

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ – UESPI  
CAMPUS POETA TORQUATO NETO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM HISTÓRIA**

**GABRIEL ROCHA DA SILVA**

**CIÊNCIA E ESTIGMA: A TRAJETÓRIA DA HANSENÍASE NA SOCIEDADE  
TERESINENSE (2006-2016)**

**TERESINA - PI  
2020**

GABRIEL ROCHA DA SILVA

**CIÊNCIA E ESTIGMA: A TRAJETÓRIA DA HANSENÍASE NA SOCIEDADE  
TERESINENSE (2006-2016)**

Monografia apresentada ao curso de  
Licenciatura Plena em História da  
Universidade Estadual do Piauí para  
obtenção do título de graduação.

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Valtéria  
Melo Alvarenga

TERESINA - PI

2020

GABRIEL ROCHA DA SILVA

**CIÊNCIA E ESTIGMA: A TRAJETÓRIA DA HANSENÍASE NA SOCIEDADE  
TERESINENSE (2006-2016)**

Monografia apresentada ao curso de  
Licenciatura Plena em História da  
Universidade Estadual do Piauí para  
obtenção do título de graduação.

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Valtéria  
Melo Alvarenga

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Antonia Valteria Melo Alvarenga  
(Presidente)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Joseanne Zingleara Soares Marinho  
(1º Examinador)

---

Prof. Dr. Pedro Pio Fontineles Filho  
(2º Examinador)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da minha vida e por me presentear com este curso, sem dúvidas não poderia ter feito escolha melhor. Os quatro anos em que praticamente morei dentro da UESPI, teriam sido um fardo se não houvesse identificação com aquilo que estava sendo aprendido. No primeiro dia de aula muitos na turma justificaram a escolha por “amor”, eu não sabia se era ou não, na verdade, apenas sabia que era o único curso que eu tinha vontade de estudar, e ao fim do mesmo, descubro que se não fosse por AMOR, eu haveria desistido. É uma dádiva poder desenvolver minha habilidade docente e como pesquisador, além de adquirir conhecimentos relevantes ao longo desses anos, que foram imprescindíveis na minha formação acadêmica, intelectual e, sobretudo, humana.

Em seguida, agradeço a minha família, que ao longo de toda minha trajetória me apoiou e esteve presente em todas as circunstâncias, ainda que haja as barreiras municipais por residirem em outra cidade, sempre me ajudaram e deram subsídios para que eu pudesse me concentrar totalmente no curso. Ao meu pai, agradeço por sempre se demonstrar interessado em minhas ações dentro da Universidade, e a minha mãe por ser um grande exemplo de ser humano. Sempre atenta para me ouvir, dar conselhos e “puxar minhas orelhas” quando necessário, além de ser a maior inspiração como professora bem sucedida, que conseguiu conquistar tudo com muito esforço e estudo. Também agradeço aos meus avós pelo apoio, e aos meus tios que sempre se propuseram a oferecer caronas para a Universidade.

Agradeço a minha orientadora Antonia Valtéria pela parceria desde o PIBIC, ainda no início do curso, e que sempre me acompanhou desde então, não tenho palavras para descrever quão tamanha foi a importância em minha vida acadêmica, mostrando os procedimentos necessários para a execução de um bom trabalho, sempre com muita dedicação e competência. Sou muito grato por todos os ensinamentos e pela amizade que foi construída ao longo desses anos.

Agradeço também aos demais professores que contribuíram ao longo do curso. Em especial a professora Cristiana Costa, que lecionou em minha turma por seis períodos dos oito. Devo a ela muito do que aprendi enquanto pesquisador e

futuro professor de História. Também agradeço a Joseane Zingleara, por ser outro grande exemplo de professora e pesquisadora em História da Saúde.

Agradeço aos amigos que fiz na Universidade. É sempre muito difícil começar uma nova etapa na vida, e ao iniciar a minha graduação não poderia imaginar fazer amigos tão companheiros e competentes que também foram extremamente importantes. Sem dúvidas escolhi o melhor grupo para fazer os trabalhos, ainda que tenha havido muitas brigas, no final sempre acabava em uma nota boa e em lanche no Carioca.

Agradeço ao Grupo de Oração Universitário por ter me dado oportunidade de estar próximo de Deus em um ambiente que muitas vezes é hostil. Agradeço a todos os amigos que fiz por conta deste GOU, em especial agradeço atual coordenadora, Ana Luiza, por sempre estar presente nos momentos mais necessários e me ajudar com seus conselhos.

Agradeço também ao EJC por me oportunizar momentos incríveis ao longo dos anos e por me permitir crescer espiritualmente, além de todos os amigos que colecionei, sobretudo as minhas CONFIANÇAS em 2019.

No geral, agradeço a todos meus amigos, não citarei nomes para que não haja nenhum esquecimento involuntário, mas saibam que todos vocês são fundamentais em minha vida.

Enfim, ao finalizar estes agradecimentos gostaria de agradecer a todos que de alguma forma me ajudaram ao longo desses anos e que contribuíram para minha vida pessoal e acadêmica.

## RESUMO

A hanseníase, ao longo dos anos, apresentou-se como uma doença atrelada a fatores negativos, de modo que no Brasil integrou o imaginário popular a ponto de justificar a segregação física de indivíduos, e mesmo que tenha mudado de nomenclatura, anteriormente denominada de lepra, ainda é vista de forma pejorativa devido ao estigma que ainda persiste. Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar os fatores socioculturais que estão relacionados com a inscrição da hanseníase na sociedade teresinense no período de 2006 a 2016, considerando que durante essa faixa temporal há grande produção de informações sobre o objeto de estudo devido aos prazos de erradicação propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Almejou-se especificamente discutir como a hanseníase vem caracterizando-se como doença negligenciada, identificando as áreas de maior incidência da doença na cidade de Teresina. Nessa trajetória, buscou-se, ainda, apontar os desdobramentos históricos das políticas públicas de controle e como esta se constitui atualmente diante dos avanços médicos. Metodologicamente, tratou-se de uma pesquisa caracterizada como bibliográfica e documental, de abordagem quanti-qualitativa, considerando os dados numéricos e os aspectos subjetivos relacionados ao processo de trajetória da doença em perspectiva nacional, regional e municipal. Para tanto, foram utilizados autores que discutem questões historiográficas, a exemplo de Remónd (2003), Gomes (1996), Chauveau e Tetart (1998), e autores que abordam a doença enquanto problema político e sociocultural, como Alvarenga (2013), Carvalho (2012), Hochman (1998), Maciel (2007), Nascimento (2005), além das contribuições teóricas de Elias (1993) e Goffman (1998). Quanto as fontes primárias constituíram-se dos bancos de dados sobre a hanseníase, produzidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Constatou-se que apesar da redução da incidência da doença ao longo da década, a situação ainda não está controlada, demonstrando a relevância em discutir essa problemática caracterizada como negligenciada por atingir as pessoas em situação de pobreza, e em muitas ocasiões não estar na agenda de prioridades do Governo Federal.

**Palavras-chave:** História. Hanseníase. Estigma. Políticas Públicas. Cidade.

## ABSTRACT

Leprosy, over the years, has presented itself as a disease linked to negative factors, in Brazil it integrated the popular imagination to the point of justifying the physical segregation of individuals, and even though it has changed its nomenclature, previously called leprosy, it is still viewed in a pejorative way because of the stigma that still persists. Therefore, the general objective of this research was to analyze the socio-cultural factors that are related to the registration of leprosy in the society from Teresina from 2006 to 2016, , considering that during this time there is a large production of information about the object of study due to the eradication deadlines proposed by the World Health Organization (WHO). It was specifically aimed to discuss how leprosy has been characterized as an overlooked disease, identifying the areas with the highest incidence of the disease in Teresina. In this path, was sought to point out the historical developments of public policies of control and how it is currently constituted in the face of medical advances. Methodologically, it was a research characterized as bibliographic and documentary, with a quantitative and qualitative approach, considering the numerical data and the subjective aspects related to the disease path process from a national, regional and municipal perspective. For that, authors who discuss historiographical questions were used, such as Remónd (2003), Gomes (1996), Chauveau and Tetart (1998), and authors who approach the disease as a political and sociocultural problem, such as Alvarenga (2013), Carvalho (2012), Hochman (1998), Maciel (2007), Nascimento (2005), in addition to the theoretical contributions of Elias (1993) and Goffman (1998). In relation to primary sources, the databases on leprosy were produced by the Ministry of Health, State Health Secretariat and Teresina Municipal Health Foundation. It was found that despite the reduction in the incidence of the disease over the decade, the situation is not yet under control, demonstrating the relevance of discussing this issue characterized as overlooked for reaching people in poverty situation, and on many occasions not being on the agenda of priorities of the Federal Government.

**Keywords:** History. Leprosy. Stigma. Public policy. City

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de casos de hanseníase notificados em Teresina - 2006.....	47
Gráfico 2 – Número de casos de hanseníase notificados em Teresina - 2010.....	48
Gráfico 3 – Número de casos de hanseníase notificados em Teresina - 2016.....	49
Gráfico 4 – Taxa de escolaridade dos acometidos por hanseníase em Teresina - 2006.....	51
Gráfico 5 – Taxa de escolaridade dos acometidos por hanseníase em Teresina - 2010.....	52
Gráfico 6 – Taxa de escolaridade dos acometidos por hanseníase em Teresina - 2016.....	53



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de doentes ao longo de 2006 e 2016 - 100 mil habitantes.....	41
Tabela 2 – Número de acometidos por hanseníase por idade e sexo em Teresina - 2006.....	54
Tabela 3 – Número de acometidos por hanseníase por idade e sexo em Teresina - 2010.....	54
Tabela 4 – Número de acometidos por hanseníase por idade e sexo em Teresina - 2016.....	55
Tabela 5 – Modo de Detecção dos casos de hanseníase em Teresina.....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SESAPI	Secretaria Estadual de Saúde do Piauí
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNL	Serviço Nacional de Lepra
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>DOENÇA NEGLIGENCIADA: PENSANDO O OBJETO DA PESQUISA.....</b>	<b>15</b>
2.1	A História Política do Tempo Presente: objeto, métodos e perspectivas.....	16
2.2	A Hanseníase: abordagem histórica sobre uma doença negligenciada.....	23
<b>3</b>	<b>A CIÊNCIA MÉDICA E AS PERMANÊNCIAS: A REALIDADE DA HANSENÍASE EM TERESINA - PI.....</b>	<b>35</b>
3.1	Contexto de crises econômicas e seus reflexos sobre as Políticas Públicas de Saúde.....	36
3.2	Os caminhos da Hanseníase na cidade de Teresina.....	42
3.3	O Estigma e Políticas de Controle e Combate à Hanseníase em Teresina.....	56
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com base no entendimento de que a História não pode furtar-se de procurar compreender os diversos e diferentes fenômenos que se relacionam à condição humana, em especial aqueles que apresentam consequências positivas ou negativas para a vida nas comunidades, é que a hanseníase constituiu-se como objeto dessa pesquisa. Manifestando-se como uma endemia presente nas experiências da parcela pobre do país, e por atingir a camada mais fragilizada socioeconomicamente. Por ser uma doença que atinge especial esse extrato da população, recebe investimentos reduzidos em pesquisa, produção de medicamentos e controle. Tal caracterização coloca a hanseníase no que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina como uma doença negligenciada.

