação dos focos, restringiu o problema aos médicos dos serviços públicos especializados, executou as medidas de natureza policial e dificultou a detecção de novos casos e o controle dos comunicantes (PINTO NETO et al., 2000, p.168-169).

Curi (2002) aponta que a morte de Getúlio Vargas foi determinante para as ações de assistência aos hansenianos, significando a retirada de verbas federais para a manutenção dos leprosários e preventórios, servindo como ‘divisor de águas’ que delineia o fim do período ‘áureo’ da tutela estatal.

1.3.3. O fim da prática do isolamento compulsório e a inserção social dos ex-portadores de hanseníase

Em 1962, foi implementada uma nova Política de Controle da Hanseníase, baixada pelo Decreto nº 968, revogando o isolamento compulsório, mas, conforme Pinto Neto, “conjugou medidas de controle e intervenção social com as de assistência e fixou regras para a vigilância dos enfermos não internados” (PINTO NETO et al., 2000, p.169), mantendo, entretanto, a determinação de afastar as crianças de seus pais. Essa medida foi debatida no VIII Congresso Internacional de Lepra, em 1963, ocorrido no Rio de Janeiro, que passa a recomendar que os filhos de doentes de hanseníase permaneçam com seus pais e sejam avaliados regularmente.

Com o fim do isolamento compulsório e início do tratamento ambulatorial, porém, restam algumas pendências: como desalojar pessoas que nasceram, cresceram e envelheceram

num mundo à parte? Será que a solução seria abandoná-las À própria sorte? A reintegração dos ex-portadores à sociedade ou a manutenção dessas instituições para os que a conheciam como lar não é considerada incumbência do estado.

A sociedade civil, através da caridade, e principalmente a Igreja Católica, assumiram a responsabilidade de cuidar dessas pessoas. Tem-se como exemplo o leprosário de Anápolis-GO ou a colônia Santa Marta em Goiânia², que serve de morada aos pobres em tratamento, aos mutilados por terem sido vítimas de diagnóstico tardio e para os que foram abandonados pela família e têm no leprosário a única referência de dignidade, assim como aos que não conseguiram se adaptar a uma vida nova num mundo diferente.

A colônia Santa Marta em Goiânia, hoje com novo nome, Hospital de Dermatologia Sanitária e Reabilitação (HDS), foi proibida de receber novos pacientes em agosto de 2003 e, segundo a diretora do hospital, Renata de Almeida Pedreira e Souza, “uma média diária de cem pessoas procuravam a unidade em busca de internação. Ainda hoje, com o hospital em processo de desativação, cerca de três pessoas por dia vão até a colônia na expectativa de serem admitidas” (O Popular, 09/04/2004).

No final da década de 1950, muitos asilados com alta médica deixam as colônias para viverem nas cidades, mas a sociedade não havia sido preparada para recebê-los, nem ao menos tinham informações sobre a doença e as novas descobertas da medicina, prevalecendo no senso comum a ameaça de contágio que sobrevivia nas chagas trazidas pela maioria dos egressos em seus corpos, justificando a ‘nova’ segregação, como mostra Santos:

E o problema se reveste de gravidade ainda maior, pois os preconceitos descabidos a respeito da doença continuam vivos na sociedade, impedindo a reintegração dos egressos no meio social e marginalizando os ainda portadores. É o que se pode perceber analisando a existência de bairros satélites nas proximidades dos sanatórios ou hospitais. Não se pode falar em integração enquanto o doente com alta ou em tratamento for obrigado a residir numa vila especial e segregada (SANTOS, 1984, p.30).

² O Prof. Dr. Eguimar Felício Chaveiro – UFG, tem orientado trabalhos sobre a Colônia Santa Marta. *Potências de vida: a biopolítica e a demografia no estudo do idoso portador de Hanseníase*, é um deles, e foi apresentado VI Congresso Brasileiro de Geógrafos em Goiânia de 18 a 23 de julho de 2004.

Em 1973, existiam ainda 33 sanatórios que atendiam 16.071 internos, de um total aproximado de 170.000 doentes no país, significando que aproximadamente 10% dos portadores ainda necessitavam desse tipo de assistência, uma vez que tais entidades ainda se comprometiam com o tratamento.

Na esperança de conter o preconceito, desde 1976 a literatura médica brasileira deixa de empregar o termo ‘lepra’, substituindo-o por ‘hanseníase’, em homenagem ao descobridor do bacilo de Hansen, o médico norueguês Dr. Gerhard Henrik Armauer Hansen. O governo federal aderiu a essa proposta, determinando que a Divisão Nacional da Lepra e a Campanha Nacional contra a Lepra recebessem a denominação de Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e Campanha Nacional contra a Hanseníase.

No sentido de promover a integração social dos doentes, o termo lepra e seus derivados foram proscritos dos documentos do Ministério da Saúde. Em 1995, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a Lei Federal nº 9.010 de 29 de março de 1995, de autoria do Deputado Elias Murad do PSDB/MG, oficializando o termo hanseníase para todo o território nacional, apesar de desde 1967 não ser mais empregado o termo ‘*leproso*’ pela Secretaria da Saúde estado de São Paulo, que adotou o termo ‘*hanseniásico*’, oficializado três anos depois.

Na maioria dos países não houve a mudança de nome, continuando a designar a doença por ‘lepra’, apesar do apelo de signatários de quinze nações ao X Congresso Internacional de Lepra. Os motivos mais prováveis para o descaso estariam na indiferença pelos problemas da minoria nas Américas e em alguns países europeus, afinal cerca de 97% dos enfermos viviam na África, Ásia e Oceania, não sendo atingidos pelo nome greco-latino, e o termo ‘*lepra*’ teria se tornado insubstituível como chamativo nas campanhas para angariar donativos aos portadores, devido à comoção gerada pelo termo (Veja, 2/11/1977). A Noruega foi um dos países que substituiu o nome por “*Spedalskhead*” (CURI, 2002, p.178).

Na tentativa de minimizar o preconceito e responder às dúvidas sobre a hanseníase, é fundado em 1981 o MORHAN - Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela Hanseníase - entidade sem fins lucrativos que funciona graças ao trabalho voluntário de pacientes, ex-pacientes e todos os que se solidarizam com a causa. Tem a função de atender denúncias (falta de medicamento, atendimento médico, discriminação etc.), encaminhar ao posto de tratamento e informar seriamente sobre a doença. Essa entidade possui como meios de veiculação de informações o jornal do MORHAN, que circula desde 1982, folhetos, cartilhas educativas e o TELEHANSEN, serviço gratuito de informação. Os objetivos do MORHAN são:

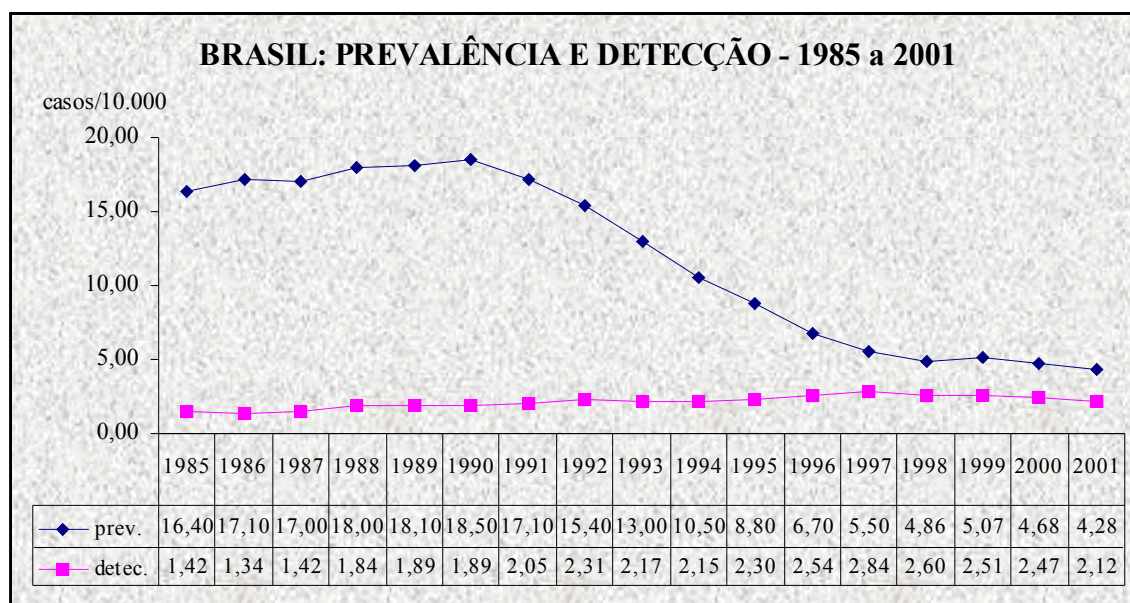
- Colaborar para a eliminação da hanseníase;
- Ajudar a curar, reabilitar e reintegrar socialmente pessoas que contraíram hanseníase;
- Impedir que portadores de hanseníase sofram restrições em seu convívio social (emprego, família, igreja, escola ...);
- Contribuir para que portadores de hanseníase 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), as quais, estando ainda nos antigos hospitais-colônia, lá desejam ficar.

1.3.4. O Brasil na era da Poliquimioterapia (PQT)

Em 1985, o número de países considerados endêmicos era 122, mas com a utilização da poliquimioterapia (PQT) desde 1981, em nível mundial, houve uma acentuada queda dos registros da doença, e em 1991 apenas 15 países eram considerados endêmicos. Atualmente a situação é alarmante em seis países: Índia, Brasil, Madagascar, Moçambique, Myanmar e Nepal. Conflitos e instabilidade política são limitantes para ações de saúde em Moçambique, Madagascar e Myanmar; no Nepal, as dificuldades geográficas e a falta de especialistas são preponderantes; na Índia, a centralização das ações de saúde associadas ao elevado número populacional são obstáculos para o sucesso das ações; no Brasil, o atraso de 10 anos para a introdução da poliquimioterapia e a falta de um eficiente sistema de informação restringem o conhecimento exato do problema hanseníase.

Em 1991, o Brasil assinou um acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), comprometendo-se a eliminar a hanseníase até 2000, ou seja, a adequar as taxas de prevalência (número de registros ativos) para 1 caso/10.000 habitantes, e em troca receberia toda a medicação gratuitamente. Isso se dá concomitantemente com a introdução da poliquimioterapia no país, responsável por diminuir significativamente o número de casos, conforme se percebe no gráfico abaixo:

Gráfico 1



Coefficiente /10.000 habitantes - Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

Ao mesmo tempo em que as taxas de prevalência diminuíram em razão da redução do tempo de tratamento, promovida pela nova terapêutica (PQT), ainda não foi suficiente para atingir a meta de 1 caso/10.000 habitantes, pois as taxas de detecção (casos novos) tiveram um sensível aumento que permaneceu constante, ocasionando a entrada de novos registros. Isso demonstra a existência de pessoas contagiadas, mas não diagnosticadas, possivelmente pelo longo tempo de incubação do bacilo, em média 5 anos.

Percebendo a impossibilidade do Brasil em atingir a meta no tempo previsto, a OMS (Organização Mundial de Saúde) dilatou o prazo para 2002, e novamente até 2005.

Em 2002, o Governo Brasileiro assumiu a presidência da Aliança Global para a Eliminação da Hanseníase durante o fórum mundial sobre a doença, ocorrido em Brasília. Apesar de ainda apresentar um quadro insatisfatório, o Programa Brasileiro conseguiu obter avanços relevantes, conforme exposto pelo Informativo Semanal do CONASS - Conselho Nacional de Secretários da Saúde:

- Em 1990 eram 280 mil casos registrados da doença; em 1997 esse número havia reduzido para 87 mil e em 2000 caiu para 77 mil;

- O abandono do tratamento que era de 25% em 1990 caiu para 17% em 1997 e em 2000 chegou a 12%;
- As incapacidades físicas no momento do diagnóstico que chegavam a 15% em 1990, diminuíram para 4,5% em 2000;
- Em 15 anos foram capacitados cerca de 110 mil profissionais técnicos que aliados aos agentes comunitários de saúde compõem uma equipe de 250 mil envolvidos diretamente nas ações de eliminação da doença;
- As ações do Ministério da Saúde foram intensificadas com a mobilização nacional, lançada em novembro de 2000, em parceria com estados e municípios, e com o apoio da Opas (Organização Pan-americana de Saúde) e das sociedades científicas e organizações não-governamentais;
- A coleta e o processamento das informações sobre a hanseníase e a tuberculose estão sendo melhoradas e agilizadas (CONASS, 2002).

As informações sobre a redução das taxas de prevalência nos últimos 10 anos demonstram a eficiência da poliquimioterapia (PQT), uso combinado da Rifanpicina, um bactericida fortíssimo empregado no tratamento da tuberculose, associado à Dapsona, que é uma sulfona tradicional no tratamento da hanseníase e tem um efeito bacteriostático, e também à Clofazimina, que tem efeito bactericida e bacteriostático. Porém, as taxas de detecção estão cada vez mais altas, talvez como resultado do acordo firmado com a OMS (Organização Mundial de Saúde), que de certa forma preparou melhor a classe médica quanto ao diagnóstico, ou devido à maior eficiência na coleta de dados. O número exato de pessoas infectadas não é preciso, mas estima-se que esteja em torno de 15.000 (casos ocultos), e a falta de informação e mesmo o desconhecimento sobre a hanseníase ainda é responsável pelo diagnóstico tardio e pela disseminação da doença, uma vez que o tempo de incubação é longo.

Por ser uma doença associada às condições socioeconômicas, fica evidente que em um país campeão em concentração de renda, em que impera as desigualdades sociais, por mais que haja pessoas seriamente envolvidas nas questões de políticas públicas de saúde, esbarra-se em dificuldades financeiras e políticas, pois nem sempre uma doença endêmica encabeça a lista de prioridades. A poliquimioterapia fez a sua parte; abaixar ainda mais as taxas agora se torna uma decisão política, pois implica decidir onde empregar o dinheiro.

Um fator primordial para a execução das políticas públicas de saúde é o financeiro, já que o Brasil ainda esbarra na falta de orçamento destinado às ações de saúde. Em 1998, foi

criado o Piso de Atenção Básica - PAB, com o intuito de agilizar a descentralização dos recursos para a saúde, iniciada em 1991. O governo federal repassa anualmente verbas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, uma quantia mínima de R\$ 10,00³ e máxima de R\$ 18,00 por habitante. O PAB é composto de uma parte fixa, destinada ao custeio da assistência básica e de uma parte variável relativa aos incentivos para o desenvolvimento de ações nos campos: da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; da assistência farmacêutica básica; dos agentes comunitários de saúde, da saúde da família, do combate às carências nutricionais e de outras que venham a ser posteriormente agregadas, segundo o Plano Plurianual – PPA 2000/2003 do Ministério da Saúde. Além de ser uma quantia insuficiente para prover todas as necessidades da população, cobre aproximadamente 51% da população brasileira e 88,6% dos municípios, sendo importante conhecer a realidade da distribuição de recursos entre as regiões. Observando a tabela 2, percebe-se que a Região Sul possui os melhores indicadores de cobertura, registrando 68% da população e 94% dos municípios, enquanto a Região Sudeste aparece com a pior cobertura (34% da população e 82% dos municípios).

Tabela 2

DEMONSTRATIVO DOS MUNICÍPIOS HABILITADOS EM GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA POR REGIÃO				
REGIÃO	Nº de Municípios	População 2000	Municípios Habilitados	População Coberta
NORTE	449	12.919.949	378	7.410.799
NORDESTE	1.792	47.679.381	1.647	31.380.466
CENTRO OESTE	463	11.611.491	420	5.738.767
SUDESTE	1.668	72.262.411	1.369	24.418.106
SUL	1.189	25.071.211	1.113	17.162.526
BRASIL	5.561	169.544.443	4.927	86.110.664

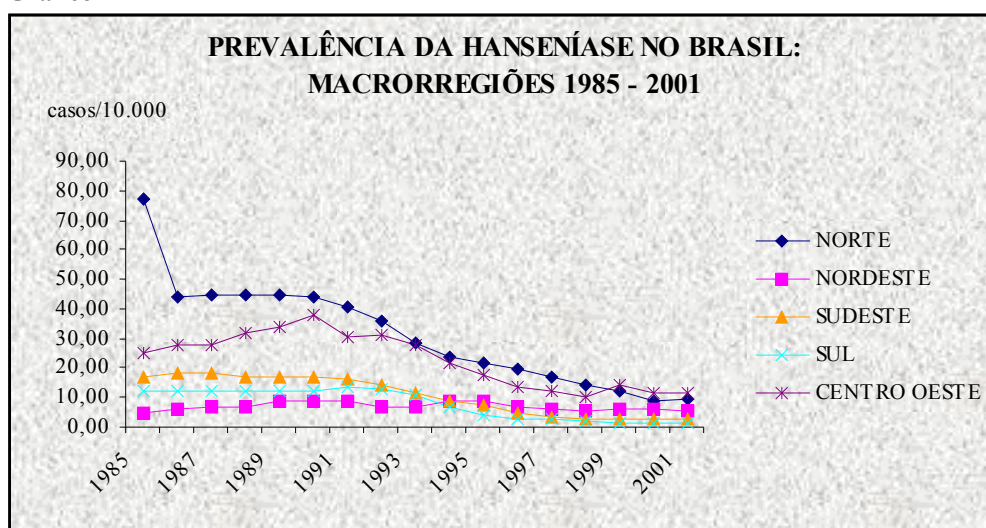
Fonte : Coord. Impl. Desc./SPS

A região Norte apresenta 84% de municípios habilitados com uma cobertura populacional de 57% e a Centro-Oeste possui 91% dos municípios habilitados e uma

³ A cotação do dólar em 16/08/2005 – 2,355

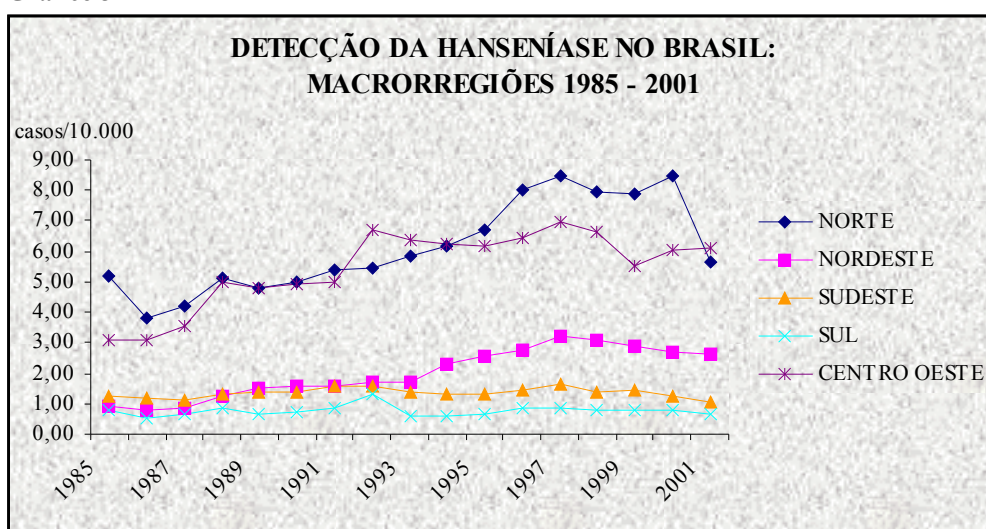
cobertura populacional de 49%, deixando evidente que a cobertura populacional ainda é baixa. Isso pode ser uma consequência da entrada de serviços de saúde nos últimos anos e da notificação dos casos de hanseníase. Outro fato importante é que a prevalência diminuiu consideravelmente em todas as regiões de 1985 a 2001, mas as taxas de detecção tiveram uma considerável alta em seus números em todas as regiões, como se pode observar nos gráficos 2 e 3:

Gráfico 2



Coeficiente /10.000 habitantes - Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

Gráfico 3



Coeficiente /10.000 habitantes - Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

A falta de verbas para a saúde, que normalmente já é insuficiente, esbarra na falta de interesse político. O Boletim Eletrônico da Associação de Hospitais de Minas Gerais de 03 de Agosto de 2005 noticiou que o Ministério da Saúde anunciou o corte de R\$ 188 milhões de diversos programas de controle de endemias, entre os quais: malária, chagas, dengue, saúde do trabalhador, saúde mental, vigilância sanitária, combate à hanseníase e a tuberculose, combate ao tabagismo, compra de medicamentos estratégicos para a AIDS, diabetes e hemofilia. E ainda de R\$ 472 milhões, que seriam destinados a investimentos na rede ambulatorial e hospitalar; obras e equipamentos de hospitais, saneamento básico em áreas endêmicas, investimentos na área de emergência e maternidade, além de investimentos na área do sangue e hemoderivados.

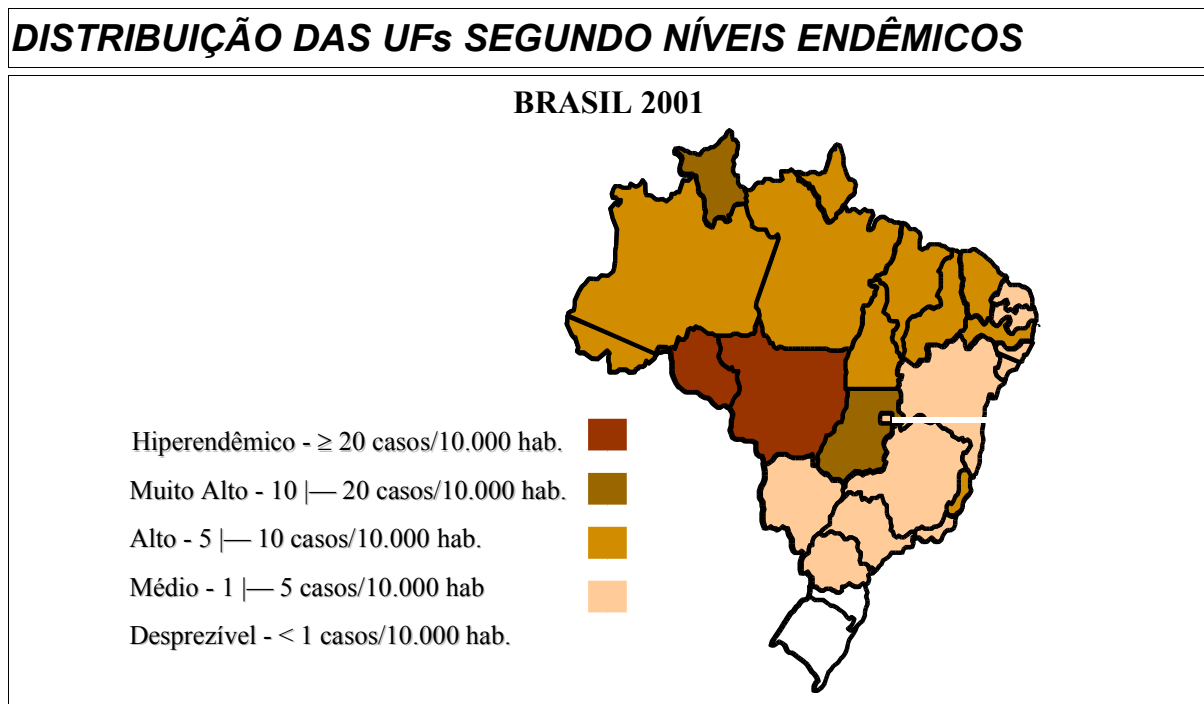
A eliminação da hanseníase no mundo até 2005 é uma iniciativa a OMS (Organização Mundial de Saúde), que espera encontrar nos Ministérios de Saúde de cada país empenho quanto ao planejamento, implementação, coordenação e monitoramento das ações e, segundo Mencaroni (2003), conta com parceiros importantes como a Nippon Foundation, que colaborará com 24 milhões de dólares, e a Fundação Novartis, que doará a PQT (poliquimioterapia), no valor de 30 milhões de dólares para o tratamento de todos os casos no mundo até 2005. Os países que não se adequarem a 1 caso/10.000 habitantes até a data prevista não receberam mais o medicamento gratuito, o que dificultará ainda mais qualquer iniciativa de conter a doença.