Dessa forma, foi com o propósito de discutir a doença como problema público, que surgiu o questionamento: a relação estigma e políticas de controle e combate à hanseníase tem contribuído para que tipo de inscrição da endemia em Teresina-PI, no período de 2006-2016? Inferindo através do termo inscrição uma análise não apenas da incidência biológica da doença, mas considerando e refletindo sobre os aspectos socioculturais que desencadeiam na permanência dessa problemática.

Sendo assim, o presente trabalho teve como objetivo analisar os fatores socioculturais que estão relacionados com a inscrição da hanseníase na sociedade teresinense no período 2006 a 2016, incorporado dentro da perspectiva da História do Tempo Presente e da História Política de acordo com os moldes da retomada na segunda metade do século XX apontados por Remónd (2003). Todavia, apesar do objeto estar voltado mais expressamente para as abordagens citadas anteriormente, também há o diálogo com a História da Saúde e das Doenças por serem utilizados também autores que integram as discussões sobre saúde pública e doenças, como Nascimento (2005).

De maneira específica, objetivou-se discutir a caracterização da doença negligenciada no sistema de saúde nacional, tipificando a hanseníase como doença pertencente a esse grupo; identificar as áreas de maior incidência da hanseníase na cidade de Teresina de 2006 a 2016, caracterizando o perfil socioeconômico dos infectados com o bacilo; apontar os desdobramentos históricos das políticas públicas de controle da hanseníase em Teresina de 2006 a 2016; discutir como avanços médicos e estigma atuam em relação à hanseníase. Tendo como enfoque os

aspectos espaciais, os sujeitos, condições sociais dos enfermos e as políticas de controle e combate a doença que são efetuadas nessa região.

Desse modo, a doença foi compreendida enquanto entidade cultural, em um contexto recente na cidade de Teresina, mas é relacionada aos aspectos regionais e nacionais, estabelecendo-se a importância da relação entre ciência e estigma, e como esses fatores contribuem para a discussão sobre a problemática da doença.

Nesse sentido, um importante fator para atingir os objetivos propostos foi a análise da natureza estigmática da doença na definição das políticas de isolamento compulsório colocada em curso no processo de formação estado nação (ALVARENGA, 2013). Por isso, o entendimento sobre as estruturas políticas, bem como dos contextos de crise socioeconômicas e culturais no contexto macro foram fundamentais para a referida discussão. Afinal, através do estudo da doença como objeto de pesquisa, é possível perceber as dinâmicas sociais e a relação com as permanências da doença (NASCIMENTO, 2005).

A faixa temporal proposta (2006-2016) define-se através do interesse do estudo da doença no Tempo Presente, considerando que existem poucos trabalhos de História com o olhar sobre o recente, ainda que os números de permanência da doença continuem elevados, pois o Brasil não conseguiu cumprir a meta da OMS de erradicar a doença, diminuindo para abaixo de 1,0 a taxa de incidência da enfermidade em 2005 como nos mostra Alvarenga (2013). Sendo assim, o recorte temporal deve-se em razão a grande produção de informações a respeito do objeto de estudo devido aos prazos da OMS em erradicar a doença em 2005, 2010 e 2015. A isso acrescenta ao fato do pesquisador desenvolver um projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica denominado de “Rizoma Endêmico: a segmentação Territorial da hanseníase em Teresina (2006-2016)”, que tinha como objetivo analisar a hanseníase, sob a perspectiva sociocultural, buscando compreender a trajetória dessa doença no município e a relação com o processo de urbanização. A participação no projeto possibilitou o contato com a literatura, permitindo o aprofundamento para refletir sobre essa temática.

Na execução do projeto PIBIC foi possível entrar em contato com um Departamento da Fundação Municipal de Saúde do Município de Teresina, denominado “Departamento de Doença negligenciada: hanseníase e tuberculose”, que logo chamou a atenção em razão do termo “negligenciada” que significa o esquecimento histórico dessas doenças pelo Estado Nacional, por afetarem,

sobretudo, a camada pobre da população. A escolha desse objeto de estudo deve-se à necessidade de identificar como a hanseníase se insere dentro desse grupo de doenças que acomete principalmente os grupos sociais com condições socioeconômicas precárias.

Ademais, outro fator de interesse na produção da pesquisa é como já afirmado anteriormente, em relação à escassez das análises históricas sobre essa doença no tempo presente. Analisando a literatura que trata da hanseníase do ponto de vista sociocultural foi possível observar que o tema ocupa ainda um pequeno percentual da produção historiográfica nacional, apesar de nos últimos anos ter chamado a atenção de profissionais da área nas diversas regiões do país. Entretanto, o enfoque destes centrou-se, sobretudo, na primeira metade do século XX, fazendo-se necessária uma nova abordagem agora sobre o período mais recente do século XXI, afinal, como comprovado através de indicadores sociais, a incidência da doença permanece considerável, pois segundo dados da OMS, o Brasil é o segundo país com maiores índices de infectados com o bacilo de Hansen no mundo. Por outro lado, longe está o tempo em que os historiadores furtavam-se a análise das questões do seu tempo. Ainda que necessite tomar cuidados importantes para o campo, a tecnologia e a rapidez com que as informações são processadas e tornadas públicas vêm ajudando o historiador a voltar seus interesses para mais próximo de sua experiência real.

Metodologicamente, o trabalho apresentou-se como uma abordagem quanti-qualitativa por ter enfoque tanto nos dados numéricos, como nos aspectos sociais e culturais relacionados aos quais os mesmos estão vinculados. O cenário do estudo foi a cidade de Teresina e o recorte temporal voltou-se para a análise da hanseníase nessa sociedade, no período de 2006 e 2016. Com referência aos procedimentos, a pesquisa constituiu-se de natureza bibliográfica e documental.

O suporte bibliográfico visou ao aprofundamento teórico sobre as políticas públicas de saúde no país, bem como das políticas de identificação, controle e erradicação da hanseníase desenvolvida local e nacionalmente no recorte temporal da pesquisa. Para tanto, foram utilizados diversos autores que tanto abordam questões historiográficas, a exemplo de Remond (2003) e Gomes (1996) com suas contribuições sobre a História Política e Chauveau e Tetart (1998), e que discutem sobre a História do Tempo Presente, como autores que abordam a doença como problema político e sociocultural, como Alvarenga (2013), Carvalho (2012),

Hochman (1998), Maciel (2007), Nascimento (2005), além das contribuições teóricas de Elias (1993) sobre como ocorre o processo civilizador e as características sociais dos indivíduos que vão sendo construídas no decorrer dos anos e as contribuições de Goffman (1998) sobre o estigma, que é uma característica que acompanha a persistência da hanseníase ao longo dos anos.

A parte documental compõe-se de um grupo de fontes primárias que integra os bancos de dados sobre a hanseníase, produzidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde a respeito da trajetória da doença no Estado. No relatório da Secretaria Estadual de Saúde, bem como nas fichas de notificação da hanseníase, buscou-se informações gerais, como: modo de detecção da doença; dados pessoais como idade, sexo e grau de escolaridade.

Em termos estruturais, o trabalho divide-se, além dessa introdução, em dois capítulos, em seguida as considerações finais. Posteriormente, o capítulo intitulado “Doença Negligenciada: pensando o objeto da pesquisa”, possui natureza bibliográfica e enquadra a doença dentro das abordagens da História do Tempo Presente e da História Política, apontando a hanseníase como um problema histórico, ao mesmo tempo em que é feita uma retomada sobre como se deu a problemática no século XX.

Na sequência, o capítulo intitulado “A ciência médica e as permanências: a realidade da hanseníase em Teresina” possui, além da abordagem bibliográfica, a documental, por centrar-se em dados sobre a incidência da doença, e quais as medidas que o Estado utilizou para combater e controlar a doença ao longo dos dez anos de análise, por isso o objetivo é identificar as áreas de maior incidência da doença na cidade de Teresina ao longo de 2006 e 2016, verificando os fatores que permitem a permanência da doença, ao mesmo tempo em que foi feita a caracterização socioeconômica do acometido por hanseníase, utilizando dados do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Piauí e Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Por fim, as considerações finais do trabalho em que são apontadas as conclusões resultantes dos dados analisados nos capítulos anteriores.

## **2 DOENÇA NEGLIGENCIADA: PENSANDO O OBJETO DA PESQUISA**

A finalidade deste capítulo é discutir o objeto de pesquisa, situando-o na perspectiva histórica da política do tempo presente. Será realizada uma reflexão sobre a caracterização da doença negligenciada no sistema de saúde nacional, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde, tipificando a hanseníase enquanto doença pertencente a essa categoria, bem como identificando as classes socioeconômicas mais afetadas por esse tipo de endemia.

Na primeira seção serão discutidos aspectos teóricos e metodológicos da pesquisa, realizando um debate sobre a História Política Contemporânea e a História do Tempo Presente, inserindo a hanseníase, enquanto problema de saúde pública que continua tendo grande incidência sobre a vida das pessoas, nesse tipo de abordagem histórica. Dessa maneira, a metodologia utilizada no capítulo é de pesquisa bibliográfica, buscando dialogar com referenciais teóricos da historiografia e da ciência política, sejam eles nacionais ou internacionais.

Na segunda seção será analisada a categoria “doença negligenciada”, relacionando a hanseníase ao grupo de doenças que compartilham características específicas de abandono e descaso do Estado. Nesse sentido, a endemia em comento enquadra-se nessa categoria por apresentar-se historicamente relacionada ao grupo de doenças que afligem os pobres, como aponta Alvarenga (2013) ao demonstrar que a maioria dos casos de incidência da mesma é em pessoas que se encontram em condição socioeconômica fragilizada.

Em termos espaciais o olhar será dirigido para a perspectiva no contexto nacional e estadual, considerando o amplo histórico já traçado sobre a doença ao longo do século XX, uma série de pesquisadores que se debruçaram sobre a problemática da hanseníase (lepra) ao longo dos anos, entre eles, Alvarenga (2013), Maciel (2007) e Carvalho (2012), bem como de outras referências que contribuíram largamente para a ampliação dos estudos sobre o debate em questão, como Hochman (1998) Elias (1993), fundamentais para entender como são dispostos os mecanismos de combate e controle das doenças que foram desenvolvidos ao longo dos anos, e os desdobramentos na sociedade de como estes fatores afetaram a vida dos grupos sociais.



Portanto, realizar-se-á uma observação da trajetória da endemia ao longo dos anos, para posteriormente compreender suas permanências atuais no século XXI (2006-2016).

## 2.1 A história política do tempo presente: objeto, métodos e perspectivas

Ao se tomar a trajetória da hanseníase em uma perspectiva histórica, fazendo recorte temporal nas últimas décadas, está-se fazendo uma História do Tempo Presente. E considerando a dimensão Política desse Tempo Presente, faz-se necessário compreender o contexto histórico em que essas categorias foram construídas para entender como a presente pesquisa se enquadra nas abordagens tanto da História do Tempo Presente, como também da História Política.

Para tanto, é necessário atentar-se que ao longo dos séculos as categorias de Política e História possuem dimensões diferentes, conformando-se de acordo com o contexto em que são inseridas, como argumenta Rémond (2003) ao discutir que primeiramente a História Política estaria relacionada apenas com a História do Estado e Poder, mas que através da revolução da historiografia, ocorrida na primeira metade do século XX, passou a apresentar novos interesses.

O autor voltando o olhar para o século XIX observa que existia a supremacia da política no debate realizado pelas ciências sociais, justificando a importância desse aspecto naquele contexto. Entretanto, as transformações sociais e científicas ocorridas ao longo do século XIX foram mudando o cenário teórico, deixando evidente a compreensão de outros aspectos do comportamento humano.

Diante disso, Remónd (2003) aponta como precursoras da guinada epistemológica que vai modificar essa hegemonia política nas análises sobre a sociedade as discussões realizadas por Karl Marx (1818-1883), em um contexto de grandes mudanças promovidas pelo crescimento da economia de mercado, com a Teoria de que o motor que movia a História estaria no âmbito econômico e Freud (1856-1939), centrando seus argumentos sobre libido como responsáveis pelos comportamentos individuais que influenciam o poder que antes era próprio do político.

Tais modificações na cosmovisão serviram como base para as mudanças nas formas de produzir o saber científico e de interpretar as nuances da sociedade moderna que emergia. Todavia, através das contínuas transformações vividas pela

sociedade contemporânea, especificamente na segunda metade do século XX, a forma de entendê-la também é alterada. O aspecto político, que por décadas havia ficado relegado ao abandono, em um contexto de maior evidência da História Sociocultural, volta a chamar a atenção dos historiadores após a década de 1970 do século XX. No novo contexto se constituindo de forma distinta da abordagem que protagonizou o cerne das produções científicas no século XIX, sobretudo por afastar-se de características negativas que eram atreladas ao político, como: elitista, aristocrática, idealista e factual (REMÓND, 2003).

Por consequência, em concordância com o referido autor, essa perspectiva torna-se indispensável para a compreensão das especificidades do mundo contemporâneo, devido aos acontecimentos fundamentais que mudaram diversos aspectos da sociedade. Pode-se citar, como exemplo, as guerras mundiais no século XX que representaram os primeiros conflitos com proporção de magnitude global, mas também nas formas de organização democrática da sociedade que passaram a ser mais crescentes ao longo dos anos.

Considerando tais exemplos, compreende-se o argumento de Remónd (2003, p. 10) de que “a política é um lugar de gestão do social e do econômico, mas a recíproca não é verdadeira”. A partir dessa afirmação é possível observar a eficácia em explicar os processos históricos advindos dessa perspectiva, devido sua capacidade de explicar as metamorfoses sociais advindas da Modernidade e suas nuances. Entretanto, cabe esclarecer que o próprio Remónd (2003) reitera que a renovação do político não busca impor hierarquias ou hegemonia semelhante a do século XIX. Dessa maneira, apesar de não ser a única forma de explicar a sociedade, o autor enfatiza que a retomada é importante por explicar de forma contundente as novas características sociais da modernidade.

Em conformidade com o argumento, é admissível inferir que é a partir da linha política que a organização do Estado pode ser mais bem compreendida por meio de suas intervenções, partindo do pressuposto que “não há hoje muitas realidades da nossa sociedade que a história política não tenha começado a explorar” (RÉMOND, 2003, p. 36), de modo que nada passa despercebido sobre a abordagem política. Dessa maneira, a retomada do político apesar de ter o Estado como importante foco de análise não se resume estritamente a ele, mas, voltando o olhar para aspectos mais amplos, conforme o que o próprio autor afirma como parte consciente do Estado: o direito ao voto. Atrela-se a isso também as novas configurações sociais e

características peculiares da sociedade que emergem por influência da experiência de guerras mundiais, das relações internacionais cada vez mais interventoras nas situações individuais, que resulta em um aumento dos poderes do Estado e do domínio político.

Diante disso, as críticas que eram voltadas a esse tipo de abordagem, desde o século XIX, com Freud e Marx, perpassando pelos Annales na primeira metade do século XX e que encontravam subsídios em séculos antecedentes, em razão desta anteriormente não se preocupar com a realidade da maior parte da população, não fazem jus ao retorno historiográfico de uma História Política repaginada e defendida por Remónd (2003).

Outro elemento difusor dessa retomada foram as redefinições decorrentes do diálogo com outras ciências humanas: a interdisciplinaridade. Por possuir objetivo interdisciplinar, Remónd (2003) ainda anuncia sobre a impossibilidade da História Política ser produzida de forma isolada. Sendo assim, há necessidade do diálogo recorrente com outras áreas do conhecimento científico como: Sociologia, Psicologia Social e Ciência Política.

Outra autora que converge com esse entendimento é Gomes (1996), ao salientar sobre a aproximação dos historiadores com profissionais e intelectuais de outras áreas do saber:

A "aceleração" do tempo; a vivência "imediate" do acontecimento histórico; o sentimento da presença do político em esferas inusitadas da vida cotidiana dos cidadãos; e uma demanda social crescente por explicações sobre o que estava ocorrendo (e iria ocorrer), dramatizaram e concretizaram uma também "nova" posição pública do historiador, o que o aproximou mais de outros cientistas do social e de outros intelectuais produtores de interpretações, como os jornalistas da imprensa falada e escrita (GOMES, 1996, p. 9).

Destarte, a partir da afirmação da autora, pode-se perceber que essa abordagem compreende uma associação de diferentes ciências e cientistas sociais que ampliam a capacidade de análise da sociedade contemporânea, tornando possível uma compreensão mais aprofundada desta, pois ao estudar a participação na vida política e nos processos políticos, integra os indivíduos de forma ampla, o que afasta de qualquer intenção elitista, aristocrática, idealista e factual que antes poderia ser atribuída a esse tipo de abordagem.

Trazendo o debate para a realidade nacional, percebe-se que a História Política não foi produzida, inicialmente, de forma oposta à discutida nas primeiras páginas desta seção, podendo ser definida como “história política administrativa” (GOMES, 1996, p. 3), por apresentar caráter basicamente descritivo, ainda que já ocorressem as mudanças historiográficas na Europa, com a crítica e a prática que os *Annales* estavam produzindo.

Ainda assim, essa linha argumentativa não se explica somente pelo contexto internacional em que esses embates estavam inseridos com a retomada de uma história política, a exemplo das discussões de Remónd (2003), mas também devido a fatores internos do Brasil e suas características socioculturais e políticas com o restabelecimento de um governo autoritário.

Nesse caso, a ditadura militar de 1964 foi um importante motivador para as mudanças na historiografia brasileira, pois se buscou compreender como o Brasil chegou naquela situação deplorável:

Não é, portanto, nada casual que os anos 70 sejam o do florescimento de uma literatura que elegeu os temas da política brasileira como o seu centro nervoso, "expandindo" o entendimento de "política", e incorporando à história, definitivamente e legitimamente, o tempo presente como um período primordial de análise (GOMES, 1996, p.10).

Dessa maneira, a abordagem política no Brasil deveu-se ao contexto social, apresentando-se de forma fundamental para as produções historiográficas, representando a necessidade da discussão sobre as causas de como se tornou possível uma nova ditadura no Brasil, buscando através da investigação para além do fato (1964), ou seja, uma retomada dos antecedentes do momento histórico as explicações sobre o então presente, haja vista a experiência do governo varguista (1937-1945).

Para tanto, o diálogo com outras Ciências Humanas e Sociais, nesse caso, se fez bastante importante, pois, de acordo com Gomes (1996), os cientistas sociais de diferentes áreas do saber são importantes para essas discussões por aumentarem o leque teórico e as possibilidades de embasamento historiográfico para a produção do conhecimento.

Convergindo com esta discussão, é possível relacionar a Política com a História do Tempo Presente, pois a primeira apresenta-se como um campo que traz dinâmica nas discussões contemporâneas. E a História do Tempo Presente, através

do enfoque nos debates imediatos e suas relações com os processos históricos, também se configura como uma perspectiva dinâmica que pode transcender outras áreas do saber. Dessa maneira, a interdisciplinaridade é um fator em comum em ambas as dimensões, apesar de não ser uma característica exclusiva, pois é perfeitamente possível produzir uma História do Tempo Presente que não seja interdisciplinar.

Ao mostrarem essas complexidades, Chauveau e Tétart (1999) deixam claro que durante o processo da retomada da História Política essa abordagem possui papel central nas pesquisas sobre o presente, porém, destacando que não se deve confundir História do Tempo Presente e História política, ou seja, a diferenciação da história do tempo presente à luz da política.