Com o intuito de estimular o trabalho de eliminação da doença, o Ministério da Saúde publicou em outubro de 2002, a portaria nº 1.838, que cria um bônus de incentivo aos municípios considerados prioritários. Os estados e municípios tiveram que assinar um “Termo de Adesão”, comprometendo-se a usar o recurso nas ações para eliminação da hanseníase até 2005. Ficou definido que as Secretarias Municipais de Saúde receberão R\$ 60,00 e as Secretarias Estaduais R\$ 10,00 para cada caso detectado/notificado (MENCARONI, 2003).

Outro fator importante para o desempenho do Plano de Eliminação da Hanseníase e dos Projetos e Programas a ele vinculados é a falta de interesse dos profissionais de saúde, por estar vinculado e restrito aos serviços públicos, onde a remuneração é baixa e se requer dedicação: reuniões com o portador e família para a conscientização em relação ao tratamento, preenchimento de fichas a cada consulta ou administração da medicação.

No Brasil, somente os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul atingiram a meta proposta pela OMS, de 1 caso/10.000, seguidos do Rio Grande do Norte, que já apresenta dados de eliminação, mas a realidade ainda é alarmante quando deparamos com índices hiperendêmicos como Mato Grosso e Rondônia, com taxas de prevalência e detecção acima de 8 casos 10/000 habitantes. Minas Gerais, com 3,4 casos/10.000 habitantes, integra os estados brasileiros com médias taxas de prevalência, o que não desmerece qualquer esforço empreendido para atingir a eliminação.

Figura 2



Fonte: ATDS/DAB/SPS/MS; SES; IBGE

Todos os dados apresentados são suficientes para compreender a dimensão da hanseníase no cenário nacional, todavia, mascaram a realidade local, pois a doença se distribui de forma diversificada no interior de cada estado. Dos 5.561 municípios brasileiros, 60% apresentaram novos casos em 2003 e, no primeiro semestre de 2004, foram confirmados 25.288 casos. Cada estado possui uma realidade distinta e o Brasil apresenta 328 municípios prioritários para o Plano de Eliminação da Hanseníase, por serem responsáveis por 80% dos casos da doença. Mesmo os municípios onde a hanseníase foi eliminada ou estão prestes a eliminá-la ainda são responsáveis por 48% da detecção, segundo o Plano Plurianual 2000/2003 do Ministério da Saúde. Esse fato demonstra a necessidade de se fazer estudos mais aprofundados, desmistificando o histórico da doença e conscientizando a população de que a hanseníase está presente e, para atacá-la, o primeiro passo é reconhecê-la como doença e não como vergonha. Para isso é necessário informação, reflexão e conscientização; é necessário repensar os valores que permeiam a sociedade e que marcam profundamente o espaço, onde se materializa o social.

CAPÍTULO 2

A HANSENÍASE EM MINAS GERAIS: A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Como vimos no capítulo anterior, o país vem passando por sérias dificuldades econômicas, que atingem diretamente a sociedade e se refletem no quadro geral da saúde. Apesar da redução da prevalência da hanseníase em 60%, com a introdução da poliquimioterapia, houve o aumento em 100% nos registros de detecção, fazendo com que o Brasil assumira a segunda posição do mundo em número de casos, atualmente com 79.000 infectados, representando 80% dos casos da América e uma alta taxa de detecção, em torno de 4 casos/10.000 habitantes.

A falta de um sistema de informação eficiente, que restringe o conhecimento exato do problema foi gerada, conforme Sarno, por descaso do governo militar que ignorou a questão a ponto de fazer acreditar que a doença não existia mais no país, desmantelando o programa: “Não se tinha mais registros, desapareceram os serviços, os médicos que sabiam diagnosticar aposentaram-se, os outros não sabiam reconhecer a doença” (SARNO, 2003, p.283). Em 1985, a OMS (Organização Mundial de Saúde), preocupada com a falta de registros sobre a hanseníase no Brasil, realizou juntamente com a OPS (Organização Pan-americana de Saúde) estudos de avaliação, e descobriram uma endemia em ascensão, por meio de um trabalho realizado pelo chileno Manoel Zuniga. A esposa do ministro Carlos Sant’Anna, Fabíola Pereira Nunes, trabalhando na Secretaria do Ministério da Saúde, começou a organizar o sistema, promovendo treinamento em vários estados. Maria Leide de Oliveira foi a responsável pela organização dos serviços em todas as unidades da federação. Desde essa nova reorganização, os dados passaram a ser mais confiáveis, fornecendo um panorama da doença no país.

Na tentativa de desencadear o processo informação-decisão-ação, a notificação da doença passa a ser obrigatória através da portaria nº 1943 de 18/10/2001, que dispõe sobre a

organização das ações de Vigilância Epidemiológica. A portaria 993/GM/MS de 04/09/2000 regulamenta a lista de doenças de Notificação Compulsória em todo o território nacional.

Quadro 1

DOENÇAS OU AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO IMEDIATA (notificar POR TELEFONE e ao mesmo tempo preencher fichas de NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO do Sinan)	DOENÇAS OU AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DIÁRIA (preencher fichas de NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO do Sinan)	
Sarampo Rubéola Botulismo Carbúnculo ou “Antraz” Síndrome Respiratória Aguda Grave Cólera Doença Meningocócica e outras meningites Meningite por <i>Haemophilus Influenzae</i> Febre Amarela Febres Hemorrágicas (de Etiologia não Esclarecida) Hantavirose Poliomielite Paralisia Flácida Aguda Peste Raiva Humana Tétano Neonatal Tularemia Varíola Surtos ou óbitos de Agravos Inusitados Difteria, Doença de Etiologia não Esclarecida	Acidente com Animais Peçonhentos Coqueluche Dengue Diarréias Agudas Difteria Doença de Chagas (casos agudos) Esquistossomose (em Área não endêmica) Febre Maculosa Febre Tifóide <i>Hanseníase</i> Hepatite A , Hepatite B, Hepatite C Infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) Em Gestantes e Crianças Expostas ao Risco de Transmissão Vertical	Leishmaniose Tegumentar Americana Leishmaniose Visceral Leptospirose Malária (Em Área Não Endêmica) Poliomielite Síndrome da Rubéola Congênita Sífilis Congênita Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) Tétano Varicela Tuberculose Intoxicações em Geral Intoxicações por Agrotóxico Intoxicações Alimentar Acidente de Trabalho

Fonte: Boletim Epidemiológico nº 1/2003 da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.

Segundo Sarno (2003), o desconhecimento sobre a dinâmica da doença ainda hoje apresenta muitos pontos de interrogação no terreno epidemiológico, os mesmos do passado, como as dificuldades de se entender a transmissão, suscetibilidade, destruição dos nervos. Isso ocorre por ser a hanseníase uma doença exclusivamente humana, o que torna impossível o cultivo do *Mycobacterium leprae* em laboratório e, por isso, não existem modelos experimentais sólidos, ou seja, animais que desenvolvam a doença. Além das dificuldades na pesquisa, o próprio tratamento pode ter respostas inesperadas, algumas pessoas consideradas

curadas sem motivo aparente ficam doentes de novo, a recidiva ocorre em apenas 1% dos casos em tratamento com a poliquimioterapia (PQT). Outras, após o início do tratamento, são vítimas de lesões, o que abala a confiabilidade no mesmo.

Apesar de constataremos a existência de problemas no emprego de multidrogas, eles são mínimos se comparados aos enfrentados em tratamentos anteriores. Antes da poliquimioterapia, o tratamento era longo, podendo durar a vida inteira, levando à descrença e ao abandono.

O desconhecimento da dinâmica da doença, a tradição de longo tempo de tratamento e a falta de registros e profissionais capacitados para o diagnóstico foram causadores de um desconforto em relação ao emprego da nova terapia, a grande resistência foi a responsável por dez anos de atraso na implantação da poliquimioterapia (PQT), que somente em 1991 foi instaurada no Brasil.

Internamente, a hanseníase se distribui de forma aleatória e focal, nem sempre obedecendo aos critérios de riqueza, podendo estar presente em estados possuidores de alta renda per capita ou não. As taxas de detecção e prevalência são diferentes em cada estado, não sendo possível observar uma seqüência geográfica, o que torna a pesquisa mais instigante e pontual, visto que para se conhecer a realidade é necessário um enfoque vertical. Por ser uma doença marcada por estigmas e segregação, possivelmente algumas respostas esclarecedoras poderão ser obtidas através da visão de mundo, ou seja, da construção social do espaço.

2.1. A hanseníase em Minas Gerais: um breve histórico

A hanseníase foi introduzida em Minas Gerais com o Ciclo do Ouro, séculos XVII e XVIII, acompanhando o movimento de colonização e povoação do país. Segundo Curi (2002), já em 1771, a população da capitania se mostrava tão preocupada com o número de casos da doença que construiu com verbas de particulares, proveniente da caridade, o Hospital de

Nossa Senhora da Mãe dos Homens, um asilo próprio para abrigar os doentes de lepra localizado na Serra da Caraça, em Santa Bárbara, entre os centros auríferos de Sabará e Ouro Preto (que na época atraíam aventureiros de todas as partes do país e da metrópole). Não há nenhum registro da doença em indígenas, o que reforça a teoria de que a hanseníase fora trazida da Europa pelos colonizadores.

A reclusão em leprosários já era regra no Brasil desde 1640, quando em Salvador, capital da colônia, surge o ‘Campos dos Lázaros’; a iniciativa de se estabelecer um lugar apropriado para os portadores do mal se espalharia entre os centros urbanos importantes, como Recife e Rio de Janeiro, penetrando na província de Minas Gerais de forma natural, uma vez que não se cogitava outra alternativa de lidar com o leproso.

A ocupação e povoamento de Minas Gerais, ligados à exploração de metais e pedras preciosas, favoreceram o surgimento de importantes centros urbanos, pois a atividade mineradora coadunava com um expressivo comércio interno, uma vez que era necessário alimentar e suprir as necessidades básicas dos mineradores, além de abarcar toda uma superestrutura montada pela metrópole para contemplar seus interesses: fiscalizar a produção, a venda e a compra dos metais e pedras preciosas, todo esse aparato atraiu muita gente em pouco tempo.

Durante todo o período em que a reclusão dos portadores era vista como a única medida viável para se deter o contágio, os asilos-colônia se espalharam pelo Brasil; dos 44 existentes, Minas Gerais abrigou seis, sendo o estado que contemplou o maior número, distribuído da seguinte forma: São Francisco de Assis, em Bambuí; Santa Izabel, em Betim; Ernani Agrícola e Cristiano Machado / Roça Grande, ambos em Sabará; Santa Fé, em Três Corações, e Padre Damião, em Ubá. A partir de 1817, a Santa Casa de São João Del-Rei manteve uma “casa para morféticos”, e em 1883 foi inaugurado o “Hospital dos Lázaros” de Sabará.

Além da presença marcante dos asilos-colônia, Minas Gerais manteve o maior número de Preventórios, instituições para abrigar os filhos sãos dos doentes; de 35 Preventórios distribuídos pelo Brasil, seis se localizavam no estado: Educandário Eunice Weaver em Araguari; Aprendizado Técnico Profissional, Educandário São Tarcísio e Pupileira Ernani Agrícola, em Belo Horizonte; Educandário Carlos Chagas, em Juiz de Fora, e o Educandário Olegário Maciel, em Varginha. Minas Gerais não se destacou somente em número de dispensários, pois, de 102 existentes no país, 46 situavam em São Paulo, 13 no Rio de Janeiro e Goiás, e Minas Gerais detinha o terceiro lugar com seis dispensários, que se encontravam nas seguintes cidades: Dispensário Central em Belo Horizonte, Dispensário de Bambuí, Dispensário de Ubá, Dispensário de Juiz de Fora, Dispensário de Três Corações e Dispensário de Uberaba.

Curi (2002), ao relatar quatro censos sobre a lepra realizados na província de São Paulo durante o século XIX, cita um censo efetuado na região sul de Minas Gerais na mesma época, que mencionava a incidência de 1,11/1.000 habitantes, considerada alta, caso se considere a credibilidade dos censos da época. De qualquer forma, essas medidas evidenciam algum interesse em resolver ou amenizar o problema que a lepra representava, não fugindo das medidas em voga.

Temos também um importante representante da doença, o grande artista conhecido como Aleijadinho (Antônio Francisco Lisboa 1738–1814), que apresentava sintomas da doença aos quarenta anos de idade e, em fins de 1877, o escultor já perdera os dedos dos pés, tendo que andar de joelhos, e os dedos da mão se atrofiaram de tal forma que, em uma atitude extremada, o artista resolveu cortá-los.

A doença também serviu como divisor de águas de sua obra; Mario de Andrade foi um dos primeiros a notar duas fases nítidas: a fase sã, de Ouro Preto, que se caracterizou pela serenidade equilibrada e pela clareza magistral, e a fase enferma, que revela um sentimento mais gótico e expressionista, em que sua revolta contra os poderosos, contra o fato de ser

mulato e doente fez com que retratasse as figuras de ‘brancos’, ‘senhores’ e ‘capitães romanos’ deformados, numa sutil retaliação que Gilberto Freyre denominou de “vingança de sub-raça oprimida” (apud BUENO,1997, p.70-71). A repercussão mundial do conjunto de obras de Aleijadinho atrai turistas de várias partes do Brasil e do mundo, e seu codinome remete a memória à imagem das chagas e deformações incapacitantes, próprias da doença em seu estágio avançado.

Segundo Gusmão, o estado também teve na figura do ilustre médico e pesquisador francês Alphonse Marie Edmond Pavie (1869 a 1954), a adoção de práticas científicas em relação à lepra. Pavie veio morar no Brasil em 1892 e, em 1894, dirigiu-se ao interior de Minas Gerais como médico da construção da Estrada de Ferro Bahia-Minas. Ao término da obra em 1898, continuou morando em cidades do nordeste mineiro, como Teófilo Otoni e Capelinha, até que em 1910 muda-se para Itamarandiba, onde inicia, em 1911, o atendimento a hansenianos da região. Seus métodos estavam além da simples reclusão: instalava os doentes em choupanas a dois quilômetros e meio da cidade e passava a tratá-los utilizando métodos extremamente atualizados para a época; submetia os pacientes à biópsia da pele para pesquisa do bacilo de Hansen e à dissecação asséptica do leproma para preparar a emulsão de Gougerot (pesquisador que propôs, em 1907, o leproline-diagnóstico, comparável ao tuberculino-diagnóstico, cujo objetivo era reconhecer a hanseníase em fases incipientes de sua evolução, recorrendo-se aos extratos preparados com lepromas).

Pavie, em seu afã de curar, correspondeu-se com os grandes leprólogos do mundo; o Major Roost (de Rougon), Don Santon (de Beumam), Zambaco Pacha (de Constantinopla, autor da obra *La lèpre a travers lês siècles et les Contrées*), Gougerot (professor de Dermatologia da Universidade de Paris, autor de vários trabalhos sobre hanseníase) e com o Leprosário de Harrar (cidade do norte da Etiópia), tudo para oferecer aos seus pacientes segurança e esperança, numa época em que o diagnóstico e a terapêutica da hanseníase tecnicamente orientados eram inexistentes em Minas Gerais. Esses procedimentos nada

convencionais atraíram muitos pacientes, tornando-se, no estado, referência no tratamento de hanseníase.

Cumprе esclarecer que Pavie não foi um simples desconhecido; era reconhecido como modernizador das técnicas cirúrgicas, empregando com excelência as novidades utilizadas nos grandes centros europeus. Em 1904, o então presidente do Estado de Minas Gerais, Francisco Antônio Alves, nomeia-o para o cargo de delegado vacinador e, em 1905, Rodrigues Alves, presidente da República, nomeia-o para o posto de Major Cirurgião da Terceira Brigada de Infantaria da Guarda Nacional da cidade de Minas Novas.

Apesar da constatação da ocorrência de iniciativas arrojadas em relação à hanseníase, já aplicadas no estado desde as primeiras décadas do século XX, por meio do exemplo acima, estas não foram, entretanto, capazes de efetivar a cura ou romper com o contágio.

No Brasil, nessa época, era comum a aplicação do óleo de uma planta denominada chalmogra e seus derivados que, conforme relata Araújo (2005), pertencia à antiga farmacopéia hindu e chinesa para doenças da pele, pois promovia uma melhora dos sintomas e apresentou-se eficaz na regressão das lesões das formas paucibacilares. Essa medicação foi descartada com a introdução das sulfonas em 1943 que, auxiliadas pelo soro das vitaminas B e C, corticosteróides e analgésicos, não alteraram substancialmente o quadro epidemiológico da doença, mas já impediam o contágio, além de amenizar a carga de sofrimento dos portadores, mesmo que o tratamento se estendesse pela vida inteira, sem efetivamente alcançar a cura. O grande progresso viria em 1965, com o emprego da talidomida; entretanto, os efeitos colaterais e as conseqüências que a droga causava, principalmente em gestantes, fizeram com que logo fosse descartada. A descoberta da clofazimina na década de 60 e a rifampicina na década de 70 felizmente possibilitou a cura.

De qualquer forma, Minas Gerais figura como um espaço de referência; o próprio relatório do LEM (Monitoramento da Eliminação da Hanseníase, elaborado no Brasil por iniciativa da Organização Pan-americana de Saúde - OPS), em suas conclusões, menciona em

seu primeiro item que “o Estado de Minas Gerais possui uma escola hansenológica importante e com nomes significativos” e acrescenta que “a prevalência é ainda importante e, mais que isto, a taxa de detecção é bastante elevada” (LEM, 2003, p.15). Por outro lado, o preconceito contra os portadores parece ser um diferencial; segundo Artur Custódio Souza, coordenador do Morhan (Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase) que, em reportagem publicada pelo Jornal Correio de Uberlândia de 10/05/2005, afirmou que pesquisas do Morhan apontam Minas Gerais como o Estado que possui maior índice de discriminação aos portadores de hanseníase, o que pode ser uma comprovação relevante, porém embutida, uma vez que não é contemplada pelo Plano de Eliminação ou qualquer material da Secretaria Estadual de Saúde, que alertam apenas para o fato de o estado ter mantido o maior número de casos do país, o que parece uma forma de atrair a atenção para um fato encarado como corriqueiro.

2.2. A eliminação da hanseníase em Minas Gerais nas décadas de 1980/2000: um problema de saúde pública

De acordo com a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais (2004), o estado é detentor da terceira economia do País e seu Produto Interno Bruto (PIB) representa 9,61% do total brasileiro, equivalente à de países como Finlândia, Irlanda, Venezuela e Peru. Com uma localização estratégica na região Sudeste do Brasil, Minas Gerais possui uma área de 588 mil km², o que representa 6,9% da área do território nacional, sendo maior que a França, a Suécia, a Espanha e o Japão. A população de 18,9 milhões de habitantes é predominantemente urbana (82%) e está distribuída de forma equilibrada no estado. Possui um forte e dinâmico setor econômico, o que justifica a existência de várias universidades,

centros de pesquisa e de treinamento reconhecidos em nível mundial, garantindo força de trabalho qualificada.

Apesar da pujança econômica, o estado ainda não atingiu a meta de 1 caso/10.000 habitantes proposta pela OMS (Organização Mundial de Saúde) até 2005. No Brasil, os únicos estados a atingi-la foram Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A importância de se adequar a taxas de 1/10.000 é a possibilidade de controlar a doença visando a futura erradicação, ou seja, uma situação em que não se tenha registros de casos novos por vários anos, o que no momento não é possível, por se tratar de uma doença com longo prazo de incubação (uma média de 5 anos). O Rio Grande do Sul, primeiro estado a eliminar a doença em 1995, registrou em 2002 o total de 233 casos, cinco com idade inferior a 15 anos, o que demonstra que erradicar é uma proposta a longo prazo.

Os progressos alcançados pelo estado nesse propósito são visíveis: em 1985, a taxa de prevalência⁴ de Minas Gerais era de 26,9 casos/10.000 habitantes, considerada bastante elevada, e em 1991, ano da introdução da poliquimioterapia (PQT), registrava 22,2 casos/10.000 habitantes, caindo bruscamente para 6,9 em 1996, corroborando a eficácia da nova terapêutica. A abrupta diminuição é devida às crescentes altas, proporcionadas pela diminuição do tempo de tratamento, que antes durava no mínimo cinco anos, podendo se arrastar pela vida inteira do paciente, para altas com o novo tratamento em seis meses ou em dose única, nos casos Paucibacilares (que eliminam poucos bacilos), ou 18 meses nos casos mais graves, os Multibacilares (que eliminam muitos bacilos).

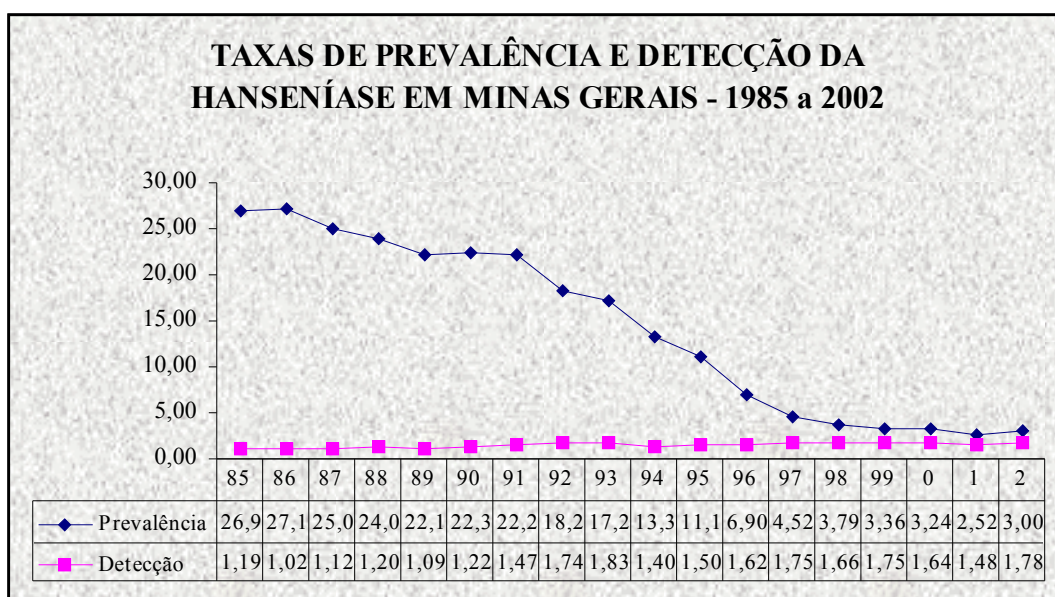
A taxa de prevalência em 2002 se mantinha em 3,0 casos/10.000 habitantes, tendência verificada desde o ano de 2000, ou seja, o rápido progresso dos primeiros anos de poliquimioterapia parece ter encontrado um patamar de estabilidade, demonstrando que o

⁴ A OMS define como taxa de prevalência (casos novos ou antigos sem alta médica) aceitável para considerar eliminada 1 caso/10.000 habitantes, o mesmo ocorre com a taxa de detecção (casos diagnosticados no período de um ano)

tratamento surtiu efeito, mas torna-se inócuo, se ações sérias de política de saúde pública não contemplarem a hanseníase como prioridade.

Atendo-se apenas à evolução das taxas de prevalência, pode-se chegar à conclusão otimista de que, com pouquíssimo esforço, a meta almejada será atingida até 2005, melhor dizendo, já poderia ter sido alcançada em 2000, conforme a primeira proposta da OMS, acordada na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, em 1991. Abaixar o número de tratamento por alta é significativo, mas não o suficiente para comemoração. Esbarra-se na alta taxa de detecção, ou seja, a cada ano diagnosticou-se cerca de 3.000 casos novos no estado e cerca de 40.000 casos no Brasil, e ainda se convive com um elevado número de casos ocultos (casos não diagnosticados), estimado em aproximadamente 15.000 em todo o país. O percentual de casos detectados com atraso em Minas Gerais é significativo, cerca de 8,66% (LEM, 2003), o que garante um maior tempo para o contágio e para o aparecimento de deformações. Com taxas de detecção de 1,8 casos /10.000 habitantes em 2002, a hanseníase ainda é um problema de saúde pública em Minas Gerais. Na sequência, o Gráfico 4 mostra a evolução das taxas de prevalência e detecção no período de 1985 a 2002.