Dessa maneira, a História do Tempo Presente apesar de não possuir o mesmo significado da História Política está relacionada intrinsecamente a ela, sendo esta parte fundamental da formação da identidade da primeira, o que demonstra também a preponderância da abordagem por possuir originalidade e estar “sob o olhar dos atores e cuja vocação desabrochará no balanço das temerosas especificidades do século XX” (RIOUX, 1999). Tal especificidade afirmada por Rioux, ao discutir sobre a possibilidade de se fazer uma História do Tempo Presente, advém da oportunidade do historiador de produzir sua escrita através de acontecimentos que são contemporâneos, e, portanto, próximo ao seu próprio olhar de análise.

Diante disso, a discussão sobre o debate enquadrado na História do Tempo Presente pode ser identificada epistemologicamente de acordo com sua qualidade questionadora, pois, ao decidir produzir uma história nessa perspectiva, cabe ao historiador interrogar o objeto em estudo para aumentar a compreensão e a explicação dos questionamentos impostos, como define Chauveau e Tétart (1999):

A epistemologia da história do presente consiste, portanto, em interrogar a história a fim de propor novos dados que aumentarão sua capacidade de explicação e de sugestão. Pôr em questão a história do presente não é antes de tudo louvar sua capacidade explicativa. (CHAUVEAU; TÉTART, 1999, p. 36-37).

Sendo assim, de acordo com a discussão sobre a retomada historiográfica do político e das especificidades da produção historiográfica sobre os debates presentes, como enquadrar o objeto da pesquisa no contexto de discussão sobre

História Política e História do Tempo Presente? Partindo da perspectiva de Nascimento (2005), quando em suas pesquisas salienta que a doença como objeto de estudo é fundamental para a compreensão de aspectos mais amplos, que vão além de fatores meramente biológicos e quantitativos sobre a incidência da doença e como essa problemática incide sobre os desdobramentos sociais.

Possibilita o conhecimento sobre as estruturas e mudanças sociais, dinâmica demográfica e deslocamento populacional, reações societárias, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças, processo de construção de identidades individuais, constituição de campos de saber e disciplinas (NASCIMENTO, 2005, p.30).

Através do trecho, é possível estabelecer as relações entre o estudo da doença enquanto objeto de pesquisa em História, e a abordagem política do tempo presente. Ambas as formas de produção de escrita ao promover diálogos com os diferentes campos do saber, e por possuírem a alta capacidade de questionamento científico, promovem reflexões mais profundas sobre a sociedade e os indivíduos, bem como das complexidades das relações entre os sujeitos e o Estado.

Nesse sentido, ao se analisar os fatores sociais e culturais do doente, pode-se ampliar o olhar para os dados quantitativos da incidência de determinada doença, bem como para os porquês desses índices permanecerem elevados ainda que os avanços médicos sejam evidentes, pois através da identificação do ambiente em que vive o infectado, bem como de suas relações sociais, é possível entender como a doença enfoque do presente trabalho, a hanseníase, perdura no cotidiano atual.

Mesmo que se trate de uma doença muito antiga e alvo de pesquisas no campo das ciências da saúde, além de possuir atualmente um protocolo médico eficiente para seu tratamento, os dados sobre a prevalência da doença informam que, embora os avanços das ciências médicas sejam fundamentais para o combate a essas endemias, não podem prescindir de fatores socioculturais para seu controle e até erradicação.

É nesse último ponto de vista que o tema passa a integrar o interesse das Ciências Humanas e Sociais e, portanto, de campos como o da História. Embora estudos sobre saúde e doenças, bem como sobre políticas públicas de saúde, venham avançando bastante, ainda existem muitos aspectos que necessitam ser explorados para que se possa compreender de maneira satisfatória a incidência dessas questões na sociedade, por isso a necessidade do presente estudo.

Assim, coadunando com Chauveau e Tétart (1999) sobre a capacidade explicativa ao utilizar a epistemologia do tempo presente, as reflexões sobre a hanseníase em um contexto atual tornam-se importante porque possibilitam através de questionamentos científicos uma característica explicativa que amplia o campo de visão sobre a endemia e os infectados e possibilita o entendimento da doença enquanto um problema social. E dessa maneira, concorda-se com o argumento de Nascimento (2005) de que a análise sobre a enfermidade possibilita um conhecimento extenso que vai além dos aspectos técnicos biológicos e que permite a compreensão das estruturas nacionais e mudanças sociais e a forma como essas dinâmicas se estabelecem e se relacionam.

De modo geral, através do estudo da endemia é possível identificar como o país se constitui ao longo dos anos, utilizando como pano de fundo para o debate os aspectos sociais, culturais e políticos da doença como condutores da discussão. Tudo isso nos leva a perceber que, ao produzir uma análise sobre a trajetória da hanseníase na cidade de Teresina, uma forma de analisar a problemática é através da perspectiva política do tempo presente porque se relaciona intrinsecamente, por sua natureza interdisciplinar, com outras disciplinas que são fundamentais para o estudo da trajetória da doença enquanto problema social.

Nessa perspectiva, relacionando-se com o contexto social dos infectados, uma vez que a doença está intimamente relacionada às situações cotidianas de pobreza, descasos de políticas públicas, especialmente as voltadas para condições sanitárias e de moradias dignas à população, e mesmo que a periferização da cidade tenha nas suas administrações municipais esses elementos como prioritários, ainda padece nessas condições, o que acrescenta ainda mais os elementos de discussões sobre a política e o contexto atual.

Sendo assim, através da base teórica apontada, além das fontes que serão analisadas torna-se possível um panorama sobre a trajetória da doença na cidade de Teresina e a compreensão dos mecanismos utilizados para controle e combate desta endemia, bem como de sua eficácia ou não.

E ainda que alguns destes documentos não sejam especificamente sobre o município, mas utilizando-se de uma perspectiva comparada com outras situações espaciais e temporais, torna-se primordial para o desenvolvimento da pesquisa, porque fundamenta a discussão sobre a hanseníase relacionando-a com o Tempo Presente e os aspectos Políticos Contemporâneos.

## 2.2 A Hanseníase: abordagem histórica sobre uma doença negligenciada

Apesar dos avanços do poder público ao lidar com a questão da saúde pública, é observado que as intervenções demonstram-se em diversas ocasiões ineficazes na prática, resultando na persistência de problemáticas históricas. Exemplo disso são as permanências de variadas endemias, dentre elas a hanseníase, doença que possui indícios de sua presença desde a antiguidade, sendo mencionada na Bíblia<sup>1</sup>, e que até a segunda metade do século XX fora denominada de lepra.

Em razão disso, para o entendimento do contexto atual da permanência da doença e da ineficiência das políticas de controle em erradicar a endemia, é fundamental analisar as obras de autores que refletiram acerca das discussões sobre saúde pública, e em específico sobre a trajetória da doença no século XX, período que ocorre o desenvolvimento e consolidação do aparato burocrático brasileiro.

Do mesmo modo, é nesse século em que se podem observar melhor as ações tanto dos indivíduos atuantes na sociedade, como dos próprios interesses governamentais da nação para o combate da hanseníase, percebendo o desenvolvimento do Estado no decorrer do século.

Todavia, para uma compreensão do contexto das ações sociais e estatais, é necessário o entendimento sobre a situação em que o país estava inserido no início desse século, ou seja, a necessidade de se retroceder algumas décadas para a compreensão de como ocorreu a formação do Estado Brasileiro e como ele se consolidou, pois houve interesses intrínsecos que não são restritos apenas a políticas públicas da então lepra, mas de circunstâncias que envolvem a estrutura do sistema político nacional.

A configuração burocrática do Estado brasileiro desenvolveu-se a partir do período varguista (1930-1945), quando ocorreu a implantação de uma política centralizadora necessária para o andamento do projeto modernizador do país. Nesse sentido, foram ampliadas as intervenções estatais, através da atuação de órgãos públicos criados nesse governo, bem como do incremento de uma série de políticas públicas, dentre elas, as políticas de educação, saúde e trabalho.

---

<sup>1</sup>Cabe ressaltar que no contexto bíblico o termo “lepra” representa uma série de doenças de pele, pois foi retratada como “mancha de pele”.



Capelato (2010, p. 119), ao discutir sobre o Estado Novo (1937-1945), afirma que este “tinha como principal meta superar o atraso e transformar o Brasil em um país desenvolvido do ponto de vista econômico”. Deste modo, para o desenvolvimento do país era necessário o fortalecimento do Estado para que a população em geral gozasse de direitos básicos para qualidade de vida, como saúde, educação e etc.

Também com o olhar voltado para o começo do século XX, Hochman (1998) realiza uma importante análise das políticas públicas em saúde nas primeiras décadas do século XX caracterizando os avanços na área do sanitarismo no país. Seu argumento é de que a problemática de saúde foi a mola propulsora para o desenvolvimento do aparato burocrático brasileiro que se consolidou posteriormente, fundamentando-se teoricamente na concepção de civilização de Norbert Elias (1980) que desenvolveu categorias como configuração social e interdependência.

Com base em Elias (1980), Hochman (1998) afirma que quanto mais a sociedade se integra ao processo civilizador, mais os diferentes grupos sociais passam a depender uns dos outros, formando configurações marcadas pela interdependência dos diversos segmentos da sociedade, independente se estes são ricos ou pobres estão todos integrados em um contexto, e podem afetar positiva e/ou negativamente uns aos outros.

Em suma, a sociedade diante da compreensão da existência de interdependências, ou seja, a ideia de que as relações de dependências entre as pessoas formam uma configuração social moldada e definida por essas relações de teias de interdependência.

Ainda assim, apesar do governo de Vargas (1930-1945) absorver a preocupação com a saúde pública como uma das bandeiras primordiais de sua administração, as atenções com a saúde pública, guardada as devidas proporções, antecedem seu governo. Já nas primeiras décadas do século XX foram realizadas viagens sanitaristas por todas as regiões do país para que houvesse um “balanço” de como estava a situação dos brasileiros, produzindo, assim, um diagnóstico da população e de diversas regiões do país, o que motivou os discursos de necessidade de aumento do Estado para garantir a proteção social.

Os sanitaristas constataram que o Brasil se apresentava como um território endêmico, onde indivíduos viviam de forma miserável. Por grande parte dos sujeitos integrarem o grupo de pessoas economicamente menos favorecidas, este passou a

representar um “perigo” para as elites e especialmente para o projeto de desenvolvimento e modernização do país.