Gráfico 4



Coefficiente /10.000 habitantes . Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

Segundo relatório do LEM (2003), algumas dificuldades devem ser saneadas, como: a cobertura geográfica do estado é baixa, ou seja, não são todos ou a maioria das unidades de saúde dos municípios que possuem serviço de PQT (poliquimioterapia), e não se identifica nenhuma unidade do PSF (Programa Saúde da Família) que dê atenção à hanseníase; Minas Gerais é o estado com a maior média de distância para deslocamento para o tratamento (89,59 km), e a flexibilidade na entrega da dose do PQT (poliquimioterapia) é restrita, nas pesquisas realizadas pelo LEM somente 7% dos pacientes entrevistados afirmaram receber doses extras quando solicitadas. Um trecho importante do documento é quando afirma a impossibilidade do estado em atingir a meta no prazo estipulado, apesar dos esforços empreendidos:

Os valores encontrados para a taxa de detecção permitem dizer que o Estado de Minas Gerais ainda se encontra no grupo de alta detecção, isto é, acima de 1,0 por 10.000 habitantes. Em conjunto com a taxa de prevalência, verifica-se uma dificuldade em atingir a eliminação no ano de 2005. Somente a taxa de detecção seria suficiente para manter o estado fora da faixa de eliminação e, aparentemente, a curva apresenta-se de forma estável em altos patamares. Desta forma, a tendência é de que o estado não venha a atingir a meta em curto espaço de tempo, ainda que apresente condições técnicas de pessoal e de gerência para tentar lograr esta meta. (LEM, 2003, p.9)

Na tentativa de entender a preocupação dos órgãos oficiais em relação à detecção, faz-se necessário estar atenção à evolução da mesma, no período de 1985 a 2002 (Gráfico 4), quando se observa pequenas oscilações acompanhadas de um sensível aumento da taxa. Esse quadro, talvez, mantenha-se em virtude da implantação de programas de hanseníase que favoreceram uma melhor abordagem do problema e, conseqüentemente, mais precisão nos diagnósticos, o que de certa forma é positivo para a eliminação da doença; em contrapartida, alerta para o fato de que ainda se convive com a hanseníase da mesma forma que há 20 anos atrás, o que não deixa de ser surpreendente.

De acordo com o Plano de Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública em Minas Gerais 2001 – 2002, o cenário da hanseníase no estado, em 1999, encontrava-se da seguinte forma: 292 municípios (34%) apresentavam grave situação epidemiológica, sendo que 92 detinham alta taxa de detecção, 107 com taxa muito alta e 93 considerados hiperendêmicos. Os casos em registro somavam 5.817, o número de abandono era de 12,2%, as deformidades encontradas no diagnóstico eram de 11,9% e somente 68,4% dos municípios possuíam tratamento PQT (poliquimioterapia). O referido Plano alerta para a necessidade de se fazer uma melhor avaliação dos dados nos municípios com baixas taxas de detecção, pois os mesmos têm registrado altos percentuais de deformidades no diagnóstico, o que sugere a existência de endemia oculta. Com relação aos municípios possuidores de altas taxas de detecção, é determinada a implantação de ações de controle em 100% das Unidades Básicas de Saúde, devendo ocorrer nos 22 municípios considerados prioritários, apresentados a seguir na Tabela 3 (única tabela formatada pela Secretaria Estadual de Saúde):

Tabela 3

PREVALÊNCIA E DETECÇÃO DE HANSENÍASE NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS PARA O PLANO DE ELIMINAÇÃO DE MINAS GERAIS, SEGUNDO DADOS DE 1999.

MUNICÍPIO	População 1999	Prevalência Total	Prevalência Taxa/10.000	Detecção Total	Detecção Taxa/10.000
1. Alfenas	63.252	57	9,0	44	6,96
2. Almenara	31.384	74	23,6	49	15,61
3. Araçuaí	35.698	35	9,8	23	6,44
4. Belo Horizonte	2.135.619	334	1,6	135	0,63
5. Betim	301.352	110	3,7	33	1,10
6. Caratinga	72.907	46	6,3	20	2,74
7. Contagem	520.149	112	2,2	45	0,87
8. Governador Valadares	231.372	327	14,1	244	10,55
9. Ipatinga	206.151	117	5,7	89	4,32
10. Itabira	102.090	53	5,2	23	2,25
11. Ituiutaba	90.410	136	15	78	8,63
12. João Pinheiro	38.665	120	31	61	15,78
13. Manhuaçu	59.419	47	7,9	24	4,04
14. Montes Claros	285.760	142	5,0	71	2,48
15. Paracatu	72.906	115	15,8	102	13,99
16. Pirapora	50.199	53	10,6	33	6,57
17. S.Sebastião do Paraíso	57.530	46	8,0	28	4,87
18. Teófilo Otoni	124.036	93	7,5	88	7,09
19. Três Pontas	48.725	30	6,2	21	4,31
20. Uberaba	249.023	127	5,1	77	3,09
21. Uberlândia	486.723	194	4,0	112	2,30
22. Unai	67.155	110	16,4	70	10,42
TOTAIS	5.330.525	2.478	4,6	1.470	2,76
ESTADO	17.295.955	5.817	3,4	3.030	1,75

Fonte: Plano de Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública em Minas Gerais 2001 – 2002/ SES

Dos 22 Municípios Prioritários mostrados na Tabela 3, somente Almenara, Governador Valadares, João Pinheiro, Paracatu e Unai aparecem com taxas acima de 10 casos/10.000 habitantes.

A análise dos dados da tabela 4 “Taxa de Detecção de Casos Novos de Hanseníase por Município de Residência: Minas Gerais – 2003”, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, permite encontrar as taxas de detecção dos 853 municípios do estado, em que se constata que 109 possuem as referidas taxas acima de 4 casos/10.000 habitantes. Isso significa que 12,8% dos municípios do estado são considerados hiperendêmicos pela “Ficha De Qualificação De Indicadores e Dados Básicos - IDB/2000” do Ministério da Saúde, que adota

a seguinte classificação das taxas de detecção de casos por 10 mil habitantes: baixa ($<0,2$), média ($0,2-0,9$), alta ($1,0-1,9$), muito alta ($2,0-3,9$) e situação hiperendêmica ($> 4,0$), afirmando que taxas elevadas refletem, em geral, baixos níveis de condições de vida, de desenvolvimento socioeconômico e de atenção à saúde. Desses municípios, 23 apresentaram taxas superiores a 10 casos/10.000 habitantes, sendo que o município com maior detecção é Marilac, com 49,73 casos/10.000 habitantes, conforme se observa na Tabela 4:

Tabela 4

MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS COM TAXA DE DETECÇÃO EM 2003

Municípios	Pop.2003	Casos Novos	Detecção Taxa/10/00
1. Marilac	4.424	22	49,73
2. Mantena	26.138	63	24,1
3. Santa Maria do Salto	5.480	13	23,72
4. São José do Mantimento	2.430	5	20,58
5. Serranos	2.077	4	19,26
6. São José do Divino	3.745	7	18,69
7. Central de Minas	6.584	12	18,23
8. Canápolis	8.982	15	16,7
9. Conselheiro Pena	21.216	34	16,03
10. Almenara	35.908	57	15,87
11. São José da Safira	3.954	6	15,17
12. Mendes Pimentel	5.984	9	15,04
13. Rubim	9.324	14	15,02
14. Itambacuri	23.121	33	14,27
15. Cuparaque	4.352	6	13,79
16. Pingo d'Água	3.778	5	13,23
17. Teófilo Otoni	128.632	165	12,83
18. Jambruca	4.716	6	12,72
19. Morada Nova de Minas	7.896	10	12,66
20. São João do Manteninha	4.514	5	11,08
21. Veríssimo	2.816	3	10,65
22. São Geraldo	7.668	8	10,43
23. Unai	72.625	75	10,33

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

Quando a análise aborda os municípios que apresentaram taxas de detecção de 0,0 a 1,0 caso/10.000, obtém-se um resultado surpreendente: 511 municípios se enquadram nessa faixa, ou seja, 59,9% do estado. A surpresa consiste em verificar que 80%, ou seja, 409 municípios apresentam a taxa de 0,0 casos/10.000 habitantes, o que não deixa de ser intrigante

e mesmo preocupante, pois, conforme visto, a cobertura poliquimioterapêutica no estado é de 68,4%, e a média de distância para o tratamento é de 89,59 km, a maior do país. Esperava-se o mínimo de municípios com 0,0 caso, principalmente quando se confrontam esses dados com os dos dez municípios mais desenvolvidos e, conseqüentemente, com melhor infra-estrutura de saúde, que registraram os seguintes números de casos por 10.000 habitantes: Belo Horizonte 0,61; Contagem 0,80; Uberlândia 1,14; Juiz de Fora 1,11; Betim 1,38; Montes Claros 2,43; Ribeirão das Neves 0,14; Uberaba 3,69; Governador Valadares 9,87; Ipatinga 5,53. Mesmo nos municípios que abrigaram asilos-colônia, onde, portanto, a presença da doença era constante, integrando o cotidiano das pessoas (em que também se presume um melhor conhecimento dos sintomas e a procura por serviços especializados em caso de suspeita de aquisição da doença), os números não chegaram a um patamar tão baixo: a taxa de detecção encontrada em 2003 foi de: Ubá 1,65; Três Corações 2,95; Sabará 0,49; Betim 1,38 e Bambuí 1,36 casos/10.000 habitantes.

Torna-se evidente a urgência de se avaliar os critérios de aquisição de dados e a operacionalidade do programa, pois 0,0 significa incidência zero, é não se detectar nenhum caso, o que é muito diferente de não se fazer registro ou não se ter acesso aos serviços de saúde ou a profissionais que saibam diagnosticar a hanseníase. É necessário checar os procedimentos adotados nesses municípios, a área de atuação do programa de hanseníase, a história da hanseníase, o controle dos comunicantes (pessoas que convivem com o portador), acrescido, é claro, de todas as formas de comunicação, pois conforme já foi dito, em Minas Gerais ainda é alto o número de diagnósticos tardios, corroborando com o desconhecimento dos sintomas da doença em sua fase inicial.

Ferreira e Alvarez (2005), ao analisar a problemática da hanseníase no município de Paracatu com elevadas taxas de detecção e prevalência, identificaram uma participação significativa de menores de quinze anos portadores da doença, fato que não é muito comum, tendo em vista que os estudos mostram maior incidência para a faixa etária dos adultos. Isso

significa que se esses casos não forem devidamente detectados precocemente e tratados, a tendência será a reprodução da doença em níveis elevados.

As referidas autoras também constataram que o diagnóstico da doença tem sido tardio, sugerindo a existência de uma prevalência oculta da doença e que as duas doses da vacina BCG foi pouco utilizada como medida preventiva. A alta porcentagem de pacientes com incapacidades no momento do diagnóstico reafirma a tese acima apontada (diagnóstico tardio e prevalência oculta da doença).

Outro aspecto relevante é o próprio Plano de Eliminação da Hanseníase no estado de Minas Gerais 2001 – 2002 que, no primeiro parágrafo da introdução, afirma que o estado permaneceu durante muitos anos como detentor do maior número de casos da doença em registro ativo, tendo chegado perto de 40.000 doentes em 1986 (27,1 casos/10.000 habitantes), ou, precisamente, 39.862 ocorrências. De fato, não houve nenhum outro estado com tantos casos em número absoluto; esse dado sozinho, porém, reforça a idéia da presença marcante da hanseníase em Minas Gerais, mas não se mostra suficiente para se entender a dinâmica da doença no estado. Para isso, deveria ser feita a avaliação conjunta das taxas de prevalência e detecção. Como complemento à argumentação apresentada, serão considerados a seguir os números dos estados pertencentes à Região Sudeste, em que Minas Gerais se insere e onde se encontram os melhores equipamentos de saúde do país. Em 1986, tem-se os números: São Paulo, 38.398 casos; Rio de Janeiro, 23.024; Espírito Santo, 6.972. Em 2001, os números já apontam outra realidade: Minas Gerais, 4.507; São Paulo, 5.829; Rio de Janeiro, 7.055 e Espírito Santo, 1.905. Porém, ao se confrontar as relevantes taxas de prevalência e detecção, depara-se com outra realidade: no ano de 1986, a taxa de prevalência do Espírito Santo era de 30,10 casos/10.000 habitantes (maior que a de Minas Gerais), o mesmo ocorrendo com a taxa de detecção; enquanto isso, a de Minas Gerais era de 1,02 casos/10.000 habitantes, a do Espírito Santo, 2,73 e Rio de Janeiro, 1,84 casos/10.000, conforme se observa nos Gráficos 5 e 6 a seguir:

Gráfico 5:

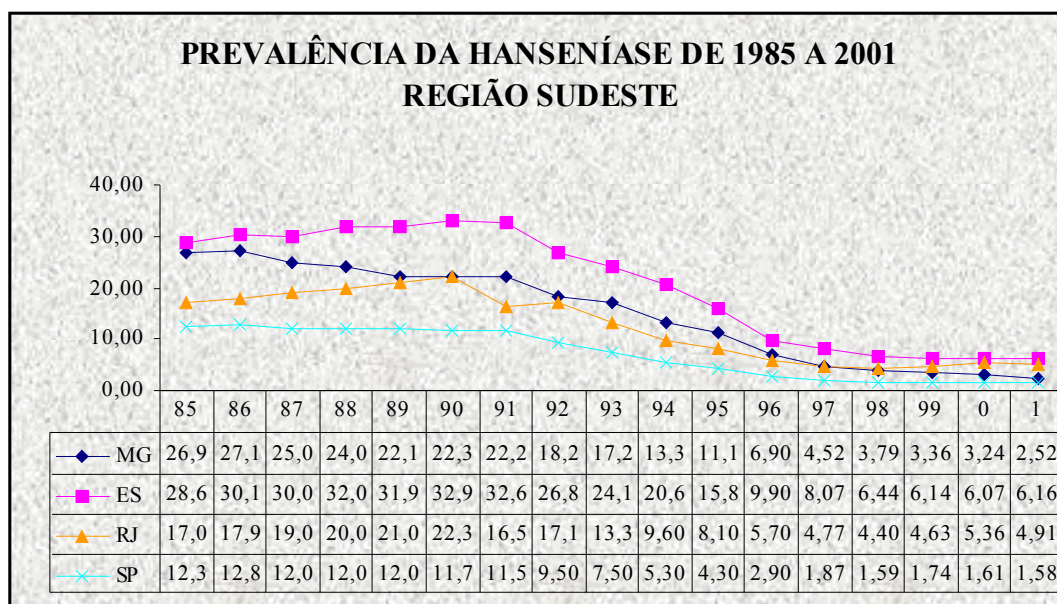
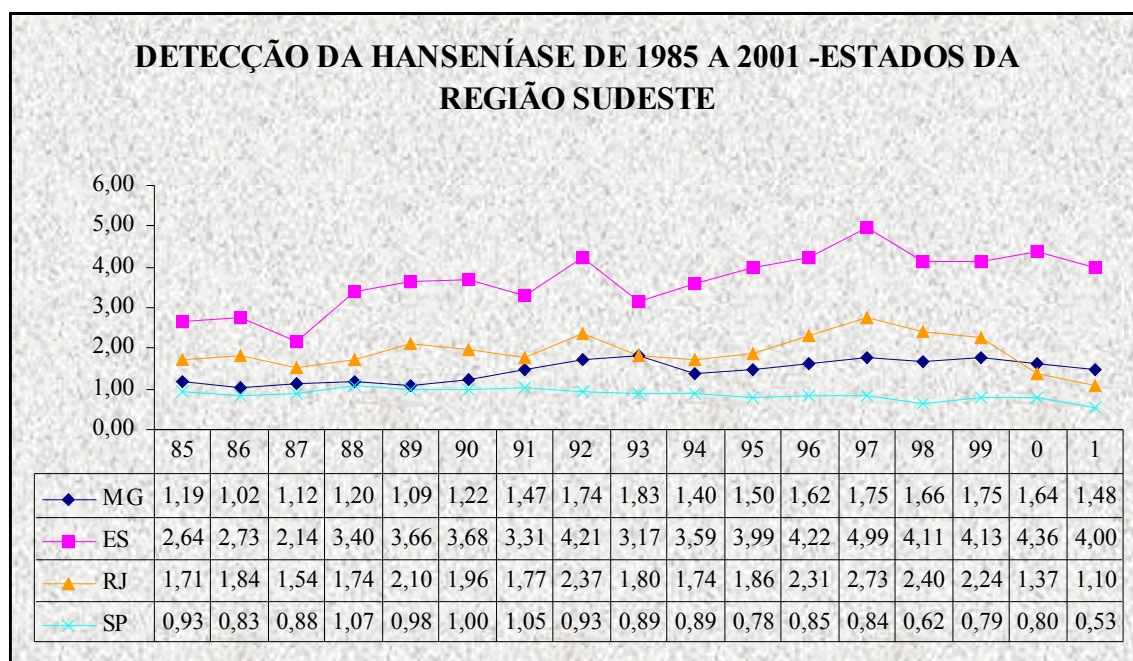


Gráfico 5

Coeficiente /10.000 habitantes. Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

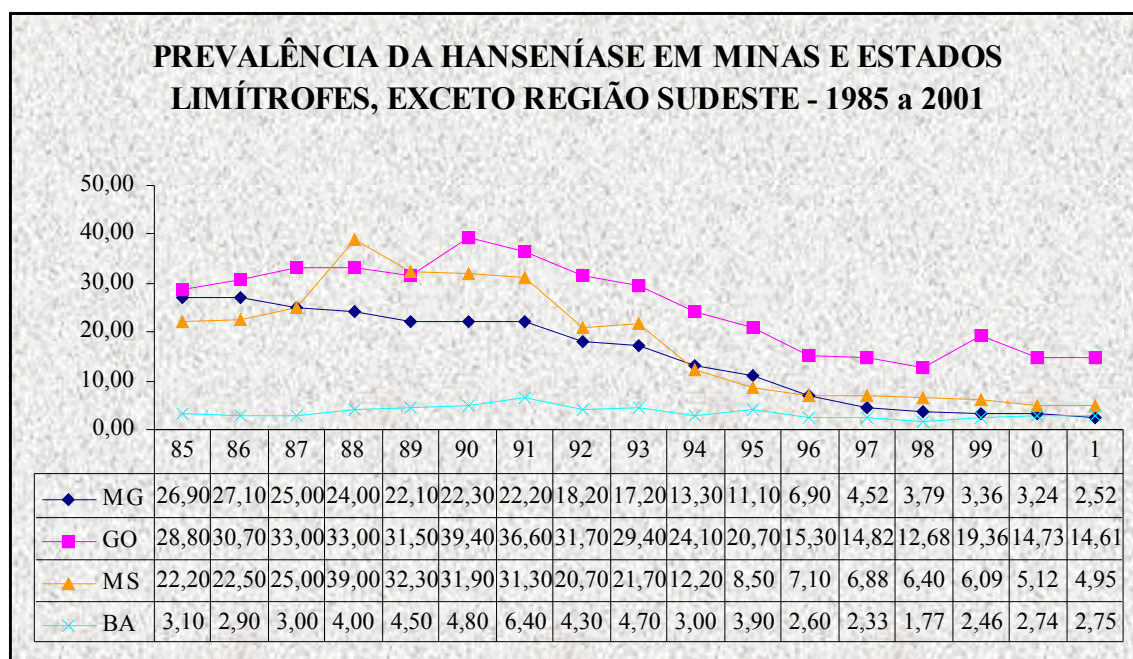
Gráfico 6



Coeficiente /10.000 habitantes. Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

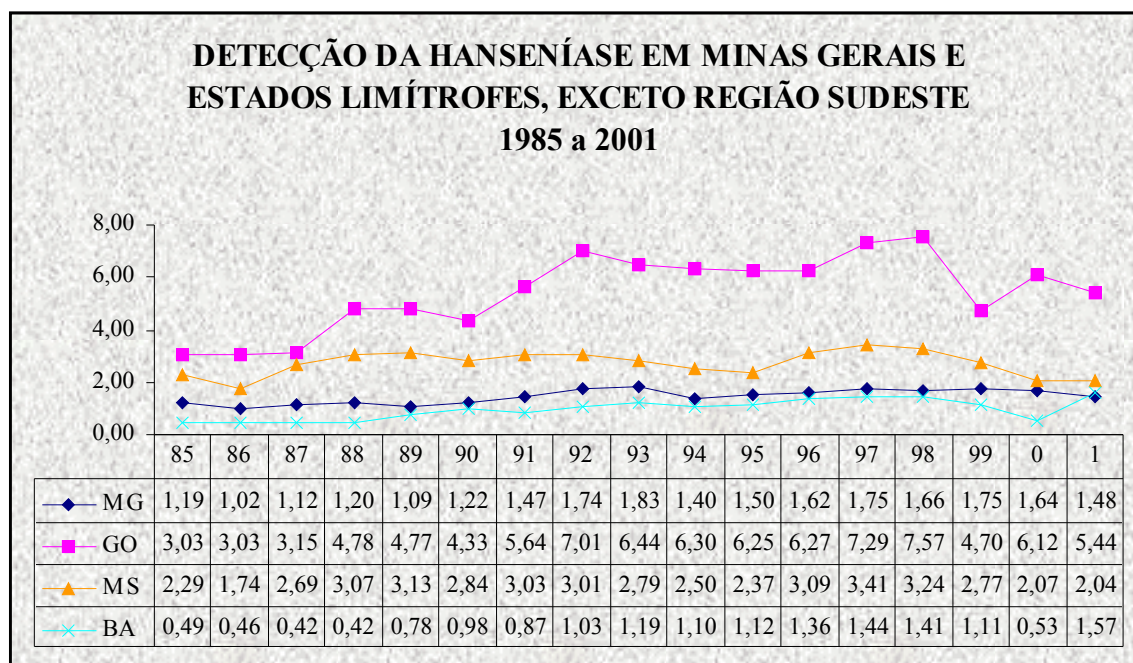
É possível constatar que Minas Gerais não aparece como estado proeminente em relação às taxas de detecção e prevalência, ou melhor, não é um estado que se afasta dos números encontrados em São Paulo e Rio de Janeiro, tornando evidente o fato de que na região as maiores taxas são encontradas no Espírito Santo, indubitavelmente. Em nenhum momento, esses dados são confrontados com situações alarmantes, como as do Acre e Amazonas, que em 1986 registraram 100,00 e 125,30 de prevalência e 6,78 e 8,45 de detecção, respectivamente; ou ainda Mato Grosso e Rondônia que, em 2001, registraram 22,28 e 22,72 de prevalência e 17,23 e 8,06 de detecção, consideradas as taxas mais altas do país. Na intenção de conhecer como se processa a hanseníase em Minas Gerais, faz jus perceber a realidade dos estados limítrofes que não fazem parte da região sudeste.

Gráfico 7



Coeficiente /10.000 habitantes .Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

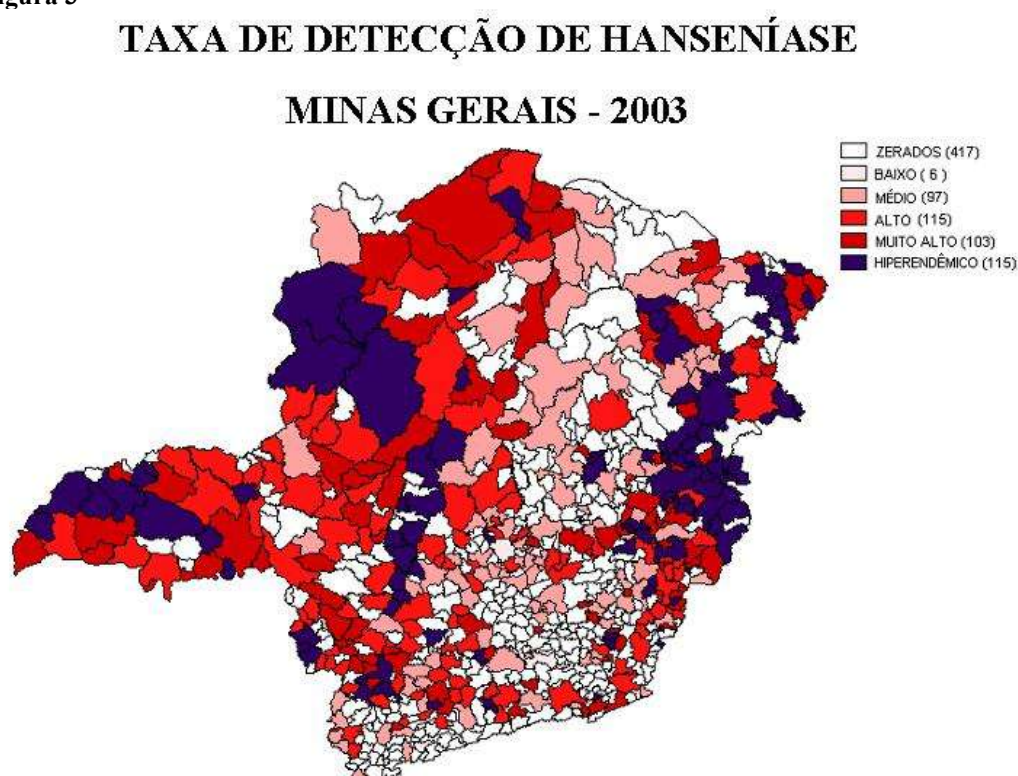
Gráfico 8



Coeficiente /10.000 habitantes .Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

Ao se confrontar Minas com os estados limítrofes, percebe-se que a tendência é aumentar o risco de incidência nos estados da Região Centro-Oeste e, conforme visto anteriormente, manter taxas altas na Região Norte. Em relação aos outros estados, observa-se que, apesar da hanseníase ser uma doença endêmica, que atinge cada espaço de forma própria, não seguindo uma linha de atuação clara, é possível identificar que, em Minas Gerais, os focos mais alarmantes encontram-se nas fronteiras com os estados detentores das maiores taxas em registro, como Goiás, Espírito Santo e Mato Grosso, como podemos observar nos mapas abaixo.