Além disso, o país não possuía um ideário de nação construído, fato que deveria ser modificado para garantir uma gestão centralizada do Governo Federal por todo o país. Por tal razão, ainda que uma mínima porcentagem de indivíduos tivessem condições privilegiadas, essas estavam em zona de perigo porque teriam de se relacionar com outras pessoas que não possuíam as mesmas condições de salubridade.

Então, para uma convivência positiva entre os sujeitos, percebendo a interdependência social nas relações, eram necessárias medidas que combatessem essas mazelas e trouxessem condições favoráveis de higiene. Para tanto, nessa perspectiva, única forma possível para a redução da problemática seria através do crescimento do governo brasileiro, como argumenta Hochman (1998, p.16):

Uma política nacional de saúde pública no Brasil foi possível e viável a partir do encontro da consciência das elites com seus interesses, e suas bases foram estabelecidas a partir de uma negociação entre os estados e o poder central, tendo o federalismo como moldura político institucional. Esse encontro foi promovido pelo movimento sanitarista brasileiro que buscou redefinir, entre 1910 e 1920, as fronteiras entre os sertões e o litoral, entre o interior e as cidades, entre o Brasil rural e o urbano em função do que consideravam o principal problema nacional: a saúde pública.

A partir dessa compreensão ou consciência social foram sendo desenvolvidas soluções que iriam sanar essas adversidades. Pode-se afirmar que a situação da saúde dos indivíduos contribuiu para a formação de uma mentalidade estatal e burocrática que visa solucionar a problemática de saúde. Sendo assim, o Brasil apesar de ainda estar longe, almejava a equação reformista que Hochman (1998, p.80) nos apresenta: “consciência sanitária + mudanças políticas e constitucionais = política nacional de saúde pública”.

Por conta desses fatores adicionados dar-se-ia a formação das políticas nacionais de saúde pública. Em conformidade com o exposto, a complexidade das configurações sociais e a transformação da saúde em bem público foi determinante para constituição de uma autoridade burocrática que buscasse sanar ou remediar os efeitos negativos da interdependência social.

A existência de um território com governo descentralizado representava uma realidade repudiada por esses sanaristas. No entanto, Alvarenga (2013) ressalta

que eles não eram necessariamente contra o modelo federalista, mas um contexto descentralizador que impedia a eficácia de medidas políticas e profiláticas. Nesse sentido, o poder descentralizado, aliado a certificação de uma sociedade endêmica, tornava a soberania e o desenvolvimento nacional frágil.

No Brasil, as condições sanitárias eram deploráveis, pois não existia a consolidação de intervenções eficazes que garantissem condições sanitárias mínimas para grande parte da população, em vista disso, se propagavam diversas doenças que ameaçavam a sociedade. Assim, pode-se perceber que a ausência de políticas públicas de saúde eficientes e a carência do acesso da maioria da população a recursos básicos, necessários à qualidade de vida, agravaram a situação endêmica do país.

Além disso, é possível observar a negligência<sup>2</sup> do governo em relação às endemias, proporcionando a propagação de diversas doenças, as quais atingiram a população mais pobre que não era alvo de políticas públicas de saúde. Ao contrário, em algumas ocasiões, a exemplo da derrubada dos cortiços, essa camada da população era tratada como “classes perigosas” para o recente desejo de modernização nacional (CHALHOUB, 1996).

Por esse motivo, a ineficácia das intervenções públicas e a ausência de condições básicas para assegurar o bem-estar da maior parte da população foi o que intensificou a multiplicação das doenças, que se caracterizaram por atingir os mais desfavorecidos e por não possuir, até então, enfoque do Governo central. Em consequência, fez-se necessária a criação de políticas com abrangência territorial ampla, fortalecendo a implantação de um estado de bem-estar social, característica que foi mais latente após os anos 1930.

Dessa maneira, é perceptível que a historiografia sobre a saúde pública e as doenças tenha como enfoque, em sua grande maioria, o período republicano, especialmente nesse contexto do primeiro Governo de Vargas (1930-1945), pois foi durante esse período que ocorreu o desenvolvimento mais atenuado de ações profiláticas de saúde pública, que anteriormente possuíam outra configuração.

Na falta de investimentos públicos na saúde, as medidas profiláticas eram mais voltadas para ações voluntárias, através da caridade de caráter religioso, como mostra Maciel (2007) sobre as práticas características do século XIX:

---

<sup>2</sup> Até então poucas doenças tinham a atenção do Estado, pode-se citar como exemplo a Febre Amarela (CHALHOUB, 1996).

No Brasil, durante o século XIX, eram ainda as Santas Casas de Misericórdia e instituições ligadas à Igreja, as responsáveis pelo atendimento aos doentes de toda natureza. Os hospitais militares, a exemplo de assistência pública, muito pouco faziam pela população civil como um todo. Neste sentido, assistência hospitalar pouco ainda se diferenciava daquela do período colonial, sendo a iniciativa privada, especialmente aquela de caráter religiosa, responsável pela maior parte das iniciativas de assistência aos doentes. (MACIEL, 2007, p. 33-34).

Através desse trecho percebe-se a negligência do Estado em relação aos problemas que acometiam o povo, ficando a cargo das instituições religiosas. Entretanto, é notável que tal descaso não era exclusivo da entidade estatal, a falta de atenção sobre a lepra era refletida, pelo menos até as primeiras décadas do século XX, no meio em que deveria ter sido centrada, como nos prova a autora nas páginas seguintes, ao analisar o relatório final dos membros da Academia Nacional de Medicina:

O Relatório é rico em elementos que refletem como se encontrava a saúde pública naquele momento e as ações necessárias para melhorar este campo, sendo, inclusive, bastante claro na proposta de criação de um Ministério da Saúde Pública, como forma de torná-la autônoma e com recursos financeiros próprios [...]. Embora a lepra fosse reconhecidamente considerada por vários médicos, como um “flagelo nacional”, no Relatório de 1917, ela não aparece como parte da agenda estratégica de saúde do país. Ali, as doenças priorizadas foram: malária, ancilostomose, leishmaniose, doença de Chagas, febre amarela e sífilis. (MACIEL, 2007, p. 50)

Apesar de a lepra ser reconhecida como um “flagelo nacional”, não era o suficiente para enquadrar em uma política mais ampla de controle e combate. Porém, ainda que a endemia continuasse renegada, apesar do conhecimento de seu histórico de periculosidade, destaca-se que esse relatório foi bastante inovador por transmitir ações que eram necessárias e que foram impostas posteriormente, como a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública que centralizava as decisões tornando o Estado mais interventor na vida dos indivíduos, ainda que a saúde não fosse o enfoque único, tendo também a educação inclusa nessa pasta.

Desse modo, é possível identificar o caráter de negligência que a doença adquiriu historicamente e que reflete até os dias atuais. Identificando também que essa característica não é exclusiva da hanseníase, podendo ser indicada outras com

particularidades socioculturais semelhantes, dentre elas: dengue, doença de chagas, tuberculose e leishmaniose.

Tais endemias encontram em condições climáticas favoráveis como a brasileira, com a predominância de um clima tropical úmido, bolsões de pobreza que permanecem em algumas regiões do país, falta de acesso a medicamentos eficazes e o descaso dos governos para com as políticas de saneamento, controle e combate a essas condições, as explicações para suas permanências e propagações. Todas com aspectos históricos de negação e desleixo por atingirem a parcela mais pobre da população e, por esse motivo, não possuem tantas intervenções públicas para seus controles.

Diante da conjuntura da formação burocrática do Estado, a lepra se insere enquanto doença que, além de ter sido negligenciada, quando fora alvo de políticas de controle, especialmente entre os anos 1930 e 1960, ocorreu de forma a segregar a população marginalizada, reforçando os estigmas através do isolamento compulsório, principal política de controle da doença no século XX.

A falta de protagonismo da doença em relação às medidas profiláticas pode ser explicada por sua característica peculiar de possuir consequências lentas, ou seja, o indivíduo permanece vivo, mas degenerando-se lentamente e aos poucos perdendo seus membros físicos, além da segregação social, uma vez que diagnosticado não era bem aceito pelos demais membros da sociedade que tinham medo do contágio.

Em vista disso, apenas na década de 1920 que foram iniciadas as primeiras intervenções governamentais com o objetivo de controlar o avanço acerca da enfermidade com a institucionalização da doença, como discute Auxiliadora (2012) ao afirmar que o ano de 1920 foi fundamental para essa discussão porque representou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o que influenciou diretamente nas políticas de controle da lepra, pois também foi criada a Inspeção de Profilaxia da lepra, marcando a partir das criações a institucionalização da saúde pública e a inserção da doença como prioridade das instituições que visavam tecer estratégias para controle da doença.

Foi através dessa medida que passou a ser obrigatória a notificação das doenças, assim como o exame e os primeiros isolamentos de doentes, considerando as devidas proporções, pois ainda não existia um modelo estruturado de controle e combate da doença, sendo este melhor elaborado na década seguinte.

Auxiliadora (2012), ao analisar as políticas sanitárias sobre a lepra desde 1920 até 1962, centra-se particularmente na política de isolamento. É interessante observar que apesar de todo o histórico da endemia, suas medidas profiláticas demoraram a serem impostas se comparadas a outras doenças características do Brasil, e mesmo depois da criação da Inspetoria, na realidade as medidas de combate à lepra só foram maciçamente efetuadas nacionalmente no governo de Vargas, especialmente com a criação do Serviço Nacional da Lepra (SNL) que é o enfoque também das discussões de Maciel (2007) e Alvarenga (2013).

Em razão disso, as autoras discorrem sobre o período em que foi ampliado o sistema tripé que vingou durante anos: dispensário, leprosário e preventório. Através dessa estrutura que vigorou a política de controle e combate da hanseníase pela maior parte do século XX.

O dispensário era o local que tinha por objetivo o diagnóstico do indivíduo, caso fosse comprovado à existência do bacilo de *hansen* em seu corpo, deveria ocorrer notificação para que este fosse “tratado” em leprosários. O termo escrito em aspas devido ao contexto do período, afinal de contas, não existiam tratamentos eficazes para a cura do paciente, eles geralmente eram diagnosticados e compulsoriamente segregados em locais distantes dos demais para continuarem com suas vidas longe da sociedade em geral, estes locais denominados de leprosários.

Em alguns estados esse local de segregação era tão amplo territorialmente que possuía extensão equivalente a uma cidade, a exemplo da Colônia Santa Isabel em Minas Gerais que inicialmente foi projetada para possuir capacidade de 1500 pessoas, porém esse número elevou com o decorrer do período Vargas e ampliação dos investimentos nas políticas públicas, basicamente uma cidade apenas para os acometidos pelo bacilo.

Aqueles que possuíam filhos, ou que tiveram filhos enquanto estavam confinados no leprosário, não poderiam ter contato com estes por muito tempo devido ao perigo de contágio. Nesses casos, a prole passava a viver em locais denominados de preventórios que eram uma espécie de orfanatos para os filhos dos infectados com a doença.

Alvarenga (2013), ao discutir sobre o preventório no Piauí, Educandário Padre Damião, nos contempla com uma discussão relevante sobre a vida das crianças que residiam nesses locais. Enquanto na propaganda é exposta uma

vivência bastante satisfatória, do outro lado do discurso daqueles que viveram nesses locais é perceptível um discurso contraditório, ao afirmarem que o cotidiano era conturbado.

Além do exposto, a autora analisa a experiência isolacionista da lepra no Piauí. Essas políticas foram inseridas primeiramente através de iniciativa privada, que pode ser explicado pelo conceito de interdependência social, discutido anteriormente, que despertou na elite o “desejo” de controlar a proliferação de doenças, como inicialmente discutido nessa seção.

O leprosário alvo de suas pesquisas foi inaugurado inicialmente como Fundação São Lázaro, em Parnaíba, no ano de 1927, e somente em 1939 passou a administração para o domínio estadual, tornando-se o leprosário oficial do Piauí. Apenas em 1941 alterou o nome para Colônia do Carpina, através do decreto nº 398, em um contexto nacional de ampliação do Estado que passava a exercer maior controle na sociedade em geral, e nesse caso, a intervenção na realidade piauiense (ALVARENGA, 2013).

Após o auge das práticas estatais de segregações, ocorreu a descoberta de tratamentos mais eficazes para a cura da lepra a partir dos avanços da medicina que resultou no uso das sulfonas que possibilitou a cura que antes era quase impossível pela ausência de alternativas eficientes.

Dessa maneira, todo o enfoque que o governo e profissionais da saúde tiveram em legitimar aquelas medidas segregacionistas demonstrou serem ineficazes porque apenas isolava o paciente do convívio social. Posteriormente, na década de 1950, foram desenvolvidas uma série de eventos, congressos, e produções científicas com o intuito de mostrar que o isolamento não era a melhor maneira para o tratamento da doença.

Em 1956, após a posse de Orestes Diniz no cargo de diretoria da SNL, houve intervenções por parte dele para que o enfoque das medidas profiláticas estivesse no diagnóstico, ou seja, a mudança no objetivo central da política de controle da doença, passando agora a ser voltada ao diagnóstico prévio, pois, através de uma descoberta precoce o indivíduo obteria uma oportunidade mais favorável para cura, e por consequência o desmembramento da política isolacionista. Devido a isso, esse ano é fundamental para o desfecho do modelo profilático baseado no tripé, pois fora constatado que não era eficaz. (AUXILIADORA, 2012).

Sendo assim, a partir do final dos anos 1960 a política de segregação já não era mais apoiada, e sequer no debate acadêmico encontrava respaldo nas autoridades médicas nacionais e internacionais (ALVARENGA, 2013). Todavia, mesmo com essas atitudes do diretor e com o decreto nº 968/62 que determinava a revogação do modelo tripé, ainda não foi suficiente para seu encerramento oficial, que ocorreu somente no final da década, em 1968, através da lei nº 5511, que determinava que o modelo deveria ser abandonado, mas somente após a portaria número 165 que as práticas de isolamento foram oficialmente abandonadas, iniciando o processo de maior enfoque do tratamento ambulatorial da doença como principal política de controle (ALVARENGA *et al*, 2018).

Inclusive a própria terminologia já estava em mudança como uma tentativa de diminuir o estigma que os ex-segregados sofriam com a reinserção na sociedade, a doença antes denominada de lepra seria agora denominada de hanseníase. O Dr. Rotberg (1912 – 2006) possuiu grande influência nessa mudança, foi ele quem instigou a troca da nomenclatura desde meados da década de 1960, com o objetivo de transformar a imagem que a sociedade tinha da doença de uma endemia incurável que representava a segregação social, para uma doença curável e com tratamentos eficazes. Porém apenas em 1995, através da lei nº 9.010 que o termo lepra foi alterado oficialmente para hanseníase.

Ainda assim, essa reintegração dos indivíduos que foram isolados se deu de forma dolorosa, uma vez que os estigmas permaneciam devido aos anos em que as políticas de isolamento foram apoiadas. Por isso, não seria apenas através de força de lei que seriam solucionados os problemas desses sujeitos, que em muitos casos preferiram permanecer vivendo dentro dos leprosários.

Durante essa conjuntura de reinserção dos ex-segregados na sociedade teve a origem do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas por Hanseníase - Morhan. Criado em 1981, ele possui objetivo de lutar através de atividades de conscientização e foco na construção de políticas públicas eficazes para a população atingida por hanseníase. Esse grupo está constantemente representando a causa de ex-infectados, pois muitos tiveram sua vida comprometida devido ao isolamento, e, em busca de compensações, lutam por direitos, como de pensões.

Uma das conquistas do grupo é a Lei 11.520 de 2007, que beneficia os indivíduos que sofreram com a política isolacionista, contemplando na lei os sujeitos que foram segregados até o ano de 1986, assumindo que mesmo que ainda não



vigorasse oficialmente a política isolacionista, esta ainda existia em algumas especificidades territoriais, o que ressalta ainda mais a dificuldade de desarticular o aparato isolacionista que vigorou por anos.

Porém, existem aqueles que se sentem no direito de receber essas reparações, mas que não possuem sua causa prevista nessa lei. Por exemplo: casos em que indivíduos foram isolados, mas por não terem de fato sido internados em leprosários, não possuem direito previsto na lei.

Além das situações de filhos dos ex-internos que também foram afetados, pois a estrutura de combate à doença, como discutido anteriormente, os afetava, resultando em uma saída do anonimato e estigmas da sociedade para com eles. Dessa forma, apesar de não terem sido segregados da sociedade, sentem-se no direito de receber pensão pelo fato de terem suas vidas prejudicadas devido, além de tudo isso, à ausência dos pais, como discute Alvarenga *et al.* (2018):

Nesse sentido, entende-se que a Lei nº 11.520/07 colabora para a instituição de uma cultura política solidária e de cooperação, que permitam seus beneficiários minimizarem déficits que não lhes são diretamente imputáveis. Levando-se em conta que a maioria desses sujeitos vive em situações precárias, sem as condições básicas para uma vida digna, e que parte dessa realidade pode ser relacionada à supressão de oportunidades ao longo dos anos que viveram em "instituições totais" se é que nas condições em que funcionou a maioria delas, é possível caracterizá-las assim – o Estado e a sociedade não podem manter-se indiferentes em relação a tal situação.

Nesse fragmento é possível observar a importância que teria se sancionada a lei, pois é uma forma de reparar os casos em que houve desleixo para com os sujeitos afetados indiretamente, ainda que haja a necessidade de uma definição precisa sobre a abrangência da referida lei sobre os indivíduos para que não seja implantada de forma equivocada.

De acordo com essa perspectiva, é perceptível a situação negligente do Estado em relação aos sujeitos que sofreram com os resultados de políticas ineficazes, ainda que estes não tenham sido segregados diretamente, é possível observar a influência de ter um ente familiar diagnosticado com a endemia, o que deixa à tona talvez o maior responsável pela permanência do problema histórico: a vida condicionada pelos estigmas.

Ao analisar dados recentes do Brasil, mesmo no século XXI ainda é possível perceber que essa situação existe. Mesmo com a mudança em sua nomenclatura, é percebível através da investigação dessas informações que a hanseníase ainda carrega toda a história de estigmas que anteriormente foi da lepra, pois possui um significado que está impregnado no imaginário da sociedade como uma doença terrível que destrói as partes do corpo aos poucos.

Maior exemplo da situação é o fato de nos dias atuais ainda existirem diversos leprosários que funcionam devido ao número de pacientes que decidiram continuar morando nos referidos espaços por preferirem permanecer nesses locais a enfrentarem as dificuldades sociais decorrentes do preconceito:

Os sujeitos que falam hoje sobre o isolamento não são os que viveram naquela instituição durante o regime de internação compulsória. Não são mais leprosos e muito menos isolados. Portanto, falam de outro lugar, embora ainda residam no mesmo espaço e não possam apagar o que viveram no passado. São atualmente os principais guardiões dessa experiência o que lhes permite transitar por essas duas realidades: um passado e um presente que se misturam incessantemente e se contaminam de forma inevitável (ALVARENGA, 2013, p. 266).

Alvarenga (2013), ao analisar as permanências e mudanças na vida dos ex-internos da Colônia do Carpina, observa que nos casos dos sujeitos que ainda residem no leprosário, é identificado pela autora a forma como estes inferiram o passado de lutas dos que de fato sofreram com o auge do isolamento, a história sendo tomada de forma coletiva como se todos tivessem sofrido conjuntamente das mesmas mazelas. Nesse sentido, suas reivindicações apresentam-se na dicotomia entre vítimas das políticas segregacionistas, mas também enquanto heróis por terem sobrevivido ao período de isolamento.

Portanto, a problemática apresenta-se com uma longa trajetória no século XX, que fora desde a negligência total por parte do governo federal no começo do século, onde sequer a doença era lembrada nas estratégias políticas de controle da doença, perpassando pelo período em que houve intensificações nessas políticas com a adoção do modelo tripé e a política de isolamento compulsório, até seu fim e o início de novas políticas de erradicação da doença voltadas para métodos de prevenção e diagnósticos precoces para maior eficácia no tratamento.

Entretanto, mesmo com os avanços médicos a doença sobreviveu à virada do milênio e no século XXI, ainda que existam mecanismos eficazes de combate à doença, esta ainda persiste enquanto problema de saúde pública, o que eleva a necessidade do debate sobre os fatores que contribuem para essa permanência e como o Governo Federal vem atuando através da implantação de políticas de controle da doença, que será o enfoque do capítulo posterior.

### **3 A CIÊNCIA MÉDICA E AS PERMANÊNCIAS: A REALIDADE DA HANSENÍASE EM TERESINA - PI**

O objetivo deste capítulo é identificar as áreas de maior incidência da hanseníase na cidade de Teresina de 2006 a 2016, verificando os fatores socioculturais que contribuem para a permanência da doença nessas áreas, caracterizando o perfil socioeconômico dos infectados com o bacilo.