Figura 3



Fonte: Coordenação de Dermatologia Sanitária/SÉS-MG – 2004

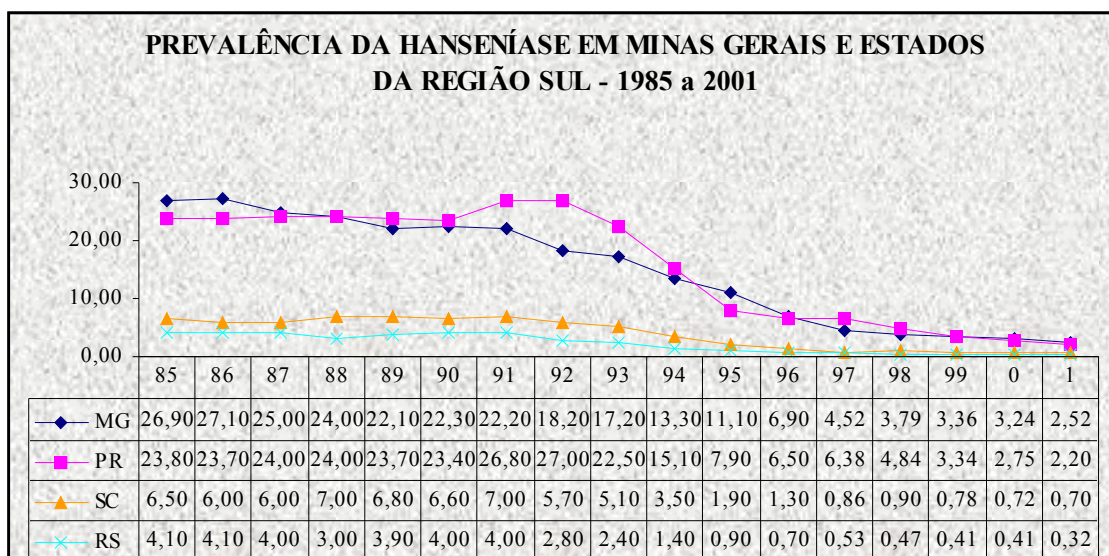
Figura 4

Fonte: Coordenação de Dermatologia Sanitária/SÉS-MG - 2005

Conhecer a geografia da doença é fundamental para que esforços se concentrem nas áreas de maior risco sem que se negligencie as outras; é importante que os planos tenham atuação local, mas que as estratégias sejam debatidas com os estados limítrofes possuidores de altas taxas, a fim de que assumam procedimentos conjuntos para debelar as áreas de risco. Ações isoladas nem sempre apresentam bons resultados; como exemplo, a poliquimioterapia foi introduzida no Distrito Federal a partir de 1986, como parte de um projeto da Fiocruz para conhecimento da nova terapêutica e, apesar de cinco anos a mais de uso, ainda não atingiu a meta de eliminação, com taxas de prevalência de 1,57 casos/10.000, e de detecção de 1,50 casos/10.000 habitantes, além de estar envolto na realidade de Goiás, com taxas de prevalência de 14,61 e detecção de 5,44 em 2001.

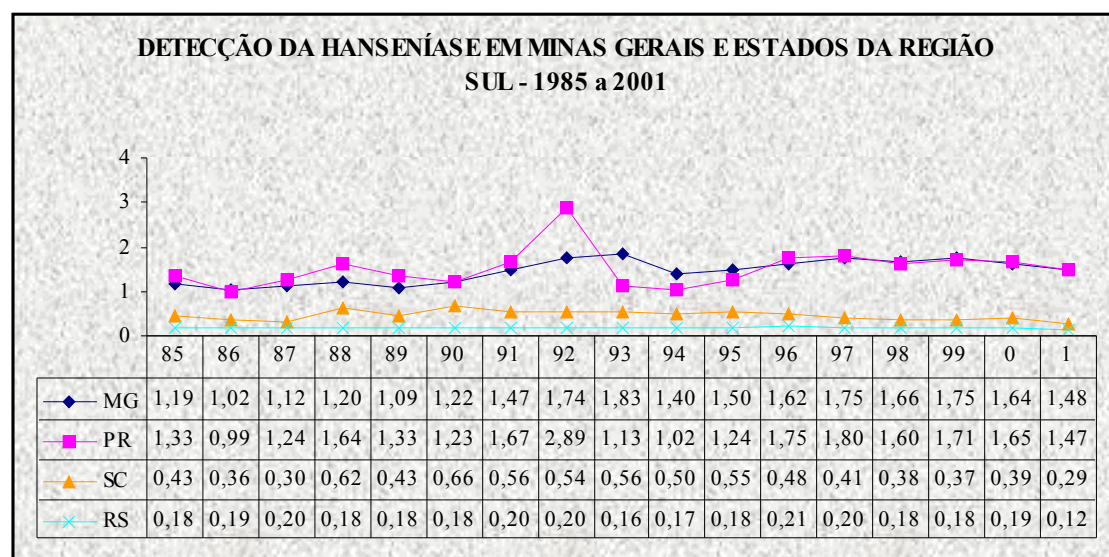
Atualmente, os únicos estados que já eliminaram a hanseníase foram os de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, ambos na Região Sul do Brasil; na tentativa de perceber se a dinâmica da hanseníase pode ter característica regional, são comparados os dados de Minas Gerais com os da região em questão, no gráfico 9:

Gráfico 9



Coefficiente /10.000 habitantes . Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

Gráfico 10



Coefficiente /10.000 habitantes . Posição em 03/07/2002 – Ministério da Saúde

Em relação à Santa Catarina e Rio Grande do Sul, é nítida a diferença desde 1986, visto que ambos os estados já possuíam baixas taxas de prevalência e detecção (abaixo de 1 caso/10.000 habitantes), o que certamente é reflexo de portarem o melhor índice de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do país, enquanto o comportamento da hanseníase no Paraná se mostrou similar ao de Minas Gerais.

Conforme se verificou, Minas Gerais foi detentor do maior número de casos absolutos nos anos de 1985 e 1986, mas o comportamento da doença no estado não destoou do restante do país, o que leva a pensar que a afirmativa do Plano de Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública em Minas Gerais 2001 – 2002 deve ter se baseado na história da doença no estado; da mesma forma, não se observa no Plano de Minas Gerais alguma indicação que sugira cuidados especiais ao se tratar do tema hanseníase.

Ao analisar os programas de hanseníase de outros estados, escolhidos aleatoriamente, como: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Mato Grosso e Bahia, percebe-se como a questão do estigma é tratada e, assim, obtém-se um panorama da situação em nível nacional.

O Plano de Aceleração da Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro 2000 a 2005, mostra-se bastante preocupado com a imagem da hanseníase, em seus Objetivos Inter Setoriais afirma:

Levar todas as autoridades sanitárias municipais e lideranças da sociedade civil a só utilizarem mensagens e imagens da hanseníase que permitam a incorporação de uma concepção positiva sobre a doença e a sua cura, no período de 2000 a 2005. (RIO DE JANEIRO, 2000, p.7)

O Objetivo Específico de número 8.1 acrescenta: “Estimular os gestores municipais de saúde no desenvolvimento de campanhas de divulgação de uma nova imagem sobre a hanseníase, nas rádios locais dos 91 municípios do estado”. (ibid., p.11)

No material da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, Dermatologia Sanitária, observa-se um grande interesse na manutenção da situação de eliminação, alertando que em 2002 houve um aumento de registros (de 178, média dos últimos 15 anos, para 233 casos novos em 2002), considerado preocupante assim como o estigma e a ignorância sobre os sintomas da doença, responsável pelas deformidades próprias de um diagnóstico tardio:

A avaliação do grau de incapacidades aponta 33% dos doentes apresentando incapacidades ou deformidades no momento do diagnóstico, o que mostra um diagnóstico tardio. Vale lembrar que as incapacidades físicas são responsáveis pelo estigma da doença, o que reforça a necessidade de diagnóstico precoce, seguido de tratamento adequado (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Nas Estratégias para Eliminação da Hanseníase no Estado do Paraná, não se vislumbra nenhuma menção ao estigma, mas os Resultados e Conclusão contêm uma preocupação não somente com a diminuição dos índices da doença, mas também com a aquisição por parte da população de um maior conhecimento sobre a hanseníase.

No Plano de Eliminação da Hanseníase do estado da Bahia 2004, o item Plano de Ação e cronograma de trabalho apresenta um subitem intitulado ‘Início da divulgação nas unidades de atendimento’ em que se faz uma recomendação muito interessante.

É muito importante que sejam colocadas faixas nas unidades de saúde, com antecedência mínima de 15 dias . Também deve-se ter o cuidado de não escrever nas faixas, campanha de hanseníase e sim de sintomáticos dermatológicos (isso pode também afugentar casos suspeitos pelo estigma). Entretanto, muita ênfase deve ser dada aos sinais e sintomas de hanseníase, que devem ser divulgados em panfletos, cartazes e entrevistas de rádio. As equipes do PSF devem também trazer os sintomáticos dermatológicos de suas respectivas áreas para consulta (BAHIA, 2004, p.12).

A recomendação de não se dizer o nome da doença, nem ao mesmo citar o termo hanseníase demonstra todo o legado de preconceito que ainda impera na sociedade, capaz de afugentar os portadores que preferem ficar sem diagnóstico ou tratamento a serem expostos à macula da hanseníase.

De todos os projetos, o que intriga é o Projeto Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase” da Secretaria de Estado de Mato Grosso. Ele se destaca pelo próprio nome, que deixa claro a intolerância com o atual quadro da hanseníase no estado, que é mais que hiperdêmico; soa, porém, como se essa fosse uma doença que não se pode tolerar, o que

de certa forma implica uma conotação preconceituosa como forma de incentivo para se eliminar a hanseníase. É o único plano com destaque para o bônus oferecido pelo Ministério da Saúde, ao também estipular um prêmio aos municípios, como o próprio projeto mostra:

IX –DO “BÔNUS” PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

- a) Fica instituído um “ Bônus” com vinculação às Equipes Municipais de Atenção Básica e de Saúde da Família.
- b) O “Bônus” será repassado aos agentes comunitários de saúde por cada caso novo detectado no valor de R\$ 20,00 (vinte reais).
- c) O repasse de “Bônus” referente à cura será dividido entre os integrantes da equipe da Unidade de Saúde no valor de R\$ 100,00 (cem reais) por paciente com alta por cura.
- d) O repasse do “Bônus” será feito uma vez ao ano, no mês de março.
- e) Todos os membros da equipe multiprofissional terão direito à bonificação par cura.
- f) Nos meses de outubro e janeiro será levantado e publicado uma prévia das metas atingidas pelos municípios.

X – INCENTIVO OU PRÊMIO AOS MUNICÍPIOS

- a) Os municípios que atingirem as três metas anuais estabelecidas no Projeto receberão um incentivo financeiro ou “Prêmio”, o qual deverá ser reinvestido na implementação das atividades de promoção, prevenção e atenção básica de saúde.
- b) Metas:
 - b1 – Detecção: Detectar 95% dos casos estimados nos municípios de prioridade 1, 2, 3 e 90% dos casos estimados nos municípios de prioridade 4.
 - b2 – Cura: Curar 90% dos casos que iniciarem tratamento em todos os municípios.
 - b3 – Prevalência: Reduzir a prevalência em 30% ao ano.
- c) O incentivo financeiro ou “Prêmio” será pago aos municípios que atingirem as três metas de acordo com os níveis de prioridade a saber:

Municípios de Prioridade	Prêmio (R\$)
1	30.000,00
2	15.000,00
3	5.000,00
4	2.000,00

(MATO GROSSO,2003)

Cumpra esclarecer que o Estado de Mato Grosso utiliza o seguinte critério para estabelecer a hierarquia de prioridade dos municípios:

- Prioridade 1 – Municípios com população acima de 20.000 habitantes e prevalência acima de 20 casos / 10.000 habitantes.

- Prioridade 2 – Municípios com população acima de 20.000 habitantes e prevalência > 15 casos / 10.000 habitantes.
- Prioridade 3 – Municípios com população acima de 15.000 habitantes e prevalência > 10 casos / 10.000 habitantes.
- Prioridade 4 – Demais municípios do Estado.

Conforme se verificou, a ênfase dada à doença é feita de forma diferenciada em cada estado do Brasil, mesmo que as linhas mestras sejam as repassadas pelo Ministério da Saúde de acordo com a proposta da OMS (Organização Mundial de Saúde). A hanseníase também se distribui em cada estado de forma desigual. Por sua característica focal, estudos verticalizados sobre a doença devem se impor, a fim de que se efetive uma melhor operacionalidade das ações e, conseqüentemente, o sucesso dos programas de eliminação da doença.

Para Grisotti (2001), vários fatores influenciam as falhas na implantação de políticas, tendo em vista que os planos não consideram as experiências e necessidades da comunidade e suas influências culturais. Esse autor destaca o caso do setor saúde, em que é importante enfatizar a fragilidade dos indicadores existentes, pois não contemplam aspectos não tangíveis (a percepção do processo saúde-doença), que possuem alta relevância no processo de planejamento e implantação de políticas alternativas.

Esperando apresentar uma contribuição com relação ao desvendamento desse imenso arcabouço de conceitos, muitas vezes estigmatizantes e segregacionistas, que emperram a atuação dos profissionais de saúde no êxito de sua prática de por fim aos males que atormentam o ser humano, será estudado um espaço especial, Uberlândia, importante município do cenário mineiro e brasileiro, inserido na lista dos 22 municípios prioritários para o Plano de Eliminação da Hanseníase.

CAPÍTULO 3

A HANSENÍASE E A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA

A hanseníase, por ser uma doença endêmica, adquire contornos diferenciados de acordo com o espaço em que se insere; a própria etimologia do atributo já expressa essa característica, visto que *demos* que significa população, povo e lugar. O espaço, porém, pode ser entendido apenas como substrato, como um elemento independente da própria sociedade, o que representaria uma forma de redução de sua influência apenas aos elementos físicos, como clima, poluição, água, relevo etc., ou seja, neutralizando sua atuação política e fragmentando o potencial humano que nele existe.

Quando se percebe que o espaço é concomitante e inerente aos processos humanos, como elemento da historicidade, como criação, no qual se materializa o ideal social, adquire-se condições de visualizar não somente as construções, como todo o pensamento, os valores, os sentimentos responsáveis pela formação de uma visão de mundo e, conseqüentemente, por significados e simbolismos da percepção do corpo e das manifestações de saúde e doença. Com isso, é importante que as Ciências Humanas se interajam com as Ciências Biológicas para que as práticas e as técnicas que visam a melhoria da saúde, entendidas pela OMS: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social não apenas a ausência de saúde” (BRASIL, 1997, p.89) sejam efetivadas com sucesso. Conforme ressaltado por Czeresnia e Ribeiro:

Uma tentativa recente de ampliar os usos da categoria espaço manifesta-se através do conceito de situação de saúde, que busca expressar as condições específicas dos

grupos sociais, objetiva e subjetivamente construídas e articuladas à forma como esses grupos se configuram e se inserem socialmente em determinado momento histórico e circunstâncias naturais. Esse conceito possibilita a abordagem dos problemas de saúde e doença de um ponto de vista específico para cada grupo populacional e, ao mesmo tempo, de uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 602).

Na visão de Lefebvre (1999), a Geografia, ao perceber o espaço geográfico como criação, tem extremo valor por permitir o resgate do que por muito tempo foi fragmentado: o homem como ser integral, que expressa no espaço seus conceitos de vida e morte. Portanto, é através do espaço que se pode perceber o que será valorizado e o que será rejeitado nas ações cotidianas, e para isso será necessário vê-lo na perspectiva empregada por Foucault (1999) para avaliar o corpo: como um mecanismo de poder que reproduz o poder das elites dominantes num jogo que, em alguns momentos, subjuga o indivíduo, ao mesmo tempo em que lhe dá a oportunidade de exercê-lo. Conhecer a importância material da sujeição é fundamental para se entender a constituição do poder.

Visto que o corpo é poder e que os ideais são expressos no espaço, as atitudes e os simbolismos que encerram a percepção da saúde e da doença, assim como a distribuição dos equipamentos de saúde no espaço, obedecem à mesma lógica, nos contornos assumidos por cada grupo humano que trabalha seu cotidiano em um determinado espaço, o 'lugar' do habitual.

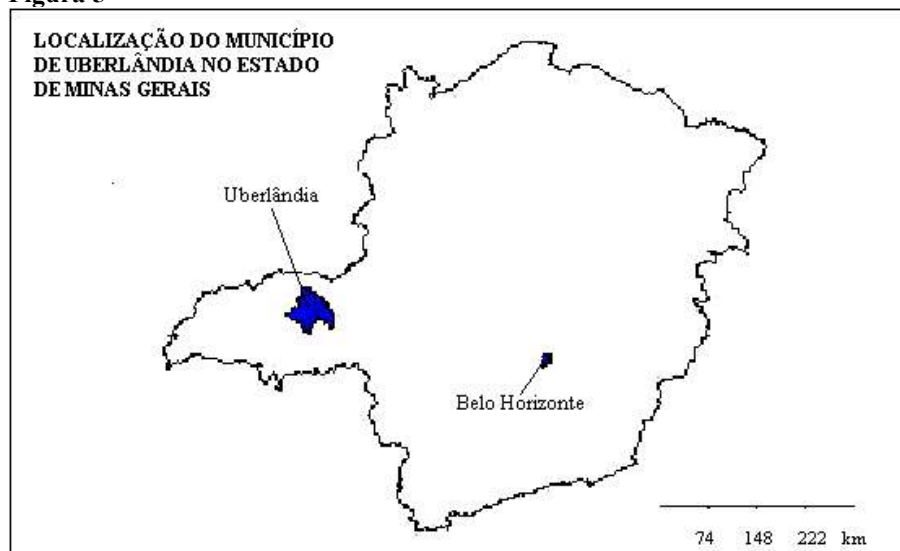
Como esse estudo não é de caráter antropológico, o que permitiria um mais aprofundamento em um grupo limitado de pessoas, e sim geográfico, procuraremos na construção e na dinâmica do espaço geográfico, Uberlândia, a manifestação do simbolismo traz em si representações sobre saúde e doença, ou seja, que desnuda as relações do corpo humano no espaço.

3.1. A dinâmica econômica de Uberlândia

A escolha do município de Uberlândia deu-se por ser este um dos municípios prioritários no Plano de Eliminação da Hanseníase em Minas Gerais – 1999 e por sua representatividade no cenário nacional, constando em 31º lugar dentre as cidades mais desenvolvidas do Brasil, incluindo as capitais, e em 15º lugar, excluindo as capitais, o que leva a refletir sobre a atuação do poder econômico no que se pode denominar ‘lugar privilegiado’ por seu desenvolvimento.

Esse município possui população superior à de nove capitais: Cuiabá, Aracaju, Boa Vista, Vitória, Florianópolis, Macapá, Palmas, Rio Branco e Porto Velho, segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2000. Essa mesma pesquisa estimou uma população de 529.441 habitantes em Uberlândia para o ano de 2002. Localizada no nordeste da Região do Triângulo Mineiro, oeste do estado de Minas Gerais, ocupa uma área de 4115,09 km², sendo 219,00 km² de área urbana e 3.896,09 km² de área rural.

Figura 5



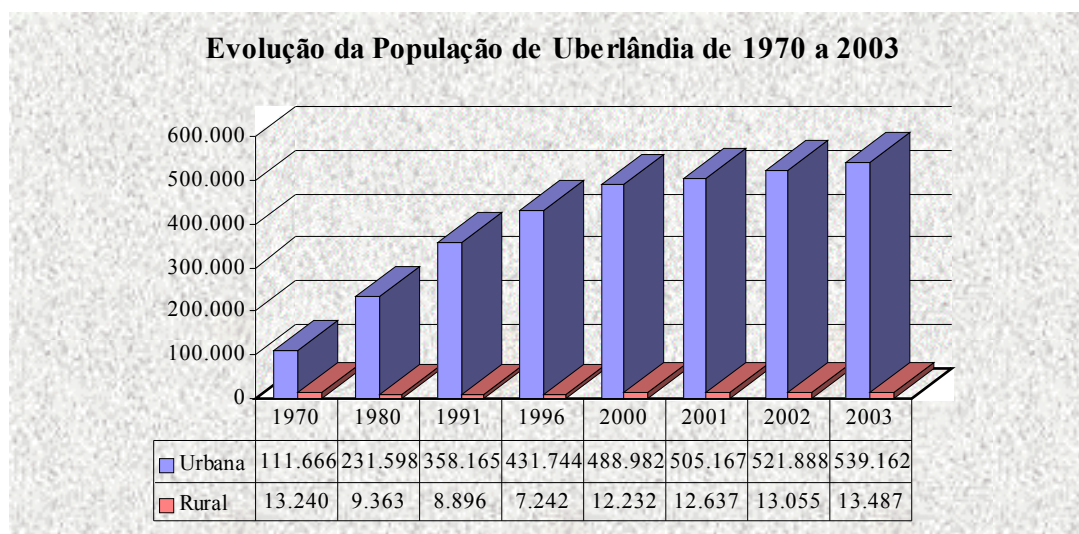
Fonte: IGA (Instituto de Geociência Aplicada) em 10/05/1999

Terceira maior cidade de Minas Gerais, Uberlândia é superada apenas por Belo Horizonte e Contagem; como pólo regional do Triângulo Mineiro, é elo de ligação entre os grandes centros urbanos e o interior do país. Atrai consumidores dos demais municípios do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, sul de Goiás e interior de São Paulo, num raio de 600 km, atingindo 50 milhões de consumidores responsáveis por 2/3 do PIB brasileiro, o que a torna o maior centro atacadista distribuidor da América Latina. É também um dos centros de *agribusiness* do país, por dispor da segunda maior capacidade de armazenamento do Brasil, possuindo em seu parque industrial três grandes indústrias de transformação da soja e uma de milho, que processam um volume de grãos superior a 2.100.000 toneladas por ano, segundo a Secretaria Municipal da Indústria e Comércio.

Respalando a economia forte e diversificada da cidade, encontra-se uma excelente infra-estrutura de lazer e serviços, além de um invejável saneamento básico, água, energia elétrica e esgoto, atendendo a 99% da população que pode percorrer 88% de vias asfaltadas. Há ainda a presença de Universidades e um sistema de saúde comparável aos padrões dos países mais desenvolvidos, segundo pesquisa realizada pela Universidade Federal de Uberlândia em 2002.

Sua população é predominantemente urbana, o que comprova a tendência comercial e industrial planejada para a cidade e demonstrada em sua história, que faz dela um pólo de atração, tendo registrado um crescimento populacional de 442,45% no período compreendido entre 1970 e 2003. Também apresenta uma taxa de crescimento anual em torno de 3,31%, conforme se observa no Gráfico 11, sendo o setor terciário o maior responsável pela oferta de empregos, o que se demonstra no Gráfico 12.

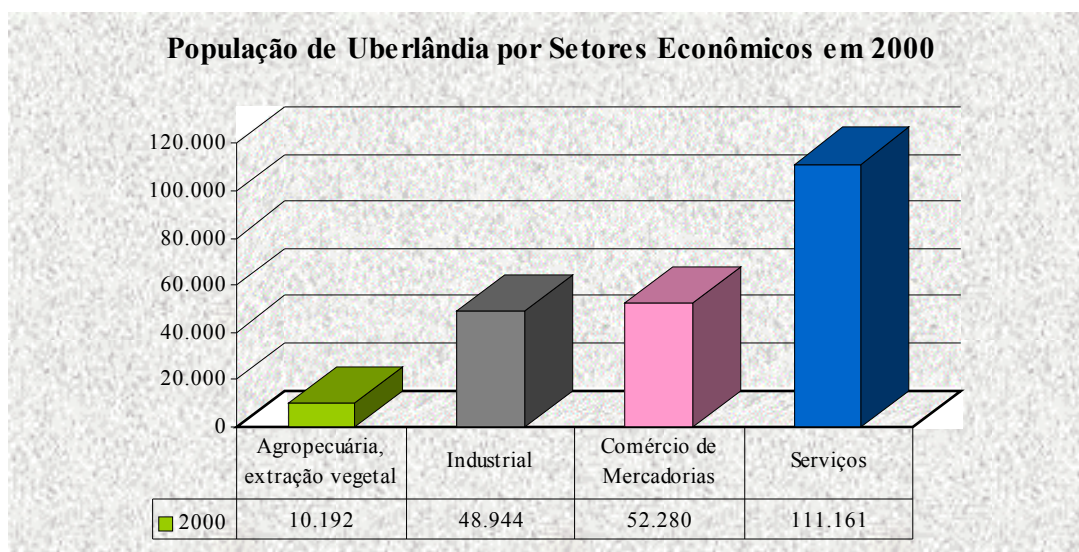
Gráfico 11



Fonte: IBGE/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

BDI – 2004/Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano de Uberlândia

Gráfico 12

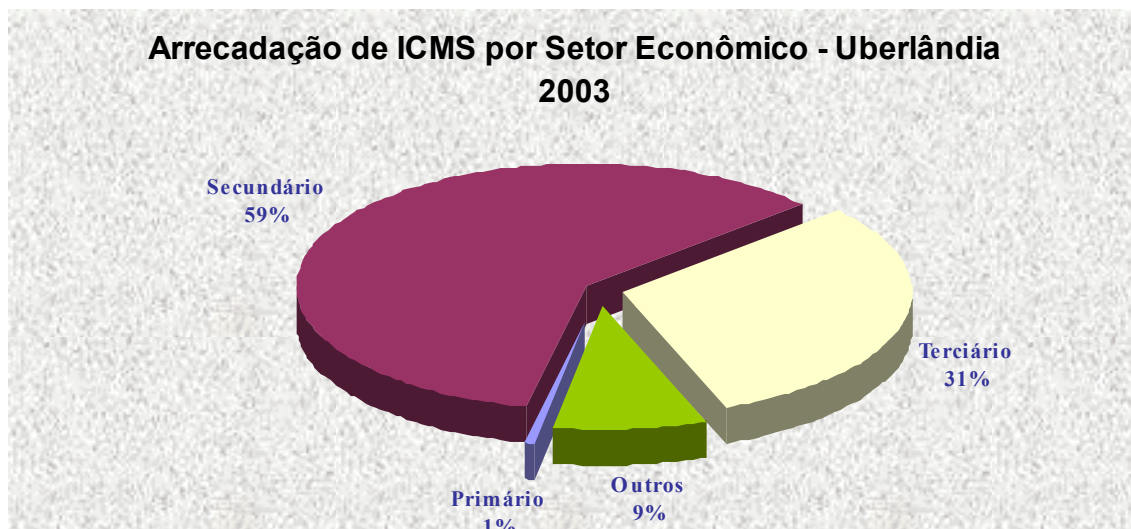


Fonte: Fundação Instituto de Geografia e Estatística – IBGE

Terceira maior arrecadadora de ICMS do estado, o que representa 6,9%, é ultrapassada apenas por Belo Horizonte, com 29,40%, e Betim, com 18,35%, no ano de 2003. Essa porcentagem equivale a 0,64% da arrecadação brasileira, que tem nesse imposto

aproximadamente 66% do total de sua arrecadação; a partir disso, é possível visualizar a importância do parque industrial para o município, conforme exposto no Gráfico 13.

Gráfico 13



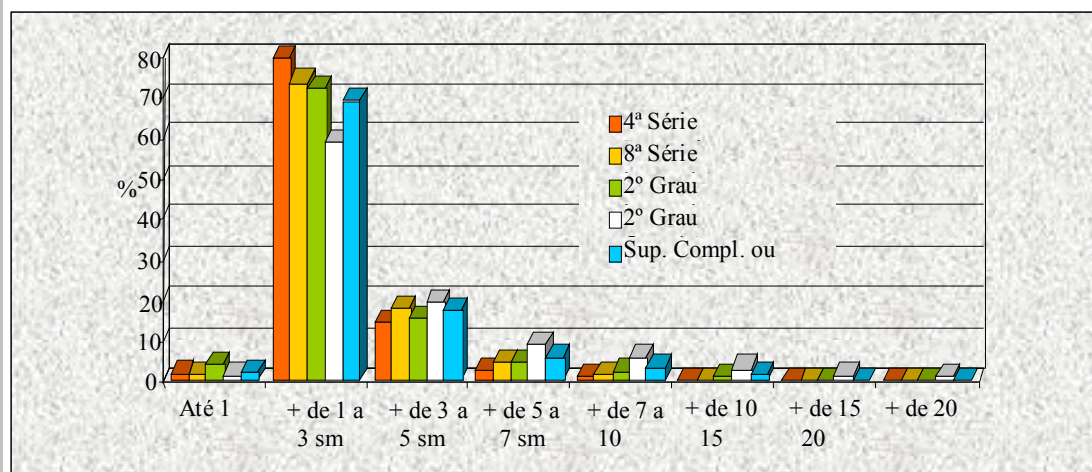
Fonte: SRF/Paranaíba- BDI – 2004/Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano de Uberlândia

Como é possível observar pelos dados acima, Uberlândia desponta como um município importante no cenário brasileiro, visto que é bastante estruturado e mantém um ritmo de crescimento invejável frente a atual situação econômica do país, apesar do Boletim Nest/UFU (julho de 2003) apresentar alguns dados interessantes, como: a remuneração de admitidos e demitidos está concentrados nos grupos de até 3 salários mínimos, 92,16% e 85,10% respectivamente, e é nesta faixa de salário que encontramos a maior parte da população empregada, mesmo os que têm formação superior, conforme mostrado no Gráfico 14:

Gráfico 14

1. Uberlândia – Empregados Formais Segundo a Escolaridade e a

2. Remuneração em Salários Mínimos (sm) – 2001



Fonte: RAIS/MTE 2001. (elaboração: UFU/IE/NEST)

Os dados demonstram que em Uberlândia os salários são baixos para uma jornada de trabalho semanal média de 41 horas, mais extensa que às 39 horas trabalhadas na Região Metropolitana de Belo Horizonte, o que configura um quadro contraditório; a cidade tem alcançado um progresso à custa do trabalhador, que não tem recursos para desfrutar de uma qualidade de vida ao nível dos índices de desenvolvimento pronunciados pela cidade. Para conhecer melhor a formação desse cenário que se configura hoje como uma cidade próspera é necessário conhecer a sua história.

3.2. Breve histórico da cidade de Uberlândia

O início de seu povoamento coincide com a própria ocupação do Triângulo Mineiro, primórdios do século XIX. Tendo pertencido a Província de Goiás até 1816, era conhecida como o Sertão da Farinha Podre, por ser passagem de mineradores e tropeiros, que vinham do litoral para o sertão, com a intenção de enriquecer. Em 1818, chegaram ao município os primeiros colonizadores, responsáveis pela retirada dos índios Caiapós que habitavam a região anteriormente. Em 1847, a população do povoado de São Pedro de Uberabinha era de 2 mil habitantes; de acordo com Soares (1995), a efetivação do povoamento deu-se, entretanto, com a decadência da mineração em Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso, acarretando o parcelamento das terras da região e a distribuição das primeiras sesmarias, que atraíram pessoas atrás de terras férteis.

No que tange aos serviços médicos, em 1850, é instalada a primeira botica de propriedade do farmacêutico prático Miguel Jacinto de Melo, e em 1857, chega ao povoado o primeiro farmacêutico licenciado pelo imperador, o Sr. Antônio Maximiano Ferreira Pinto, que abre sua farmácia em 1863, desempenhando as funções de professor, músico e cirurgião. Os primeiros médicos formados Raffaele Rinaldi e Carlos Gabaglia chegam ao distrito de São Pedro de Uberabinha por volta de meados da década de 1880, antes mesmo da emancipação da cidade, o que demonstra a importância e o crescimento do distrito.

No período de 1827 a 1859, Uberaba despontava como o principal núcleo urbano da região, e em 1889 é extremamente beneficiada pela construção da Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, afirmando-se como importante centro pecuário, enquanto Araguari, outra ponta de linha da Mogiana, controlava o fluxo de comercialização entre Goiás e São Paulo. Somente nos últimos anos do século XIX, Uberlândia foi incluída no trajeto da Mogiana e a tão desejada Estação Ferroviária foi inaugurada em 1895. Isso foi possível graças ao empenho do Cel. Carneiro, que percebia o poder desenvolvimentista que o comércio poderia gerar para a cidade e que fora muito bem articulado com a construção de estradas de rodagem no início

do século XX, pela Cia. Mineira de Autoviação Intermunicipal, com sede em Uberlândia, que colocou a cidade no ranking comercial do Triângulo Mineiro.

É importante ressaltar que a estrada de ferro, símbolo do que havia de mais moderno em transporte na época, levava aos lugares por onde passava a oportunidade de progresso, pois através do trem mercadorias e pessoas circulavam com desenvoltura nos primórdios do século XX, e Uberlândia consegue tal intento com apenas 7 anos de emancipação, visto ter permanecido como distrito de Uberaba até 31 de agosto de 1888, quando, através da Lei nº 4643, São Pedro de Uberabinha conquista sua autonomia. A necessidade de vida própria, de se constituir como espaço pronto para assimilar novos empreendimentos e de se distanciar do passado como distrito de Uberaba, fez com que em 1929 a então conhecida São Pedro de Uberabinha mudasse de nome, adotando a atual denominação – Uberlândia - que significa “terra fértil”.

A mudança do nome já representava um desejo progressista, pois desde 1910 se vislumbrava a possibilidade de investir-se no comércio com os estados de Goiás e Mato Grosso, principalmente depois da construção da ponte pênsil Afonso Pena, inaugurada em 1909 sobre o Rio Paranaíba, em Itumbiara-Go, ligando São Pedro de Uberabinha ao oeste do país. Mas o ensejo final veio com o descobrimento de diamantes à margem do rio Araguaia, fato significativo para acelerar seu desenvolvimento e um nome que a afastasse da velha Uberaba passou a ser imprescindível. Uberlândia sempre se vangloriou de suas conquistas, segundo Vitusso:

Em 1988, o Brasil assistia ao movimento de libertação dos escravos, que já somavam cerca de 720 mil nas terras brasileiras, enquanto Uberabinha se elevava à categoria de município e se orgulhava de ver o que possuía, através do inventário realizado: 60 engenhos, 20 oficinas de ferreiros e sapateiros, 9 olarias, 600 carros de bois, 20 mil cabeças de gado, 21 negociantes e 200 casas, entre moradias e comércios (VITUSSO, 2000, p.41).

E assim, tornava-se insaciável, iniciando em 1894 a construção do primeiro matadouro, e em 1897, era editado o primeiro jornal da cidade, “A Reforma”; em 1909, foi inaugurado o serviço de fornecimento de energia elétrica, que favoreceu a inauguração da primeira sala de exibição, o Cinema São Pedro. Não se pode esquecer a chegada dos serviços telefônicos a Uberlândia em 1911. Os primeiros hospitais, a Santa Casa de Uberabinha e o Azylo de São Vicente de Paula, ambos pertencentes à Igreja Católica, já se encontravam em funcionamento no ano de 1915, o que demonstra a demanda por serviços mais especializados.

Os registros mencionados ratificam o espírito ufanista que esteve presente na cidade desde sua fundação. Tornar-se uma cidade estruturada para receber o ‘progresso’ era o desejo da elite uberlandense, que almejava a prosperidade e a liderança econômica da região através do comércio. Para a implantação dessa ‘cidade capitalista’, foram providenciais ações de urbanização, tendo como referência a cidade industrializada da época, São Paulo, que desde o Código de Posturas de 1886, estabeleceu várias leis que especificavam as habitações operárias, a vigilância, as desinfecções violentas e arbitrárias, o padrão de higiene a ser adotado, conforme se observa em Bonduki:

Esses foram os primórdios da intervenção estatal na questão da habitação. Num período em que a questão social era tratada como caso de polícia, o problema da habitação foi enfrentado pelo autoritarismo sanitário basicamente como uma questão de higiene, na perspectiva de difundir padrões de comportamento, de asseio e de hábitos cotidianos.

Fora a abordagem higienista, a participação do Estado foi limitada. O poder público, entretanto, não foi um espectador passivo das condições de moradia dos pobres. Tanto assim que criou uma polícia para vigiá-los, examiná-los e inspecioná-los, e uma legislação para servir-lhes de padrão; porém, pouco fez para melhorar suas moradias, a não ser quando eram chocantes demais – demolindo-as. E este modo de resolver o problema da habitação – característica do autoritarismo sanitário nada mais é que sua própria recriação. (BONDUKI, 1999, p.43).

Em vista disso, percebe-se que o planejamento requerido para o enquadramento de uma cidade aos moldes da nova produção industrial, com foco prioritário na urbanização, exige que o espaço seja projetado para um tipo de dinâmica econômica em que se privilegia o

espírito empreendedor e o capital, em detrimento do pobre, do trabalhador braçal e aos doentes. Uma nova sociedade surge e o meio urbano deve se adequar a ela, sendo imperativa a associação do poder econômico ao poder político, que se revela nos primeiros códigos de postura de Uberlândia, nos anos 1903 e 1912, que tentam disciplinar o cotidiano das pessoas sobre a ótica burguesa. Em 1927, já se percebe uma preocupação com o desenvolvimento urbanístico, através da contratação do serviço de engenheiros e técnicos para a elaboração da planta cadastral do município.

Na década de 1940, o governo de Vargas elabora um projeto de expansão e colonização do interior do país, conhecido como “Marcha para o Oeste”, abrindo estradas que interligariam a região do Triângulo Mineiro a Goiás e Mato Grosso, transformando a cidade em pólo comercial, por estar no entroncamento dessas rodovias.

O intento da cidade, porém, não era apenas ser o que já era, uma distribuidora de mercadorias a nível extra-regional, atraindo investimentos de Mato Grosso e Goiás. Arquitetava-se a ampliação do potencial industrial uberlandense, que nos anos 40 ainda era incipiente, com suas 163 fábricas e 1.443 operários (SOARES, 1995), mas que vislumbrava tornar-se capital federal e, para isso, o intento industrialista seria fundamental, como mostra Soares:

O discurso de industrialização (...) foi ainda mais intensificado quando houve a possibilidade de a cidade vir a ser capital federal, em 1946, ano em que foram feitas pesquisas por estudiosos e técnicos do governo federal, na tentativa de encontrar uma área para ser instalada a futura capital, no Planalto Central (SOARES, 1995, p.63).

Em 1954, há um plano urbano completo, elaborado pela equipe do Engenheiro Otávio Roscoe, chefe da Divisão do Departamento Geográfico do DER de Minas Gerais, o que ratifica o intento de se organizar como moderno centro econômico e político no cenário nacional, moldando o espaço para cumprir seu potencial capitalizador, ou, como Lefebvre bem descreve:

(...) O urbanismo se vê atenazado entre os interesses particulares e os interesses políticos, entre os que decidem em nome do “privado” e os que decidem em nome das instâncias superiores e dos poderes. Ele vive comprometido entre o neoliberalismo (que admite a programação e as ações ditas “voluntárias” ou “concertadas”) e o neodirigismo (que concede um campo de ação à “livre empresa”) (LEFEBVRE, 1999, p.145).

Ou seja, o espaço produzido para atender à necessidade de grupos econômicos e ao poder político comungado abarca como seu esse ideal de poucos, e os socializa como sendo o de todos, os quais contribuem através de impostos para atender aos anseios da modernidade, inclusive destinando áreas, recursos naturais, tecnologia, saberes etc., necessários ao sucesso dos empreendimentos. A estrutura de poder torna-se única e, como está embasada em um sistema do desigual, pessoas e lugares são diferenciados pelos atributos e apetrechos de assimilação da nova ordem, em que os projetos e planejamentos urbanos terão como finalidade legalizar e legitimar o que convém, clareando a divisão entre o aceito e o renegado. Isso influi na maneira como se percebe e se concebe a saúde; quando destinada aos renegados, o sistema assume uma espécie de ‘tutela’, tenta suprir as necessidades mais urgentes por meio da sugestão de um contorno de preocupação, desviando o foco das desigualdades que ele mesmo gera, mantendo o mesmo organograma de poder, como reforça Milton Santos em Conferência magna proferida no I Seminário Nacional de Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento:

A urbanização permitiu avanços formidáveis em todas as áreas, inclusive da saúde. Não foi por causa da urbanização que os países subdesenvolvidos tiveram muitas dificuldades para enfrentar as questões de saúde, tanto do ponto de vista individual quanto do ponto de vista coletivo. É a maneira como organizamos a sociedade, separando os que podem e os que não podem viver em determinados lugares. Mas, em geral não queremos falar em mudanças dos organogramas. Daí esse enfoque tímido e de subserviência ao sistema e que, geralmente, dá prioridade ao que não tem, à falta e ao que deve ser suprido (SANTOS, 2000, p.313).

A construção de Brasília, na segunda metade de 1950, sedimenta ainda mais a importância da cidade, reforçando seu papel de ponto obrigatório de entrecruzamento do sul, norte e nordeste com o Centro-Oeste do País; em 1958, acontece a inauguração do Hospital

Santa Catarina S.A. e, em 1959, a do Hospital Santa Teresinha Ltda., ambos da iniciativa privada.

Na década de 60, a cidade foi privilegiada com a política de ocupação dos cerrados, que propiciou o desenvolvimento da cultura de grãos em terras da região, e coube a Uberlândia o papel de armazenar, distribuir e exportar parte da safra agrícola nacional.

A construção de Brasília pode ser vista como um divisor de águas para Uberlândia; antes, a luta para conquistar um espaço no cenário nacional, depois, como a consolidação desse espaço, que é reconhecido por grandes empresários locais, que, com a construção da capital federal, tiveram a oportunidade de se firmar em nível nacional e até mesmo internacional. Percebe-se essa guinada na visão de Alair Martins, Diretor Presidente do Grupo Martins, maior atacadista da América Latina, descrito por Rangel:

O empreendedor (Alair Martins) lembra que a construção da nova Capital Federal fez Uberlândia se multiplicar como num passe de mágica: “Até 1960, Uberlândia era uma cidade como tantas outras pelo país afora. Sessenta mil habitantes e nada de extraordinário, até mesmo pela precariedade das estradas de acesso ao município. A construção de Brasília contribuiu para que mais pessoas viessem para a cidade e região, o que determinou aumento de consumo em geral e, conseqüentemente, houve maior necessidade de novas moradias, escolas, hospitais e principalmente novos comércios”.

Para Alair, Brasília foi mais do que “a” Capital, foi “o” capital, porque, de forma continuada, garantiu a concretização de muitos sonhos e oportunidades para quem realmente queria trabalhar. “Uberlândia ficou no meio do caminho e soube tirar vantagem disso, procurando acompanhar passo a passo o ritmo necessário” (RANGEL, 1999, p. 21).

E justamente na segunda metade da década de 1960, tem-se a inauguração de mais três hospitais particulares: Hospital e Maternidade Santa Clara Ltda. (1965), Instituto São Lucas Ltda. (1967) e Hospital e Maternidade São Francisco de Paula Ltda. (1967).

Com a política de descentralização industrial do eixo São Paulo/Rio, nos últimos 30 anos, a cidade recebeu grandes complexos industriais, como: Souza Cruz, Daiwa do Brasil Têxtil Ltda., Fujiwara, Coca-Cola e outros, concretizando a implantação do pólo industrial, além da Universidade Federal de Uberlândia, federalizada em 1978. A cidade se transforma

em pólo comercial, industrial e científico da região, assumindo posição privilegiada no cenário nacional, ao ser reconhecida por sua importância regional.

Em 1970 ocorre um novo marco na área da saúde, a inauguração do Hospital de Clínicas de Uberlândia, que tem como objetivo formar os profissionais da Escola de Medicina e Cirurgia, que é, até hoje, o responsável pela maior parte do atendimento público da cidade e região.

Uberlândia atualmente conta com doze hospitais particulares e, no período de 1994 até 2004, foram inauguradas oito Unidades de Atendimento Integrado (UAI), onde são realizados os serviços de atendimento público, inclusive internações e algumas cirurgias. Porém, o índice de leitos públicos e privados chega a 2,23 por 1000 habitantes e, se forem computados apenas os leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde, esse índice cai para 1,29 por 1000 habitantes, muito abaixo dos números estabelecidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que prescreve 5 leitos por 1000 habitantes, o que deixa claro o fato de que os serviços de saúde não têm acompanhado com a mesma desenvoltura o desenvolvimento econômico da cidade.

Hoje, é possível visualizar a estruturação da cidade nos seus 61 hotéis e 37 instituições bancárias, muitas possuidoras de agências espalhadas pela cidade, além de 53 sindicatos de categorias e grandes empresas com sede em Uberlândia como: Armazéns Martins, ARCOM, Peixoto, ACS, Braspelco, Grupo ABC, Nacional Expresso, Cia. de Telecomunicações Brasil Central, Granja Rezende, Engeset, Transcol, União Comércio Importação e Exportação (Banco Integrado de Dados BID/2004, Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano).

Contudo, a cidade ainda não está satisfeita, quer mais, e a marca do dinamismo e da economia diversificada continua a exalar novos propósitos. Atualmente, o Pólo Turístico de Uberlândia tem ganhado projeção nacional e internacional, valendo-se de três fatores: localização geográfica (corredor de passagem entre o sul e o norte do país), o volume de

turistas em trânsito, cerca de 1 milhão por ano, e a potencialidade ecoturística do cerrado (Secretaria de Indústria e Comércio de Uberlândia/2004).

Apesar do afã, do ufanismo, do sucesso e dos empreendimentos públicos e privados, a cidade conhecida como “Portal do Cerrado” carrega consigo as marcas do antigo, do pobre, do sujo, do sem merecimento e do pecado; ainda convive com a hanseníase como problema de saúde pública com taxas de prevalência de 3,5 casos/10.000 habitantes e de detecção de 1,95 casos/10.000 habitantes (2002), maior que a apresentada no estado na mesma época, 2,7 e 1,53 respectivamente, o que demonstra a necessidade de eliminá-la com urgência do seu futuro.

3.3. A hanseníase em Uberlândia: espaço e doença

Como pudemos perceber através da história de Uberlândia, o desejo de ser uma cidade ‘progressista’, ‘moderna’ esteve sempre presente e como tal, à ótica dos comportamentos e ações se estruturaram para concretizar uma sociedade ou espaço nos moldes capitalistas. Nesse foco, o potencial humano/espacial foi requisitado para cumprir a meta traçada e, tendo em vista que o sistema capitalista é um sistema de desigualdades, os eleitos são os grupos econômicos em detrimento dos considerados inaptos por não possuírem os pré-requisitos que a sociedade capitalista exige, como capacidade de investimento, boa aparência ou qualificação profissional, enfim, tudo o que o sistema oferece para poucos, além de capacidade física para o desempenho não apenas de tarefas, mas para fazer parte de uma sociedade que valoriza o corpo e seu dinamismo, um corpo que se revela ao reproduzir a sociedade que o configura, através dos moldes de beleza, agilidade e acessórios que desfila, e pelo qual se estabelecem relações individuais de poder, que definirão o limite entre o que é bem vindo e o que não condiz com o ideal social, simbolizado pelo sujo, feio ou imoral.