Para tanto, em relação aos procedimentos metodológicos, além da natureza bibliográfica, com o aprofundamento teórico sobre as políticas públicas e os contextos socioeconômicos, também trata-se de pesquisa documental, uma vez que foram utilizados dados do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI) e Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS). Através dos dados dessa última instituição, foi possível analisar informações gerais sobre a doença, com base na ficha de notificação: modo de detecção da doença; dados pessoais como idade, sexo e grau de escolaridade.

Antes do aprofundamento na discussão, debate-se sobre o contexto de crises sociais, econômicas e políticas que afetam o Brasil e, conseqüentemente, a situação da saúde pública, partindo do entendimento que as doenças negligenciadas sofrem impactos devido a essas conjunturas. Dessa forma, são analisados os efeitos dos fenômenos sociopolíticos sobre a hanseníase, o tipo de local de maior manifestação e a caracterização dos grupos mais afetados pela endemia.

Dito isso, o primeiro tópico tem por objetivo discutir sobre o contexto social do século XXI, considerando que os problemas sociais desencadeiam nas redefinições das políticas públicas que contribuem diretamente para a permanência da doença, ainda que existam diversas medidas profiláticas de controle e combate voltados para a mesma.

Depois de estabelecida a relação entre os locais e os sujeitos infectados, destacam-se os desdobramentos históricos das políticas públicas de controle da hanseníase em Teresina, no período de 2006 a 2016, relacionando-as com a situação de estigmas que pesam sobre a endemia e têm reflexo no comportamento social em relação aos portadores do bacilo. Nesse sentido, no segundo e terceiro tópicos observa-se como os avanços médicos e os estigmas atuam em relação à doença.

O objetivo não é identificar os sujeitos individualmente, mas traçar um perfil socioeconômico do infectado de acordo com os dados gerais sobre o portador de Hanseníase disponibilizados pela FMS, e ainda avaliar a importância que apresentam alguns fatores sociais do Tempo Presente, a exemplo do contexto de crises econômicas e a periferização das cidades, para a manutenção e/ou crescimento de sua incidência.

### 3.1 Contexto de crises econômicas e seus reflexos sobre as Políticas Públicas de Saúde

Para a discussão da persistência da hanseníase no século XXI, é necessário identificar as nuances do Brasil ao longo da década, desde as melhorias dos indicadores sociais às constantes crises que afetaram a nação. Dessa maneira, incorpora-se a endemia dentro de um contexto macro, voltando o olhar para a conjuntura de crises socioeconômicas e políticas que assolaram o país, especialmente entre 2014 e 2016, período onde houve grande recessão econômica que afetou drasticamente a sociedade brasileira.

A necessidade de compreensão dessa faixa temporal se deve ao fato de que os indivíduos mais afetados durante um contexto de crise econômica e instabilidade política são os pertencentes das camadas mais pobres, que em tempos de recessão econômica permanecem em situações de pobreza e miséria, à mercê de condições insalubres e precárias, desencadeadoras de doenças.

Desse modo, as doenças negligenciadas encontram a situação perfeita para se manifestarem na população, pois, considerando um contexto de calamidade pública, os cidadãos de baixa renda são os atingidos de forma mais intensa, por estarem em ambientes de maior vulnerabilidade.

Como visto no capítulo anterior, o século XX foi marcado pelo desenvolvimento de políticas públicas que procuravam eliminar os problemas sociais. Por isso, ao mesmo tempo em que a sociedade e os espaços urbanos se expandiam e se tornavam mais complexos, o Estado acompanhava também esse crescimento e tornava-se mais presente no cotidiano do povo, tornando-se, dessa forma, responsável pela vida dos cidadãos do país.

Entretanto, em relação à situação econômica do Brasil, desde o final do século XX possui um padrão de oscilações no Produto Interno Bruto - PIB que

impediram que as condições sociais evoluíssem de modo constante. Devido a isso, as desigualdades permaneceram de modo que, em 2002, Luiz Inácio Lula da Silva assume a presidência do país tendo como objetivo de campanha a luta pelos direitos dos trabalhadores e o combate à pobreza extrema (PAULA; PIRES, 2017).

Como discutido por Luiz Fernando de Paula e Manoel Pires (2017) em seu artigo sobre as crises e perspectivas econômicas do Brasil do século XXI, no começo dos anos 2000, sobretudo nos dois governos de Lula, o país passou por um período economicamente favorável, explicado por uma série de fatores positivos, como: o boom de commodities, aumento do consumo e maior estímulo bancário. Por consequência, o governo federal conseguiu reduzir a inflação e melhorar os indicadores sociais do país, fazendo com que a economia crescesse ao longo da primeira década do milênio.

Concomitantemente a isso, dentro de uma perspectiva global, ao se falar em crise econômica contemporânea, os autores chamam a atenção para a crise internacional de créditos imobiliários nos Estados Unidos, em 2007. Esse marco representou uma problemática que além de acometer os norte-americanos, também teve seus impactos refletidos em outros países em maior ou em menor grau (PAULA; PIRES, 2017).

De imediato, o governo brasileiro se articulou e respondeu com diversas medidas que objetivavam sanar maiores consequências que poderiam impedir o então crescimento do país, entre elas:

Medidas de reforço à liquidez do setor bancário; linha temporária de crédito para as exportações; intervenções do Banco Central do Brasil (BCB) no mercado cambial; estímulo à expansão do crédito por parte dos bancos públicos; redução do IPI para automóveis, eletrodomésticos e produtos de construção; aumento do período de concessão do seguro-desemprego; e criação de um programa de construção de moradia popular (PAULA; PIRES, 2017, p.127).

Dessa forma, através das medidas do governo, o país conseguiu se recuperar e permanecer sem maiores problemas durante o período de crise econômica. Além disso, conseguiu a proeza de melhorar economicamente, como demonstra os autores citados acima, ao apontar sobre a valorização da moeda durante o ano de 2009. Parecia que o país estava caminhando em passos largos para se tornar um país de primeiro mundo.

Todavia, apesar do Brasil não ter sido afetado de imediato pela crise de 2007, pelo menos de forma intensa, e até obtido êxito ao se desenvolver economicamente, em 2014 foi possível perceber o ápice desse impacto: “a queda no preço dos commodities e a desaceleração da demanda chinesa foram importantes fatores para a perda do dinamismo da economia” (PERONDI, 2017, p. 606).

Devido à perda do dinamismo econômico, quase que uma década mais tarde, o país começou a enfrentar a pior recessão da história, atrelado a isso há também uma série de outras problemáticas que ocorreram simultaneamente. Eram constantes os problemas de saúde pública, devido aos casos do Zika vírus e o rompimento da barragem de Mariana, como nos aponta a pesquisa feita pelo Barômetro das Américas em 2016<sup>3</sup>.

Através do Barômetro das Américas, relacionando também com outras realidades socioeconômicas e políticas da América latina, foi identificado que a confiança dos brasileiros nas Instituições Políticas estava em decadência antes mesmo desse fatídico ano. Quando comparado com outros países do continente, eram somente “48.2 graus de respeito pelas instituições políticas do país, à frente somente da Jamaica, e logo atrás da Venezuela e Haiti” (BARÔMETRO DAS AMÉRICAS, 2016, p. 2). Isso demonstra que a situação do país após o crescimento econômico da primeira década do século foi de bastantes conturbações internas que impossibilitaram a permanência dos indicadores positivos.

Os referidos dados mostram o resultado da corrupção generalizada que passou a ser escancarada após uma série de investigações e denúncias que modificaram sensivelmente a cosmovisão da sociedade em relação à configuração política do Brasil, resultando em momento extremo na destituição da então presidente do Brasil, Dilma Rousseff.

Diante desse contexto, é possível perceber os desdobramentos nas situações cotidianas dos brasileiros, como demonstra Perondi (2017, p. 610):

Além disso, a devastação social resultante da crise se aprofundava: aumento do desemprego, inflação alta e diminuição do consumo, precariedade na atenção aos serviços públicos fundamentais como saúde, educação, transporte, moradia.

---

<sup>3</sup> Relatório Barômetro das Américas – 1 de abril de 2016. Disponível em: <https://www.vanderbilt.edu/lapop/insights/ITB025po.pdf> . Acesso em 10 de dezembro de 2019

O autor, nesse fragmento de seu texto, chama a atenção para a nova conjuntura do país diante da crise: os indicadores que no início do século demonstravam o país em crescimento e que apresentavam melhorias significativas em relação a outros períodos históricos, especialmente para a parcela da população mais vulnerável, passam a dar lugar ao que o autor denominou de “devastação social”, ou seja, a situação caótica do país.

Em conformidade com o exposto, é possível também perceber a abrangência da situação que afeta de várias maneiras o dia a dia da população, bem como as ramificações que resultam em permanências de problemáticas históricas especialmente dos indivíduos dependentes de serviços públicos e que, com a defasagem destes, passam a viver em condições ainda mais degradantes.

Segundo a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 2018, o nordeste é a região com maior desigualdade do país, o que representa em números brutos cerca de 24,8 milhões de indivíduos vivendo com renda mensal de até 420 reais por mês. Nessa conjuntura, o Piauí se enquadra em situação ainda mais alarmante, é o Estado que possui maior índice de desigualdade do país pelo sexto ano consecutivo. Ou seja, desde 2012, quando o país começou a sofrer mais intensamente com as crises econômicas que o Estado permanece em situação alarmante.

Esse contexto também fomentou a quantidade de pessoas vivendo em situação de miséria, elevando-se em 212 mil indivíduos de 2014 para 2016, de acordo com o IBGE. Esses índices correspondem a 24,3% de pessoas em estado de miséria, indivíduos que sequer possuem o mínimo para viverem de forma digna. Em Teresina, apesar de ser a capital do Estado, os números não são animadores. Segundo a mesma pesquisa, o número de pessoas que recebem apenas  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo é altíssimo, representando 10,6% da sociedade teresinense, colocando a capital nas primeiras posições com maior índice de pessoas nessas condições, em relação a outras metrópoles do Brasil (PORTAL O DIA, 2017).