A hanseníase se apresenta como presença indesejável, seu perigo não provém apenas por ser doença, mas por não conjugar com o espírito da modernidade, da mesma forma que os pobres, os velhos, os loucos e deficientes, todos os relegados a um submundo apropriado para essas pessoas. A segregação experimentada e experienciada como legítima, espaços diferenciados e justificados enquanto sinônimos da incapacidade pessoal de conquistar toda a gama de oportunidades oferecidas pelo sistema, que ideologicamente se mostra democrático, ocultando o fato de que na distribuição de serviços não o é, conforme Valladares e Preteceille explicitam:

A cidadania mutilada não é simplesmente o fato das leis injustas. Ela também resulta da própria estrutura do espaço, que na cidade separa os indivíduos e faz dos pobres ainda mais pobres nos bairros onde vivem, ali mesmo onde os serviços públicos são mais raros e os preços dos bens e serviços comprados são mais altos. Mas o cidadão mutilado é induzido a uma interpretação naturalista de sua situação de inferioridade, já que os bairros pobres se definem como aqueles onde há todo o tipo de carências. (...) Dessa maneira, não é a cidade capitalista que é injusta para com o pobre, mas sua própria pobreza, carência que pode ser suprida, segundo a ideologia dominante, por meio do trabalho (...). A expansão das classes médias reforça essa crença induzida. E convoca a fornecer mais trabalho, na idéia de um amanhã mais promissor. Mesmo os que desesperam dessa possibilidade vêm um rastro de luz na prosperidade relativa de alguns vizinhos de favela (VALLADARES; PRETECEILLE, 1990, p.188).

A forma dispensada a todos os contraventores da ordem, aos que incomodam por sua presença e não por suas atitudes, aos que delatam no corpo ou na indumentária a fragilidade do sistema no atendimento a todos, consistia em culpá-los por sua não inserção na ‘sociedade elitizada’, era denunciar sua incômoda presença, em reivindicar ao poder público providência, que não passavam de apelos desesperados para se dar sumiço a essas pessoas que tanto irritavam a visão dos cidadãos mais abastados. Não ver, não ter contato, não saber da existência, ignorar completamente o problema, não se preocupar com o destino, e, sobretudo apartar, era o desejado. Foram justamente esses sentimentos e sensações que o portador de hanseníase despertava quando passava, em parte pelas chagas que carregava, em parte por não ter cura, mas certamente pelo simbolismo que carregava, que transformou a doença e o doente

em mal em si, que dispensava maiores reflexões. Gomide retrata muito bem este sentimento e os apelos que partiam da imprensa em nome de toda a coletividade.

A imprensa araguarina aliou-se às impressas uberlandense e uberabense no mesmo objetivo de denunciar, alertar e reivindicar providências em relação à questão da lepra na região triangulina. A moléstia representava um perigo real para a população local, mas não havia preocupação evidente com a solução da situação de miséria e penúria que acometia as classes pobres, expostas não só à lepra, mas a todos os outros problemas decorrentes das precárias condições de alimentação, habitação, educação e saúde a que estavam submetidas no contexto sócio-político que antecedeu os anos 30.

O Jornal A Tribuna de Uberabinha, antigo nome da cidade de Uberlândia, publicou uma série de artigos, a partir de 1925, onde se podia encontrar a denúncia e o apelo para que se resolvesse a situação dos leprosos da cidade, principalmente pelo mal-estar que causavam à sociedade com sua indesejável presença e constante ameaça, buscando, na ação desenvolvida em São Paulo, o exemplo para solucionar o problema no interior mineiro (GOMIDE, 1991, p.88).

Em São Paulo, modelo a ser seguido, tanto a lepra quanto outras doenças como a ancilostomose, a malária e o tracoma, passaram a monopolizar as atenções da administração sanitária estadual a partir de 1905, devido ao controle das moléstias epidêmicas. A partir de 1910, foi dispensada maior atenção à lepra, mantendo-se o tradicional isolamento, mas percebe-se sua entrada na pauta política com maior assiduidade. Nessa época aparecem projetos legislativos prevendo recursos para a construção de estabelecimentos a fim de ampliar a cobertura de isolamento, e apenas em 1917 foi aprovado um desses projetos (TELAROLLI JUNIOR, 1996, p. 54).

A estratégia adotada pela classe dominante uberlandense, respaldada pelo poder público e pela Associação Comercial e Industrial em relação à hanseníase, nas primeiras décadas do século XX, foi a mesma adotada e reconhecida no Brasil, ou seja, a da reclusão e internação, pautada em medidas disciplinares que impedissem o convívio social, uma vez que a figura do leproso nas ruas prejudicava o comércio local. Não houve preocupação com a prevenção, a cura, ou mesmo ações que os mantivessem dentro da cidade, jamais foi veiculada a possibilidade de se construir um asilo-colônia ou um hospital de morféuticos na cidade ou na região.

No intento de resolver problema tão sério, criaram-se vínculos com os leprosários, preventórios e dispensários de Minas Gerais, sobretudo os asilos-colônias São Francisco de Assis, em Bambuí, e o Santa Izabel, em Betim (GOMIDE, 1991). A construção dos mesmos, na cidade, era vista como preocupante, pois poderia atrair um contingente de leprosos de outros lugares e suas famílias. Uma curiosidade é que Santos (2003), em sua Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil, menciona determinados artigos em meados do século XIX discutiam os efeitos curativos das águas termais de Caldas Novas no tratamento da lepra, mas não foi encontrado registro de alguma influência sobre Uberlândia, que se gaba por sua localização geográfica como ponto de passagem entre o sul e o norte do país, apesar de que Guimarães e Cruz fazem uma chamada interessante ao tentar explicar a presença de leprosos em Goiás, que constituía um problema de saúde pública já no século XIX, ao afirmarem que: “a busca de efeitos benéficos das águas termais de Caldas de Santa Cruz motivou a vinda de portadores da doença de outras localidades do país, contribuindo para elevar a incidência da moléstia” (GUIMARÃES; CRUZ, 2002, p.1452).

É certo que Uberaba possuiu um dispensário, o único do Triângulo Mineiro, fato que não adquire maior importância por Minas Gerais só ter sediado seis dispensários, número pequeno em virtude de ser este o estado que possuiu o maior número de asilos-colônias e preventórios. Entretanto significa muito, caso se compreenda os dispensários como uma ação ambulatorial, que normalmente funcionava em Postos de Saúde e era fundamental para estratégias de fiscalização, controle, descoberta de novos casos, vigilância e tratamento dos casos não contagiantes e, principalmente, para informar a população. É evidente que a forma repressiva empregada na época anulava qualquer intenção positiva, como mostra Gomide, mas não se pode desprezar a falta de interesse relativo a ações que remetessem ao problema lepra.

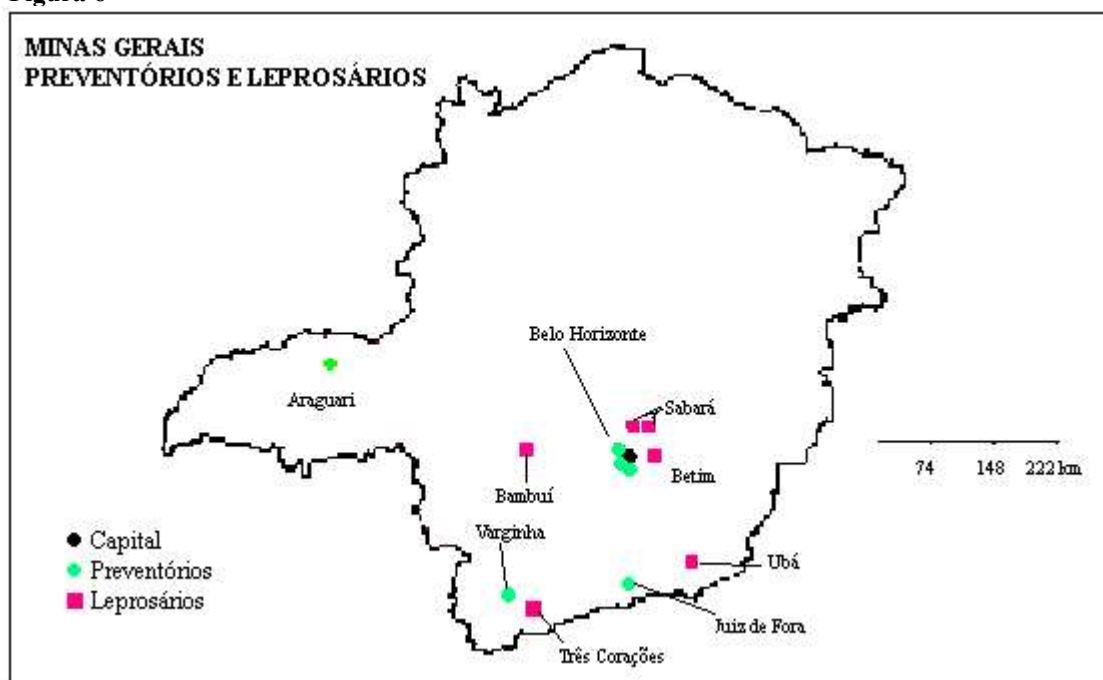
A ação dos Dispensários e seus fiscais provocaram um efeito contrário ao proposto, pois, segundo observações de Izabela Goulart, médica lepróloga, tal forma de controle expunha, humilhava e estigmatizava os doentes da lepra, e foi a grande responsável pelas inúmeras fugas e ocultamento dos doentes, provocando a disseminação do mal (GOMIDE, 1991, p.120).

Na década de 1950 foi construído o Preventório do Triângulo Mineiro em Araguari, já que não se podia mais negar a situação de abandono dos filhosãos de leprosos, que punham em risco a ordem e a beleza pretendida para a cidade. A sociedade uberlandense participou ativamente na arrecadação de recursos para a construção e a manutenção do preventório, através de bailes, jantares e doações vultuosas realizados com nesse intento. O envolvimento foi tão intenso que se chegou a cogitar Uberlândia como sede do preventório, o que foi descartado pela burguesia uberlandense, da mesma forma que a construção de leprosários.

Conforme se pode visualizar na Figura 6, os preventórios em Minas Gerais se concentraram na região de Belo Horizonte, que possuía três, metade dos existentes no estado, que são: Aprendizado Técnico Profissional, o Educandário São Tarcísio e a Pupileira Ernani Agrícola. Em Araguari, no Triângulo Mineiro, temos o Educandário Eunice Weaver; no Sul de Minas Gerais, temos o de Varginha, Educandário Olegário Maciel; e em Juiz de Fora, o Educandário Carlos Chagas.

Fato que chama a atenção é que os leprosários não comungaram o mesmo espaço que os preventórios, ficando restritos às seguintes cidades: São Francisco de Assis, em Bambuí; Santa Izabel, em Betim; Santa Fé, em Três Corações; Padre Damião, em Ubá, além de Ernani Agrícola e Cristiano Machado/Roça Grande, em Sabará.

Figura 6



Fonte: (Gomide, 1991, p.209-210)

A partir dos anos 1950, a ciência deu um salto significativo para a cura da hanseníase, com a introdução da diaminodiphenil sulfona (DDS) para o tratamento, e a reclusão em leprosários passa a sofrer severas críticas, especialmente por dois motivos. O primeiro era não ter conseguido reduzir o número de casos e proporcionar o fim do mal em território nacional. E o segundo e o mais arrasador motivo para o fim das malfadadas instituições estava no ônus que representavam aos cofres públicos. A solução era tratar a hanseníase como a maioria das doenças, em ambulatórios, e livrar o estado do jugo da manutenção de tais estabelecimentos. Com o fim da prática de reclusão, os internos em altas estavam liberados para se reintegrar à sociedade. Muitos deles sem família, sem condições econômicas e acostumados àquela vida, resolveram permanecer, justificando a existência de tais instituições até hoje, que abrigam antigos moradores e os incapacitados que as procuram voluntariamente, pois um grande problema no Brasil ainda é o diagnóstico tardio, que tem como consequência lesões deformantes que contribuem para o acirramento dos problemas sociais.

Uma característica dessas instituições foi a formação de aglomerados humanos em seu entorno, dando origem a bairros constituídos inicialmente de hansenianos e suas famílias, ou seja, muitos saíram do leprosário para morar ao seu redor, já que neles mantinham vínculos de amizade em um espaço reconhecido como seu 'lugar'. Outros optaram por sair à procura de uma vida nova, dispostos a aceitar a sociedade que um dia os isolou.

A saída dessas pessoas não representou um contingente tão preocupante, estavam em alta e apenas deveriam continuar seu tratamento, muitos permaneceram nos sanatórios. Segundo o Cardeal Evaristo Arns (SANTOS, 1983), em 1973 ainda existiam 33 instituições, com o total de 16.071 internos. Hoje, ainda restam trinta, que deixaram de ser hospitais e são habitadas por ex-portadores que não tinham para onde ir e que vivem em completo abandono, conforme relata a reportagem do jornal o Estado de São Paulo em 15/08/2005:

Um levantamento do governo nos 30 locais mostra que há "uma total desassistência aos moradores das colônias", principalmente no Norte e no Nordeste. Esquecidos, muitos dos 5 mil ex-doentes moram em casas velhas, sem a propriedade dos imóveis, em locais onde as ruas são de terra e o esgoto não é tratado. Asilos que cuidam de quem possui seqüelas não têm médicos e enfermeiros suficientes. "Em algumas colônias, os idosos estão em estado de completo abandono. Há até prostituição infantil", diz Artur Custódio, do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (PAÍS, 2005).

Alguns ex-reclusos que optaram por sair da instituição permaneceram nos bairros criados ao redor dos sanatórios e asilos-colônias; os que saíram à procura de outros lugares se espalharam pelo Brasil, à procura de seus parentes ou de algum lugar que os acolhesse. Não há registros da origem das famílias que vieram se estabelecer em Uberlândia, de qual instituição eram provenientes e qual o percurso feito pelas mesmas até chegarem a essa cidade, se vieram dos asilos-colônias de Minas Gerais que se localizam a uma média de 400 km, de Catalão(GO), a apenas 145 km, ou de outros lugares, uma vez que a perda de contato com a família e com a cidade natal era comum. Procurar uma vida nova era a meta de todos.

A tendência foi ocuparem os lugares periféricos das cidades em que podiam continuar seu tratamento, que até o ano de 1991 ainda era longo, podendo se estender pela vida inteira. Foi assim que Uberlândia criou em seu imaginário o lugar dos leprosos, o bairro Lagoinha.

3.3.1. O bairro Lagoinha e a segregação socioespacial dos hansenianos

Até o ano de 2004, Uberlândia possuía um grande número de áreas distintas com definições próprias, em torno de 250, algumas compreendendo apenas um quarteirão e meio, o que gerava desconhecimento e confusão em relação à limitação de bairros, pois os moradores empregavam o nome do loteamento como se fosse a denominação do bairro.

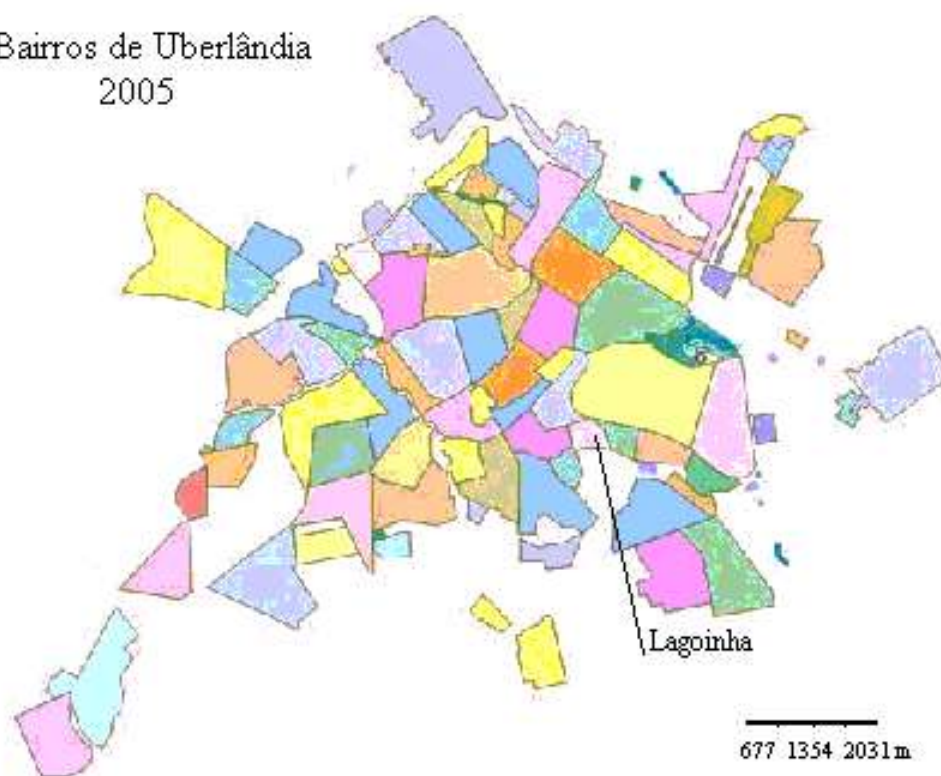
Visando facilitar as ações do poder público ao implantar equipamentos e políticas públicas sociais setoriais (educação, saúde, esportes, lazer, segurança etc.), na década de 1990, tem início o Projeto Bairros Integrados, com o objetivo de propor uma melhor configuração urbana para a cidade e a organização dos bairros, que hoje chega a 80 Bairros Integrados. Nos anos de 1993, 1995 e 1999, já se tem a consumação legal da integração de algumas áreas, quando ocorre uma paralisação dessas ações, que retornam com força em 2002, quando acontece um novo estudo do espaço urbano, e hoje apenas poucas áreas ainda estão em discussão.

O exagerado número de ‘bairros’ deveu-se a uma tradição, segundo a qual “a cada novo loteamento inaugurado, independente do seu tamanho, o nome do empreendimento ou de seu empreendedor era utilizado para definir a região” (TADEU, 2003, p.B3), conforme explicita José Antônio Assis Godói, secretário municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano, em entrevista ao jornal Correio.

É Interessante observar que nunca foi encontrado registro do loteamento do bairro Lagoinha, e nunca existiu esse bairro entre os quase 250 existentes na cidade de Uberlândia, ou seja, nunca foi possível delimitar o que a população denominava de bairro Lagoinha, que pertencia a um imaginário que se tornou real com o Projeto de Bairros Integrados, como se vê na figura abaixo:

Figura 7

Bairros de Uberlândia
2005



Fonte: net.sabe – Guia Sei 2005/2006

O local denominado bairro Lagoinha recebeu este nome por ser uma área de vegetação de veredas e possuir muitas pequenas lagoas que foram drenadas na década de 70, e estar localizado à margem direita do córrego Lagoinha, setor sul de Uberlândia. No passado, essa área pertenceu ao fazendeiro João Pereira (descobridor da cidade), que deixou alguns escravos morarem na cabeceira do rio Lagoinha, numa fazenda chamada “Retiro da Lagoinha” (Boletim PMU, abril de 1986).

A área conhecida como Lagoinha englobava os loteamentos: Saraiva Prolongamento, Leão XIII e Jardim Ozanan, sem delimitação, recebendo status de bairro através da Lei nº 8403 de agosto de 2003, que delimita e denomina de bairro Lagoinha a área urbana assim descrita:

inicia na confluência da Rua Benjamim Alves Santos, com a Rua São Francisco de Assis, segue pela Av. João Naves de Ávila, sentido sudeste até encontrar a Alameda Uberaba, segue pela Alameda Uberaba até o encontro da Rua Pedro Ivo, segue pela Rua Pedro Ivo até o Córrego Lagoinha, segue pelo Córrego Lagoinha na direção noroeste até o encontro com a Rua Benjamim Alves Santos, segue pela Rua Benjamim Alves Santos até o ponto onde iniciou esta descrição (UBERLÂNDIA, 2003)

Conforme se visualiza na Figura abaixo:



Fonte: Prefeitura Municipal de Uberlândia/Secretaria de Planejamento

Para a implantação do bairro, foram realizados encontros em 2002 com a comunidade do loteamento Saraiva Prolongamento, Leão XIII, Jardim Ozanan, Pampulha e Carajás, a fim de delimitar uma nova área, e foram apresentadas três propostas: uma que englobava todos os loteamentos em um único bairro, mantendo a área existente em 1997, e duas que subdividiam a área, transformando-a ou em dois bairros (Lagoinha e Pampulha), ou em três bairros (Pampulha, Carajás e Lagoinha), prevalecendo a última.

Conjuntamente com a definição dos novos bairros, houve a escolha do nome. Pampulha e Carajás já estavam definidos, os demais loteamentos que formariam o terceiro bairro ainda precisavam de nome, depois de calorosas discussões o nome Lagoinha foi escolhido, a tradição e a história se concretizam legalizando um espaço pertencente à memória da cidade, o bairro Lagoinha.

A importância do bairro Lagoinha se expressa em ser uma referência da hanseníase em Uberlândia, já que em meados da década de 1950 algumas famílias que possuíam exportadores de hanseníase se fixaram na área, vindos de leprosários. Em 1956, Maria Preta se instalou no bairro, sendo uma das primeiras moradoras da área. Ela relatou sua trajetória até o Lagoinha da seguinte forma:

Eu apresentei hanseníase com 13 anos de idade (...) e fui sozinha para Bambuí, para o sanatório São Francisco de Assis (nascida em Patos de Minas, a mãe era portadora e tinha sido ‘exportada’ a força para um leprosário, nunca mais teve notícias) (...) saí do leprosário em 1956, estive perto de Araguari, morar na roça, deixei este lugar e vim morar em Uberlândia, fazia tratamento em Araguari com o Dr. Alfredo, de lá vim para Uberlândia e fazia tratamento com o Dr. Virgílio Mineiro. (...) o Lagoinha. era o lugar em que se achava o terreno mais barato, (...) nessa época nós éramos umas seis famílias que morava no Lagoinha, cada um esparramado num lugar, um longe do outro, isso em 1956, nós fomos os primeiros (...) era umas seis famílias que morava lá não igual colônia só de hanseniano, que não existe mais, aí ficou aquela fama, o Lagoinha é o bairro dos leproso.

Podemos dizer que Uberlândia construiu ‘o mundo da lepra’, um espaço delimitado e legitimado para essas pessoas pobres e que não tinham como esconder as chagas. As primeiras famílias a ocuparem o Lagoinha, considerado um ‘brejo’, segundo Sr. J, era a aproximação com outras pessoas que tiveram o mesmo problema, procurando conforto e aceitação: “Eu vim com a minha família pra cá em 1973 porque sabia que moravam outros que nem eu, e precisava de ajuda e aqui eu encontrei, o pessoal da sociedade [Sociedade Eunice Weaver] me ajudou muito”. Ele fala enquanto mostra as deformidades nas mãos e nos pés, e prossegue seu relato contanto que saiu da roça à procura de tratamento quando já não podia trabalhar, entrando para a triste estatística do diagnóstico tardio. Ao mesmo tempo, ele denuncia, em sua falta de atenção à própria saúde, o discurso capitalista, que faz apologia ao trabalho, assimilado como um discurso moral, religioso, fazendo da preguiça e da indolência atributos

do ‘mal’, enquanto ao trabalho é designada toda a positividade, tendo como atributo o ‘bem’, que provê prosperidade, riqueza, saúde para a alma. Essa forma de pensar o trabalho faz com que a doença só seja percebida ou acreditada quando impede a execução do trabalho, ou seja, quando a queda da produtividade passa a ser significativa, exigindo providências, como mostra Claro:

A disposição para o trabalho era vista como um dos principais indícios de que o problema não era muito grave.

Como Boltanski (1984) conclui em seu estudo sobre os usos do corpo, os membros das classes populares tendem a perceber a doença antes de mais nada como um entrave à atividade física, ocasionando a queixa comum de “fraqueza”, que muitas vezes é o que os leva a procurarem o médico. A doença seria então, segundo o autor, aquilo que os impede de fazerem o uso habitual do seu corpo, principalmente para o trabalho (CLARO, 1995, p.67).

Como é bem sinalizado na fala de Maria Preta, o Lagoinha não era uma colônia de hansenianos, era um lugar que tinha terrenos baratos e que pessoas com baixo poder aquisitivo podiam comprar e morar; também não foi um bairro exclusivamente de hansenianos, mas houve de fato uma procura por parte das famílias que tinham hansenianos de moradias nesse lugar. Não se tem registro das ações desempenhadas pela Igreja Católica na locação de terrenos para essas famílias, mas não deixa de ser intrigante saber que o loteamento Leão XIII pertencia ao Monsenhor Eduardo dos Santos, e o Jardim Ozanan à Sociedade São Vicente de Paula.

A fundação da SEWU (Sociedade Eunice Weaver de Uberlândia) no bairro, em 1959, sugere a importância da hanseníase nesse espaço e a precariedade em que essas famílias viviam, pois sua natureza jurídica é de instituição filantrópica e possui como objetivo social em seu estatuto:

Trabalhar com a população carente portadora de hanseníase, prevenir e erradicar o mal de hansen, buscando a interação e melhoria dos assistidos e seus familiares, capacitando-os para a superação de suas deficiências. Prestar assistência social e promover a reintegração social dos portadores de hanseníase e respectivos familiares e também da comunidade do bairro Lagoinha (ESTATUTO, s/d).

Outra referência ao Lagoinha como bairro marcado pela hanseníase vem do poder público, visto que a Unidade Básica de Saúde do bairro leva o nome do médico Virgílio Mineiro, que nas décadas de 1950, 1960 e 1970 fazia o atendimento e acompanhava o tratamento da hanseníase na cidade. Uma celebre frase atribuída a ele, segundo Nádia⁴, é: “Não existe doença mais democrática que esta, ela ataca indiscriminadamente todas as pessoas”. Isso também confirma que o Lagoinha não era o foco da hanseníase, pois, segundo Maria Preta, “tanto se engana, que no centro da cidade tinha muito mais hanseniano do que no bairro Lagoinha”.

Essa fala tem sentido caso se considere que a doença não se delimitou ao bairro Lagoinha, já que até 1999, o atendimento ambulatorial aos hansenianos esteve centralizado na Unidade Básica de Saúde Martins (que até 1993, pertenceu à Secretaria Estadual de Saúde e, com a municipalização, foi integrada à Secretaria Municipal de Saúde), onde era feito o diagnóstico e o tratamento, registrando um número maior que o apresentado do Lagoinha, que recebia um atendimento especial até mesmo pela falta de condições sociais das famílias para a locomoção até a Unidade do bairro Martins. Conforme Maria Cristina de Ávila Coelho, coordenadora do Programa de Hanseníase em Uberlândia no ano de 2004, a procura pelo bairro foi uma forma “de conviver com iguais, e a Sociedade Eunice Weaver teve um papel importante no tratamento das pessoas carentes que viviam no bairro ao criar um vínculo entre tratamento e entrega de cestas básicas”.

De qualquer forma, formou-se um ambiente propício para a busca de tratamento em hanseníase, ficando evidente que o lugar em que está instalada uma Unidade Básica de Saúde irá, de alguma maneira, determinar uma preferência nessa Unidade, associada à construção simbólica que legitima o espaço no que se refere à hanseníase, conforme relata a assistente social da UBS Lagoinha em 2003.

Aqui é um atendimento já tradicional, a gente já tem uma dinâmica própria, a médica é a mesma, a assistente social é a mesma, fazem esse trabalho com muito amor,

⁴ Assistente Social da UBS – Lagoinha

acaba até fazendo um trabalho voluntário, às vezes fora do horário, mesmo que a orientação é pra deixar num local só, ou a orientação é para descentralizar, aqui não acaba..., aqui permanece..., as pessoas já têm aquele vínculo, a gente já conhece, já conhece a família(...) Vem pessoas de outros lugares, pessoas que moravam aqui, estavam aqui, mudaram daqui porque houve um loteamento, uma facilidade pra mudar (...), o pessoal volta para ser atendido, vem para o atendimento.

Aqui é uma referência, às vezes, pelo próprio preconceito, as pessoas pensam que aqui será melhor atendido, não vai ser discriminado e às vezes, tem isso de ficar procurando, e às vezes, é orientado pelo próprio paciente daqui.

Percebe-se que o Lagoinha foi eleito para ser o locus da hanseníase e do hanseniano pobre, que se agregam por não poderem ocultar as suas marcas. Hoje, segundo todos os entrevistados, o bairro se transformou no lugar do bandido, do drogado e do leproso, reafirmando seu espaço de segregação. Muitos moradores não se identificam ao lugar e negam sua proximidade, envergonhados e desencorajados, receosos do legado de fazerem parte de um universo de exclusão social, que acaba penalizando seus moradores.

Eu não moro no Lagoinha, eu moro no Jardim Ozanan. O Lagoinha fica bem pra lá..., eu não moro perto não, quando compramos o terreno há vinte dois anos, muita gente falou, mas nós vimos que era longe dos leprosos (...) não é bom morar no Lagoinha, até pra pedir emprego é ruim, eles falam, é lugar de bandido e leproso. (Maria Rosa)⁵

Essa negação por parte dos moradores em relação ao nome Lagoinha pode ser sentida ao se pedir informação na rua; caso seja abordado algum morador na porta de sua casa quando se pergunta se ali é o Lagoinha, a resposta usual é que não, que o Lagoinha é mais em baixo, mais próximo do córrego, que ali é o Jardim Ozanan, o Leão XIII ou Saraiva, mesmo depois a regulamentação do bairro Lagoinha.

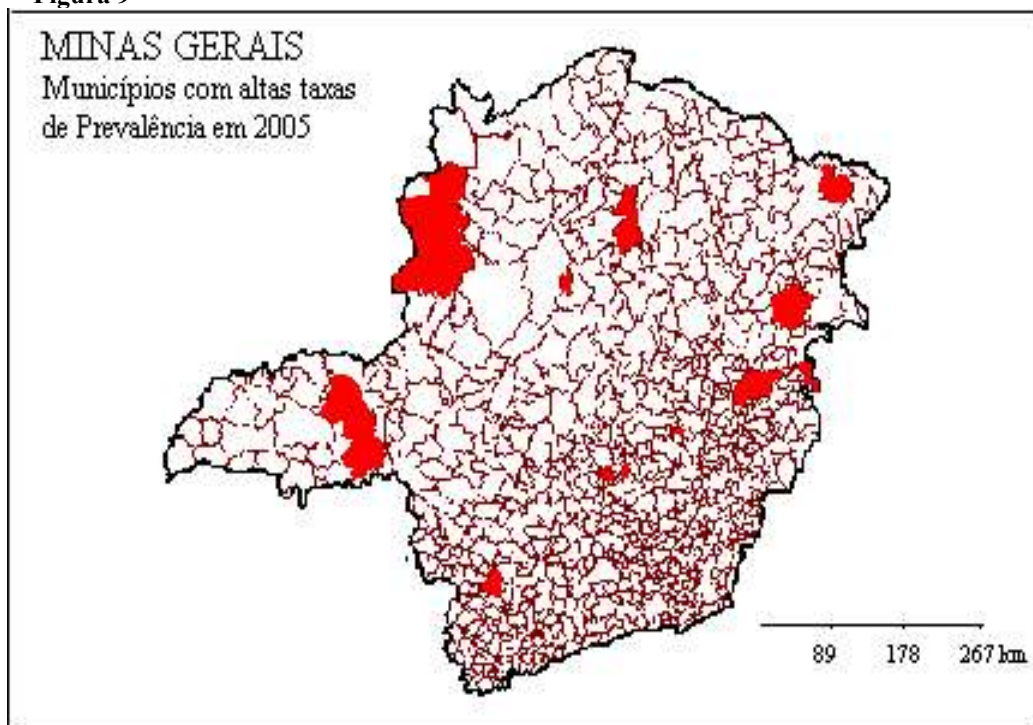
Hoje, o bairro dos leprosos continua a reproduzir seu espaço de segregação no imaginário da população de Uberlândia, agora agregado à violência urbana, incorporando o bandido, o drogado, firmando-se como periferia central, rodeado de bairros da classe média alta, próximo ao Campus Santa Mônica da UFU e do *Center Shopping*, área de alto valor imobiliário; nele, porém, ainda se encontram ruas sem asfalto e a formação de uma favela à margem do córrego.

⁵ Maria Rosa, funcionária da PMU, no Centro Comunitário Lagoinha.

3.3.2. Uma análise dos indicadores de detecção e prevalência da hanseníase em Uberlândia

Uberlândia foi definida como um dos 22 municípios prioritários para o Plano de Eliminação da Hanseníase em Minas Gerais em 1999 e, segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2005), mesmo após a eliminação em âmbito estadual, prevista para o final de 2005, as ações continuarão sendo intensificadas, principalmente nos municípios com maior taxa de prevalência como: Campestre, Uberlândia, Uberaba, Unaí, Alfenas, Belo Horizonte, Betim, Governador Valadares, Montes Claros, Pirapora, Paracatu, Almenara, Teófilo Otoni, Ipatinga, Mantena e Ituiutaba, o que delineia a seguinte configuração ao estado:

Figura 9

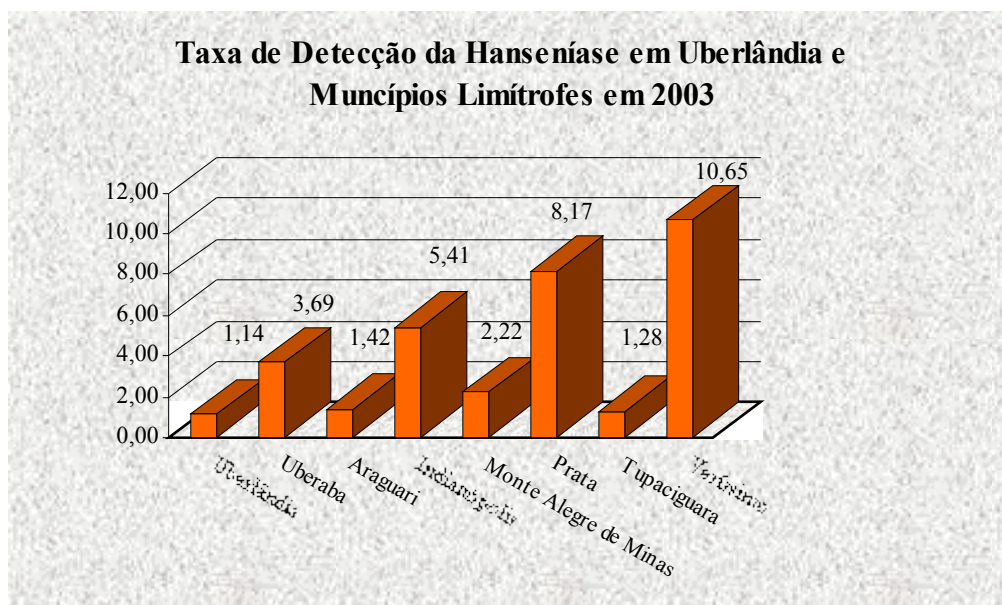


Fonte: Hanseníase Datasus

O Triângulo Mineiro é considerado área de alta prevalência e detecção, e por isso deverá ter atenção especial do Plano de Eliminação à Hanseníase, pois possui municípios considerados hiperendêmicos, como Canápolis, cuja taxa de detecção é de 16,70 casos/10.000, e Veríssimo, com 10,65 casos/10.000 habitantes em 2003. Os municípios fronteiriços a

Uberlândia também apresentaram taxas preocupantes no mesmo período, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 15



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Dados 2003

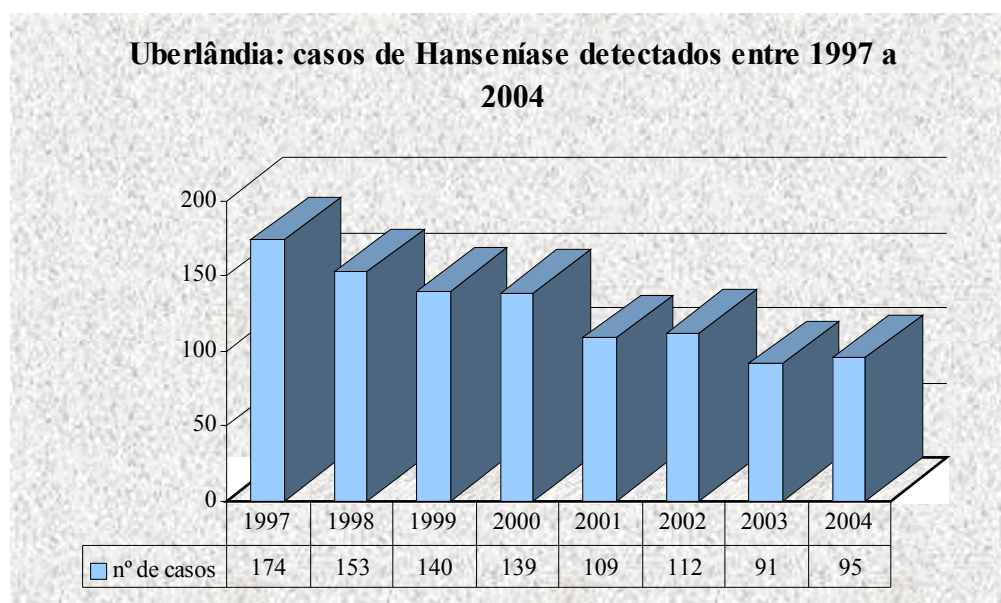
Uberlândia é o terceiro município do estado em população, o que faz com que suas taxas de detecção (casos novos) representem uma prevalência (casos em tratamento) alta, em números absolutos. Veríssimo possui a maior taxa de detecção, 10,65 casos/10.000 habitantes, ou seja, 3 casos para uma população de 2.816 habitantes, enquanto a taxa registrada em Uberlândia foi de 1,14 casos/10.000 habitantes, representando 62 casos detectados para uma população de 542.540 habitantes.

Um dos aspectos intrigantes da pesquisa foi constatar uma discrepância no números do casos, tanto em registro ativo como nos casos novos, encontrados nas várias fontes: para 2003, encontramos para Uberlândia a detecção de 1,14, como no Gráfico 15, que deixa evidente 62 casos novos, e a do Datasus, que utiliza como fonte o SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), que para o mesmo período registra 91 casos novos.

Outra questão fundamental é que nem sempre foi possível encontrar os dados na mesma fonte de pesquisa, por isso, foi necessário utilizar várias fontes oficiais, mesmo que a precisão ficasse comprometida.

Para se obter a noção da hanseníase em Uberlândia dos anos de 1997 a 2004, foram utilizados dados colhidos no Datasus, para que se pudesse fazer uma avaliação do sistema municipal de saúde no período após implantação da poliquimioterapia. Através do Gráfico 16, percebe-se que houve uma sensível queda da taxa de detecção entre 1997 e 2001, que tem se mantido constante, com pequenas oscilações.

Gráfico 16



Fonte: Hanseníase Datasus (SINAN)

A permanência da taxa de detecção no período entre 2001 e 2005 entre os 100 casos indica que o programa vem enfrentando algumas dificuldades para atingir a eliminação, o que torna necessário conhecer parte das ações para a hanseníase desenvolvidas em Uberlândia.

Os pedidos de exames para diagnóstico da hanseníase, entre as diversas unidades de saúde que prestam esse tipo de atendimento entre 2000 e 2002, revelam uma concentração no

Posto de Saúde Escola Jaraguá – UFU, o que de certa forma indica uma maior capacitação e eficiência dessa unidade no tratamento da doença (vide Tabela 5)

Tabela 5

1. EXAMES POSITIVOS-HANSENÍASE DE 2000 A 2002			
2. POR UNIDADE DE TRATAMENTO			
	2000	2001	2002
Roosevelt	5	6	5
Sta Luzia	7	6	0
Lagoinha	2	2	0
Jaraguá	31	22	38
Custódio	2	0	0
Luizote	3	6	8
Martins	5	4	0
São Jorge	0	1	2
Tibery	2	8	8
UI – UFU	0	1	5
Não identificado	0	3	0
Total	57	59	66

Fonte: Laboratório Central/SMS

3.3.3. O Programa de controle da Hanseníase em Uberlândia

Com a municipalização do Programa de Hanseníase a partir de 1993, as atribuições em relação ao combate dessa doença continuaram centralizadas na Unidade Básica de Saúde Martins até 1999, quando o serviço foi descentralizado com o objetivo de atender o paciente próximo a sua residência, o que facilitaria o retorno com regularidade e impediria o abandono. Em busca de maior eficiência, é inserida no programa uma equipe multiprofissional, formada por médicos, assistentes sociais, enfermeiras e fisioterapeutas, com treinamento específico oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde. Inicialmente, contavam com diversas unidades pertencentes à Universidade Federal de Uberlândia, porém, várias delas foram fechadas,

restando apenas o Ambulatório Amélio Marques (Campus Umuarama) e o Centro Saúde Escola Jaraguá.

Hoje, o Programa de Hanseníase possui uma Coordenação sediada na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde que normatiza e supervisiona as ações de controle. Por ser doença de notificação compulsória, os dados são coletados em formulários próprios e encaminhados para a Secretaria Estadual de Saúde, que os remete para o Ministério da Saúde, tendo como objetivos:

- a) Diagnosticar precocemente todos os casos novos esperados de portadores de Hanseníase, de maneira que 90% destes sejam diagnosticados antes do aparecimento de deformidades físicas;
- b) Tratar regularmente com esquema poliquimioterapia todos os casos diagnosticados;
- c) Desenvolver ações que garantam a prevenção das incapacidades;
- d) Dar alta por cura a pelo menos 80% dos casos que iniciaram tratamento;
- e) Reduzir em 15 a 20% ao ano a taxa de prevalência;
- f) Fazer exame dermatoneurológico dos contatos dos portadores de Hanseníase;
- g) Promover ações de Educação em Saúde nas Unidades de Saúde, com familiares e na comunidade a fim de amenizar o preconceito ainda existente (UBERLÂNDIA, 2003, p.1).

O Programa ainda apresenta as Unidades de Saúde e consultórios particulares que oferecem atendimento a casos de hanseníase, que estão assim distribuídos:

- Distrito Leste: Ambulatório Amélio Marques – UFU – Bairro Umuarama e UAI Anice Dib Janete – Bairro Tibery;
- Distrito Oeste: Centro de Saúde Escola Jaraguá – Bairro Jaraguá e UAI Dr. Domingos Pimentel de Ulhôa – Bairro Luizote;
- Distrito Central: Consultório Particular Dr. José Joaquim – Bairro Martins e Dra. Isabela Maria Bernardes Goulart – Bairro Lídice;
- Distrito Norte: UAI Dr. Josias de Freitas – Bairro Roosevelt;

- Distrito Sul: U.B.S. Dr. Virgílio Mineiro – Bairro Lagoinha e U.B.S. Rofles Cecílio – Bairro São Jorge.

Buscando uma melhor eficiência das ações, a equipe de assistência social elaborou um Projeto do Serviço Social que tem como objetivo geral socializar as informações sobre a Hanseníase em seus aspectos psicossociais, através de palestras e atividades de educação em saúde para toda a comunidade, visando orientação sobre a prevenção, a doença e o tratamento, assim como sensibilizar quanto à desmistificação do estereótipo da hanseníase (UBERLÂNDIA, 2003, anexo 1).

Apesar de ser um programa bem elaborado e contar com pessoas realmente interessadas, sua cobertura é ineficiente. A Unidade Básica Martins, que já foi a detentora do maior número de casos, não possui registros desde 2002, pois a falta de médicos fez com que essa Unidade Básica de Saúde fosse desvinculada do Programa de Hanseníase, apesar de contar com outros profissionais experientes, como enfermeiros e assistentes sociais altamente preparados para reconhecer sintomas e aplicar o tratamento. O mesmo ocorre com a Unidade Básica de Saúde do bairro Lagoinha, que já foi um centro de referência, mas que agora oferece consultas duas vezes por semana, o que desestimula a comunidade. Segundo Maria Cristina de Ávila Coelho⁶, seriam necessários 28 médicos distribuídos nos 23 centros de saúde do município, mas apenas 11 médicos se desdobram em fazer o atendimento (e seis deles se encontram no ambulatório Amélio Marques, da UFU), o que ocasiona uma significativa deficiência no Programa, aliada ao desconhecimento sobre a doença, que gera o diagnóstico tardio, a falta de interesse da mídia em veicular informações que ultrapassem a mostra dos cartazes das campanhas e, principalmente, o preconceito da sociedade e dos médicos, conforme essa médica alerta muito bem em matéria veiculada pelo jornal Correio:

⁶ Coordenadora do Programa de Hanseníase da SMS em 2004

As equipes de atendimento são formadas por um médico, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta e um assistente social. 'A dificuldade está em se conseguir médicos, porque eles não querem tratar desse doente. A alegação desses profissionais é quanto à burocracia e por ser um tratamento difícil. A população tem preconceito e os médicos fazem parte da população. Não podemos provar, mas eles também podem ter preconceito'. (MARCOS, 2003)

Um outro aspecto abordado por ela que ultrapassa a burocracia, é o envolvimento do profissional com o programa, que requer palestras, reuniões com os familiares e uma série de procedimentos que tomam tempo e fazem parte do sistema público, que não é gratificante em termos de salário.

Muitos médicos também não estão dispostos a associar sua imagem a uma doença com tantos resquícios de preconceitos. Maria Cristina nos relata que na década de 1980, o atendimento era feito pelo biólogo Waldercidney, numa época em que poucos sabiam reconhecer a doença. Ela mesma conta que saiu da Universidade sem esse conhecimento e que aprendeu com os pacientes, enfermeiros e em pesquisas particulares. Em 1988, foi realizado o primeiro curso sobre hanseníase na cidade, e o médico José Joaquim foi o responsável por treinar a primeira equipe, que era composta por médicos, assistente social e auxiliar de enfermagem. Ela também esclarece que em várias cidades da região não se registravam casos de hanseníase por falta de profissionais preparados para a realização do diagnóstico, e que algumas vezes os profissionais de saúde se recusavam a fazer o treinamento, não se interessando em conhecer a doença. Quando indagada se Uberlândia atende moradores de outras localidades, ela afirma que são raras as pessoas que vêm de fora, e se o fazem, procuram ocultar da família e dos amigos o tratamento; com isso, praticamente 100% dos pacientes moram em Uberlândia, já que o acompanhamento pode ser feito em casa, sendo muito importante o exame médico dos comunicantes, familiares que moram com o portador, principalmente os filhos, que estatisticamente tem mais chance de contrair a doença.

Aproveitando a experiência e a dedicação que a mesma demonstra em relação ao programa e, principalmente, com relação à eliminação da hanseníase em Uberlândia, pediu-se que ela apontasse alguns fatores que influenciam no desempenho do programa, os quais, em sua perspectiva, são:

- Falta de experiência profissional para fazer o diagnóstico, visto que ela só aprendeu sobre a doença com os próprios pacientes e por ter se interessado pela hanseníase, tendo começado seu trabalho na Unidade Básica de Saúde – Lagoinha em 1986 e somente em 1988 teve acesso o primeiro curso sobre hanseníase;
- Falta de interesse dos Médicos por esse tipo de atendimento: o preconceito em relação à doença por parte da classe médica ainda existe. A burocracia no atendimento, sendo necessário o preenchimento de fichas para notificação compulsória a cada consulta. O profissional que trabalha em programas de saúde deve ainda ter disponibilidade para participar de reuniões com familiares, palestras para comunidade, e a classe médica normalmente possui vários empregos. Os profissionais deveriam fazer parte do atendimento público;
- O enfermeiro não poder fazer diagnóstico. Muitas vezes na falta do médico, o enfermeiro não pode iniciar o tratamento;
- Dificuldade em formar a equipe multidisciplinar: seria necessário pelo menos a presença de psicólogos, e até hoje não houve interessados, mesmo enfermeiros e outros profissionais não se mostram interessados, o que torna o contingente de pessoas vinculadas ao programa muito pequeno, fazendo com que as mesmas pessoas atendam em vários locais;
- A partir das dificuldades com o corpo técnico, a prestação de serviços fica limitada. Por não haver profissionais em todas as Unidades de Saúde, muitos casos podem não ter sido diagnosticados na fase inicial, quando o tratamento é mais fácil e com menor risco de

seqüelas, ou seja, a falta de atendimento em todas as Unidades e de profissionais interessados faz com que os diagnósticos sejam tardios;

- As desistências no tratamento: 22,5% dos pacientes não compareceram para receber a dose em 2004 e fazer o controle, temendo o preconceito e a negando a doença (o medo de ser rejeitado pela família e amigos ainda é o fator principal);
- A falta de informação por parte da população e o desinteresse da mídia em veicular propaganda e abrir o debate com a mesma: são raras e pontuais as ações por parte dos meios de comunicação, apesar de ser essa uma doença que merece maior atenção, não há preocupação por não ser uma doença epidêmica, como a dengue;
- Ainda não se tem uma exata noção dos números de casos no município, por ser uma doença cujo processo de incubação é longo e cujas manchas podem demorar para serem vistas como preocupantes; desse modo, os pacientes muitas vezes já chegam em estado avançado, tendo sido portadores o bacilo por muitos anos;
- A ausência de profissionais preparados nos postos mascara a realidade. A doutora Maria Cristina, por atender somente um dia da semana na Unidade Básica de Saúde do bairro Lagoinha, informou que atualmente (2004) só possui dois pacientes em tratamento, uma vez que, sem o profissional por perto, muitos casos acabam passando despercebidos.

Uberlândia também conta com um importante Centro de Referência em Hanseníase, o Centro Saúde Escola Jaraguá – UFU, que além do atendimento e acompanhamento de casos, orienta os profissionais sobre o uso de terapias alternativas, realiza pesquisas sobre novos medicamentos e procedimentos cirúrgicos, além de fabricar palmilhas e sapatos especiais, destinados ao conforto e segurança dos portadores.

Recentemente, o Centro conseguiu o apoio do cantor Ney Matogrosso e do Coordenador do MOHRAN, Artur Custódio Souza, os quais, em visita à cidade, se dispuseram a trabalhar para o reconhecimento em nível federal da unidade, ou seja, o credenciamento nacional do centro (CORRÊA, 2005).

É possível comprovar a importância do Centro de Saúde Escola Jaraguá - UFU no atendimento à Hanseníase em Uberlândia pela alta percentagem de diagnósticos positivos que realiza, em torno de 50% dos casos registrados na cidade no período de 2000 a 2002, conforme demonstrado na Tabela 1, o que confirma seu *status* de referência no atendimento à hanseníase.

O sucesso deve-se ao fato de ser o único centro de atendimento em tempo integral, possuindo cerca de 20 especialistas de áreas diferentes. Mas mesmo com esse desempenho, o próprio centro aponta algumas dificuldades como: o percentual de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano de 2000 foi de 15,70%, no Centro de Saúde Escola Jaraguá, considerado um valor precário, o que levou a realização em 2001 da Campanha do Contato, atingindo o índice de 73,61, visto como regular. Em estudo realizado por Rodrigues et al. (2003), as Unidades de Saúde vinculadas ao Hospital de Clínicas da UFU – Centro Saúde Escola Jaraguá e Ambulatório Central constataram que a prevalência oculta na área de abrangência do Centro de Saúde Escola Jaraguá é expressiva, com 33 casos não detectados entre 1996 e 2000, como é possível verificar na Tabela 6 abaixo:

Tabela 6

Casos de hanseníase detectados e não detectados no Centro de Saúde Escola Jaraguá no período de 1996-2000

	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Detectados	24	29	27	35	28	143
Não-detectados	6	5	9	8	5	33

Fonte: Prontuários médicos do CSE – Jaraguá/UFU apud Rodrigues (2003), p. 10.

O Hospital de Clínicas da UFU tem empreendido esforços no sentido de eliminar a hanseníase, bem como prestar um atendimento aos pacientes com alta, tendo em vista que nos centros de referência da doença, cerca de 27% dos pacientes apresentam ocorrências de reações pós-alta, alguns desenvolvendo lesões nos primeiros três anos, o que causa conseqüências desagradáveis. Nas duas unidades do Hospital das Clínicas da UFU - Centro de Saúde Escola Jaraguá e Ambulatório Central - os percentuais foram de 25% e 25,7%, respectivamente para o período janeiro 2000/junho 2001. A ocorrência de lesões pós-alta é vista como um problema para a adesão ao tratamento, assim como os efeitos colaterais causados pela medicação, pois muitos pacientes reclamam de mal-estar com o uso dos mesmos, alguns escurecem a pele e perdem sobrancelhas e cílios, o que pode ser justificativa pelo abandono do tratamento. Em Uberlândia, no ano de 2005, registrou o percentual de 23% de abandono, considerado regular (Datusus).

A pesquisa desenvolvida pelas unidades pertencentes à Universidade Federal de Uberlândia – UFU tem contribuído para que novos procedimentos e novos medicamentos sejam utilizados, compondo métodos alternativos de ataque à doença que minimizam as reações alérgicas e os sintomas desagradáveis, o que fez com que, a partir de 2000, o Ambulatório Central do Hospital das Clínicas – UFU fosse integrado ao Centro Colaborador Macro-regional de Referência em Hanseníase, e a partir de então, a Coordenação de Hanseníase do referido hospital, conforme Rodrigues et al.:

Tem pautado, junto às outras especialidades, que a hanseníase é um problema concreto a ser resolvido e não uma disciplina isolada. Para isso, propõe reconhecer a complexidade do fenômeno hanseníase e do contexto em que ocorre, advogando a transdisciplinaridade e o abandono da especialidade como metodologia de investigação, tratamento e solução deste problema. (RODRIGUES et al., 2003, p.19)

Compreender a hanseníase como um fenômeno é o primeiro passo para que as ações da saúde sejam questionadas. Apesar dos esforços empreendidos, a hanseníase continua como problema de saúde pública em Uberlândia, levando a refletir que talvez se devesse pensar mais no papel desempenhado pelos serviços públicos, e a transdisciplinaridade ganha força

por ampliar a visão sobre os conceitos de saúde e doença, atuando desde a compreensão do modo como se percebe o corpo físico e social até a busca de políticas públicas de saúde respaldadas pela comunidade; conforme Goulart esclarece:

Trazendo a discussão das carências para o campo da saúde, faz-se necessário, primeiramente, garantir a especificidade dos termos empregados. Paim (s/data: 1-37) procura distinguir entre “necessidades de saúde” e “necessidades de serviços de saúde”, alertando que trata-se de conceitos ambíguos, uma vez que representam, do lado do capital, realidades diferentes. As “necessidades de saúde” podem ser entendidas como o conjunto de condições biológicas e sociais que asseguram um mínimo de sobrevivência, seja como manutenção de meios de vida ou reprodução de força de trabalho. Já as “necessidades de serviços” dizem respeito a um tipo particular de necessidade humana, determinado pela deteriorização de meios existenciais e pela incorporação de saberes específicos relativos ao consumo de serviços. Acima de tudo, esclarece o autor, os próprios conceitos de necessidades possuem base social e histórica, já que os critérios, técnicas e processos empregados em sua definição refletem um campo de forças sociais, políticas e econômicas (GOULART, 1992, p. 99).

Dessa maneira, constata-se que os serviços de saúde, a demanda por esses serviços, a atuação e a distribuição dos mesmos fazem parte de uma construção social que, no caso brasileiro e uberlandense, se baseiam na lógica capitalista, que na visão de Marx “(...) modo pelo qual o Estado se realiza como Estado de classe consiste precisamente no fato de que ele despolitiza a sociedade, apropriando-se de modo monopolista de todas as decisões atinentes ao que é comum (universal)” (GALLO, 1995, p.85). Essa apropriação do particular, do singular, do refletir sobre o corpo físico, social e espacial, da negação à informação e ao conhecimento, tem contribuído para as várias formas de preconceitos, passíveis de visualização na permanência de uma doença tão antiga e tão pobre num espaço organizado para ser seletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande mérito e conquista proporcionados pela execução desse trabalho de pesquisa consiste na certeza de que trabalhar um assunto tão vasto, que considera não apenas aspectos estatísticos, mas também a vida das pessoas, assim como as políticas públicas, não pode ser concluído, ou seja, delimitado em conceitos e definições de fácil manipulação e resolução através de um conjunto de ações. Isso seria possível se não se acreditasse que pessoas sérias com ações sérias estão envolvidas no projeto de eliminar a hanseníase, não somente em Uberlândia, Minas Gerais ou no Brasil. Pessoas sérias estão envolvidas em nível global, nas pesquisas, nas novas descobertas e na luta para um mundo melhor, com qualidade de vida para todos.

A pesquisa certamente forneceu alguns resultados, como a necessidade urgente de se pensar o espaço como construção social, em que os elementos adquirem formas diferenciadas de cultura para cultura, criando e recriando preconceitos e formas de atuação, muitas tão tradicionais que nem mesmo são pensadas. É preciso desmistificar as ações no espaço, mostrando o real interesse e permitindo que o interesse coletivo seja manifesto. É preciso conformar com os limites da tecnologia e da ciência para resolver problemas, pois muitas vezes ela colabora para o acirramento dos problemas sociais, principalmente quando é destinada para os poucos que podem pagar por ela.

A ciência proporcionou a cura e um menor tempo de tratamento aos portadores de hanseníase, ao propor a utilização da poliquimioterapia no combate à doença, mas encontrou o limite da sua eficiência na atuação do poder público, afinal, o remédio que cura a hanseníase não é suficiente para combater a desinformação, a pobreza e o preconceito.

Desinformação por ser mantido o véu da ignorância, que faz com que pessoas infectadas procurem serviço médico depois de muito tempo do início dos primeiros sintomas. Desinformação quando os próprios médicos não conseguem diagnosticar precocemente a doença.

Pobreza quando se percebe que as próprias condições de vida inibem a população de ir à procura dos serviços médicos, ou faz com que muitos só percebam a importância de acompanhamento especializado quando já possuem dificuldades para executar o trabalho diário. Pobreza quando os serviços públicos não conseguem manter o atendimento necessário, ou não conseguem atender à demanda, fazendo com que muitas pessoas permaneçam em listas de espera à procura de atendimento.

Preconceito quando o medo da rejeição social faz com que pessoas não façam o tratamento como o devido ou escondam da família a doença, mantendo o círculo de contágio. Preconceito quando os próprios profissionais da saúde não se interessam pela hanseníase e seu diagnóstico, ou pelo estigma que a mesma carrega ou por ser doença de ‘pobre’ o que não deixa de ser preconceito, ou melhor, transforma-se em discriminação.

De todas as formas, e depois de todas as leituras e entrevistas, a única certeza alcançada é que não se pode deixar que o sentimento de impotência prevaleça, devendo ser assumida a obrigação de juntar esforços com todas as formas de pensamento, com todas as filosofias e com todas as ciências, a fim de que se minimizem os males que atingem com força o ser humano. É necessário repensar o próprio significado de ‘doença’, resgatando o ‘ser total’, destinando o espaço (espaço geográfico, lugar, dignidade, cidadania) a todos que se sintam vulneráveis e a todos os denominados ‘doentes’.

Nesse momento, quando o trabalho se finda, com a certeza de que o Brasil não atingirá a meta de eliminação da hanseníase até o final de 2005, a OMS, num ato de misericórdia, prorroga mais uma vez o Plano de Eliminação da Hanseníase para 2010, concedendo mais cinco anos para que o Brasil cumpra um compromisso firmado em 1991 e

adiado por quatro vezes. Justamente a partir de meados de 2005, o governo federal toma uma atitude com 14 anos de atraso: o de tornar o combate à hanseníase uma das prioridades, como anunciou o Ministro Saraiva Felipe ao tomar posse. Segundo a Coordenadora do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde, Rosa Castália, o desempenho é sofrível, pois “é difícil explicar essa situação num país que tem um sistema público de saúde capilarizado e já eliminou a poliomielite e o sarampo” (PAÍS, 2005).

A partir de outubro de 2005, haverá a oportunidade de assistir com mais frequência a propagandas de cunho nacional sobre a hanseníase, e espera-se que não sejam apenas campanhas pontuais, e sim, que tragam a informação necessária; o desejo é de que esse fosse realmente o prenúncio de que novos tempos viriam, em que a hanseníase fosse de fato eliminada. Mas, para que isso efetivamente ocorra, é necessário que concomitantemente às boas intenções do governo federal, os governos estaduais e municipais também assumam um compromisso de melhor assistir aos Programas de Combate à Hanseníase, pois, conforme visto, em Minas Gerais e Uberlândia a cobertura ainda é baixa, resultando em ônus financeiro para muitos portadores, que tem que se deslocar para conseguir atendimento adequado, em um país em que o preço do transporte é caro para a maior parte da população assalariada. Conforme apontado, em Uberlândia, os salários são baixos, mesmo para os mais qualificados profissionalmente e, completando o quadro desolador, há falta profissionais de saúde, não sendo possível avaliar o número de casos ocultos.

A preocupação que ora se apresenta é ter a certeza que tais questões envolvem locais privilegiados no contexto nacional, Minas Gerais e Uberlândia e, por mais que existam contradições e situações de pobreza, ainda são espaços que oferecem serviços de saúde de boa qualidade. Como andarão esses serviços nas áreas mais pobres do país? Nos lugares dos quais nem ao menos há dados para citar? Será um dia alcançada a meta de não se ter mais brasileiros à margem dos serviços de saúde?

Com certeza, a contribuição desse trabalho é pequena, perto da imensidão dos problemas sociais locais, nacionais e globais, mas fica assinalada como um momento de reflexão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.G. Anais 80 anos. **An. Bras. Dermatol.** 80(2), p.199-202, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n2/a14v80n02.pdf>>. Acesso em 15/08/2005.

BAHIA. Secretaria de Estado de Saúde da Bahia. **Plano de Ação para eliminação da hanseníase.** 2004. Disponível em: <<http://www.aifo.it/english/proj/Bahia%20PLANO%202004.doc>>. Acesso em 15/07/2004.

BARATA, R.B.; BRICEÑO-LEÓN, R. **Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BÍBLIA SAGRADA. Trad. João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

BOLETIM Do NEST: Boletim Semestral de Conjuntura de Mercado de Trabalho em Uberlândia. Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Economia, NEST Núcleo de Economia Social do Trabalho, ano 3, n.1, jul.2003.

BONDUKI, N. **Origens da habitação social no Brasil:** arquitetura moderna, lei do inquilinato e difusão da casa própria. São Paulo: ed. Estação Liberdade, 2ªed., 1999.

BOTTÉRO, J. O nascimento da Medicina Moderna. In: LE GOFF, J. **As Doenças têm história.** Lisboa: Terramar, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Plurianual PPA 2000/2003.** Disponível em: <http://64.233.187.104/search?q=cache:_64ACzm_laUJ:www.cgu.gov.br/bgu/Volume%2520I/ParteIII/Ministerio%2520da%2520Saude.pdf+Ministerio%2520da%2520Saude.pdf&hl=pt-BR>. Acesso em: 27/05/2005.

BRASIL é o 2º do mundo em desemprego. **Folha de São Paulo.** São Paulo, 29 de maio de 2002.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** meio ambiente, saúde. Brasília: 1997.

BUARQUE, C. **O que é apartação:** o *apartheid* social no Brasil. São Paulo: ed. Brasiliense, 1998. (Coleção Primeiros Passos)

BUENO, E. **História do Brasil.** São Paulo: PUBLIFOLHA, 1997.

CAMARGO, A. Nova estratégia de combate à hanseníase. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, 01 jan.2001.

CARLOS, A.F A. **A Cidade**. São Paulo: Contexto, 1992.

_____. **O Lugar no/do Mundo**. São Paulo: Hucitec, 1996.

CHAGAS, C. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro, realizada na Biblioteca Nacional em 04 de fevereiro de 1921. **Jornal do Comércio do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 11 fev. 1921.

CLARO, L.B.L. **Hanseníase – Representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Informativo Semanal CONASS: Fórum Mundial para eliminação da Hanseníase**, ano VIII, nº 06, fev.2002.

CORRÊA, G. Centro busca reconhecimento nacional. **Correio**, Uberlândia, p. B2, 10 mai. 2005.

CORRÊA, R.L. **O Espaço Urbano**. 2ª ed.São Paulo: Ática, 1993. (Série Princípios)

COSTA, M.C.L. A Cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano. **Revista de Geografia da UFC**, ano 1, n.2, 2002.

CUNHA, A.Z.S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p.235-242, 2002.

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

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A.M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(3) p.595-617, jul.-set. 2000.

DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>. Acesso em: ago. 2005.

_____. Disponível em: <<http://www.hanseníase.datasus.gov.br/>>. Acesso em: ago. 2005.

DORIAN, A. Hospital está sem pacientes. **O Popular**, Goiânia, p.3, 9 abr. 2004.

ESTATUTO Sociedade Eunice Weaver de Uberlândia (SEWU). s/data.

FERREIRA, I.N.; ALVAREZ, R.R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu – MG (1994 a 2001). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.8, n.1, p.41-49, 2005.

FOGOS, A.R.; OLIVEIRA, E.R.A.; GARCIA, M.L.T. Análise dos motivos para o abandono do tratamento – o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES. **Hansen. Int.**, v.25, n.2, p.147-156, 2001.

FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **História da Loucura na idade Clássica**. 2 ed. São Paulo: ed. Perspectiva, 1987.

_____. **Microfísica do Poder**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996.

_____. **Vigiar e Punir. História da Violência nas Prisões**. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FRANCO, M.L.P.B. Porque o Conflito entre Tendências Metodológicas Não é Falso. Temas em Debate. **Caderno Pesquisa**, São Paulo, v. 66, p. 75-80, ago. 1988.

GARCIA, J.R.L. Entre a “loucura” e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. **Hansen. Int.**, v.26 n.1, p.14-22, 2001.

GOMIDE, L.R.S. **Órfãos de Pais Vivos: a lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceitos e segregação**. 1991. Dissertação (Mestrado em História), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

GOULART, F.A.A. **Políticas e Instituições de Saúde: o vivido, o percebido e o representado**. 1992. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1992.

GOULART, I.M.B. et al. Grau de Incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um Centro de Saúde – Escola no município de Uberlândia – MG. **Hansen. Int.**, v.26, n.2, p.99-104, 2001.

GRISSOTI, M. Processo de Saúde-Doença: percepções e comportamentos. **Cadernos CERU**, São Paulo, série 2, n. 12, p.115 – 137, 2001.

GROSSI, M.A.F. **Hanseníase: Informações do Cidadão**. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. 2002.

GUIMARÃES, R.B. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra Livre**. São Paulo, n.155-170, 2º sem., 2001.

GUIMARÃES, C.M.; CRUZ, A.F. Preventório Afrânio de Azevedo de Goiânia: um estudo de assistência prestada aos filhos de hansenianos. **Estudos Goiânia**, v.29, n.5, p.1451-1472, set.-out. 2002.

GUSMÃO, S.N.S. Pavie: Um dos Pioneiros da Moderna Medicina de Minas Gerais. **Méd. Minas Gerais**, v. 5, n.1, p. 53-64, jan.-mar.1995. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/cememor/pavie.htm>. Acesso em: 15/07/2005.

HELENE, L.M.F.; SALUM, M.J.L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, jan.-fev. 2002.

LEFEBVRE, H. **A Revolução Urbana**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

LE GOFF, J. **As Doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997.

LOPES, Rodrigo. **A Cidade Intencional: O Planejamento Estratégico das Cidades**. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

LUNA, S.V. O Falso Conflito entre Tendências Metodológicas. Temas em Debate. **Caderno Pesquisa**. São Paulo, v. 66, p. 70-74, ago.1988.

MARCOS, C. Faltam médicos para tratar hanseníase. **Correio**, Uberlândia, p.B3, 01 fev. 2003.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Projeto Prioritário: “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”**, 2003. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/np_padrao.asp/secao=21. Acesso em: 11/08/2003.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU/EdUSP, 1974. v.2.

MAZZOTTI, A.A.J.; NAJDER, G.P. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

MENCARONI, D.A. **Análise Espacial da Endemia Hansênica no Município de Fernandópolis/SP**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Plano de Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública em Minas Gerais 2001 – 2002**. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/C3%Adase.htm . Acesso em: 16/09/2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Coordenadoria de Dermatologia Sanitária. **Programa de Hanseníase**, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/viewController.jsp?page=50>>. Acesso em: 16/06/2005.

MINAS Projeta eliminação da hanseníase para o fim deste ano. Disponível em <<http://www.poconet/noticias.asp>>. Acesso em: 29/09/2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MONTEIRO, Y.N. Violência e Profilaxia: os Preventórios Paulistas para filhos de portadores de Hanseníase. **História Ciência. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, Sielo Brasil, v.10, supl.1, p. 95-121, 2003.

OLIVA, J.T. O espaço geográfico como componente social. **Terra Livre**. São Paulo, n.17, p.25-48, 2 o sem.2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório de Assessoria Exercício LEM**: Minas Gerais (Monitoramento da Eliminação da Hanseníase/ LEM, Brasil, 2003). Disponível em <<http://www.ops.org.br/>>. Acesso em: jun.2005.

PAÍS falha na luta contra hanseníase. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 15 ago. 2005.

PINTO NETO, J.M. et al. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. **Hansen. Int.**, v. 27, n.1, p.23-28, 2000.

PINTO NETO, J.M.et al. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura. **Hansen. Int.**, v.25, n.2, p.163-176, 2000.

QUEIROZ, M.S.; CARRASCO, M.A.P. O Doente de Hanseníase em Campinas: Uma Perspectiva Antropológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.479-490, jul.-set.1995.

RANGEL, A. **Empreendendo o Sucesso**. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1999.

RODRIGUES, B.F. Avaliação da magnitude, transcendência e vulnerabilidade das reações em pacientes pós-alta por cura da hanseníase: subsídios para implementação de um programa específico de atenção. Uberlândia, **Horizontes Científico**, v. 2, n. 2, p. 1-30, 2003.

ROMERO-SALAZAR, A. et al. El Estigma en la Representación Social de la Lepra. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n 4, p.535-542, out./dec.1995.

SANTOS, J.B.P. **Doença física ou chaga social**. São Paulo: ed. Paulinas, 1984.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p.309-314, 2003.

SANTOS, V.S.M. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. **História Ciência. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, Sielo Brasil, v.10, supl. 1, p. 415-426, 2003.

SARNO, E. N. Hansen's disease in the laboratory. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, Sielo Brasil, v. 10, supl. 1, p. 277-290, 2003.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Dss/Dcda. **Estratégias para Eliminação da Hanseníase no Estado do Paraná**. 2004. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/hansenia/principal.htm> . Acesso em: 15/07/2004.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano de Aceleração da Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro 2000 a 20005**. Rio de Janeiro, nov. 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul. **Plano de Eliminação da Hanseníase**. 2003. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br>. Acesso em: 15/072004.

SENNA, M.C.M.; COHEN. Modelo assistencial e estratégia de saúde a nível local: análise de uma experiência. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 3, p. 523-535, 2000.

SOARES, B.R. **Uberlândia: da “Cidade Jardim” ao “Portal do Cerrado”**: Imagens e Representações no Triângulo Mineiro. São Paulo: USP, 1995.

SOURNIA, Jean-Charles. RUFFIE, J. **As epidemias na história do homem**. Lisboa: Edições 70, 1984.

TADEU, R. Pronta 1ª etapa de projeto dos bairros. **Correio**, Uberlândia, p. B 3, 27 nov. 2003.

TELAROLLI JUNIOR, R. **Epidemias no Brasil**: uma abordagem biológica e social. São Paulo: Ed. Moderna, 1995. (Coleção Desafios)

_____. **Poder e Saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: ed. UNESP, 1996.

UBERLÂNDIA. Lei nº 8403, de 29 de agosto de 2003.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano. **BID 2004**: Banco Integrado de Dados de Uberlândia.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Informativo 1998**. p. 27-30.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Informativo 1999**, p.92-93, 2000.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância Sanitária. **Programa de Hanseníase**. 2003. Disponível em:

<www.ube.../pgEDOCUMENT_visualizaConteudo.html/query=pp_conteudo.id=628>.

Acesso em: 14/02/2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Instituto de Economia. **Condições sócio-econômicas das famílias de Uberlândia**, nov. 2001.

VALLADARES, L.; PRETECEILLE. E. **Reestruturação Urbana**: tendências e desafios. São Paulo: Nobel, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Universitárias do Rio de Janeiro, 1990.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN. M.N.A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: Uma introdução ao tema. 1ª ed. Porto Alegre: Tomo Editorial Ltda, 2000.

VITUSSO, I. R. **Terra Fértil, semente lançada** : a história do espiritismo em Uberlândia. Uberlândia: Gráfica Brasil, Aliança Municipal Espírita, 2000.