Os dados referidos anteriormente permitem perceber o panorama social decorrente das constantes crises. Essa conjuntura é, sem dúvidas, um dos influenciadores para que a permanência de doenças continue elevada, pois, em situações de instabilidades políticas, o resultado é a fragilidade no combate de problemas sociais, dentre eles, as questões sobre a saúde pública, considerando



que estas são dependentes de fatores sociais e econômicos dentro de uma perspectiva coletiva de saúde apontada por Gadelha e Costa (2012, p. 68-69):

Na realidade, o campo de saúde coletiva reconhece que as condições de saúde dependem de fatores mais gerais, atinentes a padrões nacionais de desenvolvimento, envolvendo a distribuição de renda, pobreza, condições de trabalho, de alimentação e nutrição, saneamento, lazer, além do padrão de crescimento econômico, entre outras muitas dimensões.

Partindo desse entendimento de saúde coletiva, os aspectos socioculturais são fundamentais para o debate, pois ao mesmo tempo em que são influenciadores da saúde pública, também são influenciados por ela, como demonstra os autores ao analisar o Brasil de 2003 a 2010. Verificou-se que o governo federal nesse período posiciona a saúde como indicador fundamental de cidadania, pois a julga como um fator gerador de renda, desse modo, importante no desenvolvimento socioeconômico do país.

Outro estudo que coaduna com essa perspectiva é o de Viana e Silva (2017), que, através de uma pesquisa bibliográfica e documental, associam a perspectiva de saúde coletiva, expressada na figura do Sistema único de Saúde – SUS, com o crescimento econômico. De acordo com eles, a saúde possui um papel fundamental para reduzir a recessão do país, diminuindo, dessa forma, as desigualdades sociais. Seus argumentos são de que através da expansão do SUS o crescimento econômico do país avançaria simultaneamente, pois são fatores que estão correlacionados.

Desta forma, quando os autores debatem sobre o período de crise que assolou o país entre 2014-2016, confirmam o retrocesso social brasileiro devido a esse contexto de calamidade pública, colocando os investimentos no SUS como um fator importante para a mudança desse quadro social, partindo da relação entre renda e saúde. Segundo eles, a partir da elevação do rendimento de determinado indivíduo, maiores são as possibilidades de este ter acesso a bens de serviços sociais, possuindo maiores possibilidades de prevenir e curar doenças. Além de que o sujeito saudável possui mais produtividade tanto para o trabalho quanto para o consumo de bens de serviço, o que, conseqüentemente, contribui para maior geração de riquezas, coadunando a hipótese de que através dos investimentos em saúde o desenvolvimento do país também se intensifica (VIANA; SILVA, 2017).

Por isso, considerando que a problemática de saúde pública é influenciada por diversos aspectos sociais, é possível perceber a relação entre as crises socioeconômicas e políticas e a permanência da hanseníase no século XXI, situação que se agrava ao considerar que esta é uma enfermidade enquadrada dentro do grupo de doenças negligenciadas e que possui um longo histórico de descasos públicos e estigmas sociais.

Outro fator a ser levado em consideração é a própria condição de vida dos indivíduos que vivem nessas condições, os quais diante de uma situação de extrema pobreza se tornam mais propensos a contraírem não apenas a hanseníase, mas também uma série de outras doenças decorrentes da falta de saneamento básico e de moradias apropriadas, em locais apropriados.

A maior expressão dessa situação em dados é na incidência de casos da hanseníase no Estado do Piauí. De acordo com dados atualizados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) sobre a endemia é notável que a região apresente um índice alto, de 27,64 pessoas a cada 100 mil habitantes em 2016, que, se comparado com os indicadores nacionais, representam um pouco mais que o dobro da média geral do Brasil, como é possível ver na tabela a seguir:

**Tabela 1 – Número de doentes ao longo de 2006 e 2016 – 100 mil habitantes**

<b>Período</b>	<b>Brasil</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Piauí</b>	<b>Teresina</b>
2006	23.1	32.04	44.56	81.54
2007	22.41	32.37	47.68	78.72
2008	20.58	30.03	57.69	93.34
2009	19.63	28.79	40.25	63.29
2010	18.69	27.74	46.45	71.21
2011	17.65	26.07	35.02	53.13
2012	17.16	25.77	33.56	50.22
2013	15.43	23.79	30.8	45.9
2014	15.31	24.06	32.49	48.17
2015	14.06	22.71	31.67	40.39
2016	12.23	19.29	27.64	38.23

Fonte: Tabela produzida por Gabriel Rocha da Silva utilizando dados do SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação

Ao observar os dados gerais sobre a incidência da doença nas esferas nacionais, regionais, estaduais e municipais, é possível identificar que os indicadores vêm decaindo ao longo das décadas, mas que ao serem colocados em comparação com as diferentes esferas, ainda representa muita discrepância entre a situação endêmica do município e a taxa nacional, um pouco mais que o triplo a diferença entre taxa geral do Brasil e a de Teresina.

Estima-se que em 2016 eram 38,23 habitantes doentes por 100 mil habitantes, na cidade de Teresina o que demonstra que a doença acompanha o crescimento populacional, e o mais curioso é que o número oscila bastante entre 2006 e 2016, especialmente nos primeiros anos do século XXI que possuem mais claramente esse padrão.

Portanto, os indicadores levam a acreditar que o contexto de crises foi um dos fatores preponderantes que impossibilitou que o número pudesse se reduzir de modo que a hanseníase não fosse mais considerada uma doença que ainda permanece na sociedade atual, mesmo diante de todo o seu histórico de controle e combate no século anterior.

### 3.2 Os caminhos da Hanseníase na cidade de Teresina

Diante do desenvolvimento das urbes, as dinâmicas sociais tornam-se mais complexas. As cadeias de interdependência definidas por Elias (1980; 1993) vão configurando a sociedade de forma a tornar as relações entre os indivíduos não apenas mais próximas como também necessárias para o desenvolvimento do território e das vinculações sociais.

O conceito de configuração para o sociólogo refere-se ao conjunto das teias de interações, discutidas em *Introdução à Sociologia* (1980). Neste livro ele faz a exemplificação de uma configuração como um jogo, onde os participantes são ao mesmo tempo indivíduos que jogam conforme seus desejos, mas que simultaneamente agem de acordo com as ações dos demais jogadores, desse modo definindo-a como:

Por configuração entendemos o padrão mutável criado pelo conjunto dos jogadores — não só pelos seus intelectos, mas pelo que eles são no seu todo, a totalidade das suas ações nas relações que sustentam uns com os outros. Podemos ver que esta configuração

forma um entrançado flexível de tensões. A interdependência dos jogadores, que é uma condição prévia para que formem uma configuração, pode ser uma interdependência de aliados ou de adversários (ELIAS, 1980, p.142).

Ao definir a ideia de configuração social dessa maneira, Elias (1993) demonstra a relação entre sociedade e indivíduo, não como seres discrepantes, mas como interdependentes, à medida que as atividades do indivíduo condicionam diretamente ou indiretamente nas ações dos demais sujeitos, seja em um simples jogo, ou em uma configuração mais complexa como um país, nação ou Estado.

Dentro dessa perspectiva, as questões relacionadas às transformações urbanas são de extrema relevância para perceber como determinado local se desenvolveu ao longo do processo histórico, bem como foram se redefinindo as relações entre os indivíduos. Coadunando com a teoria de Elias (1993) de que a partir do desenvolvimento das relações humanas as configurações sociais vão se tornando mais complexas, à medida que elevam as condições de interdependência, também se intensifica as interações entre os partícipes.

Entretanto, na prática, tal processo expõe problemas decorrentes da falta de preparo dos governos em lidar com a expansão territorial e dos novos aspectos da sociedade que vão se formando. Dessa maneira, essas redes de relações podem ser positivas ou negativas, devido à complexidade das relações humanas.

No Brasil, esse conceito pode ser identificado na prática através do incremento de políticas públicas no século XX, período de análise de Hochman (1998). O autor expõe que o fomento das políticas públicas de saúde se deu através da constatação do país endêmico que poderia afetar os desejos modernizantes do país, resultando na necessidade de combater as doenças transmissíveis, que devido aos elos de interdependência poderiam acometer qualquer um independente da condição financeira.

Desse modo, essas interações modificam a dinâmica da sociedade, alterando totalmente o espaço urbano e o modo de vida da população. Nesse contexto, as políticas de urbanização começam a se intensificar em conformidade com a lógica de modernização do país, como também demonstra Hochman (1998), dialogando em sua obra com as contribuições de Elias em *O Processo Civilizador* (1993), apontando que através do reconhecimento da interdependência social, ocorre a necessidade de fomento de políticas sociais para combater os problemas das novas realidades da sociedade.

Segundo Lima (2014), os mais afetados devido às mudanças políticas são os pobres. Nesse contexto, a própria condição de pobreza apresentava-se de modo diferente, atrelada aos aspectos individuais, mas que, no decorrer das décadas passou a ser reconhecida como um problema social, à medida que o governo passa a exercer um papel mais atuante na sociedade, isto é, ao mesmo tempo em que o aparato estatal expande-se, passa a ser influenciador dos aspectos singulares da vida dos cidadãos.

Sendo assim, o fenômeno de metropolização e periferização se intensifica atrelado aos problemas da falta de infraestrutura e do acelerado crescimento de pessoas nas cidades provocando alta desigualdade e segregação dos pobres tanto social quanto espacialmente, pois estes não possuem condições financeiras para viverem em locais com mínima condição humana para se residir (LIMA, 2014)

Ao longo desse processo, que ocorreu progressivamente, as cidades, por não possuírem políticas públicas de urbanização adequadas, assim como outros tipos de políticas eficazes, foram obrigadas a se adaptar a um número cada vez maior de pessoas morando dentro das urbes, sobretudo nas décadas de 1970 e 1980:

[...] período que revela muito as contradições no discurso oficial, que tanto difundia a ideia de prosperidade e desenvolvimento urbanos, mas que não conseguia esconder as carências sociais que atingiam expressiva parcela da população que habitava a capital (FONTINELES; SOUSA NETO, 2017, p.38).

A contradição nos discursos de modernização da capital e a realidade de carências sociais que não eram combatidas de forma eficaz pelo Estado resultaram na falta de infraestrutura e preconceitos que vigoram, inclusive, no cotidiano atual. Sobretudo, ao se considerar que nessas localidades persistem a existência e a possibilidade maior de contágio de diversas doenças negligenciadas, como a hanseníase, historicamente ligadas às camadas mais baixas da sociedade.

Esses mesmos indivíduos, por não possuírem espaços adequados para habitação, começam a residir geralmente em lugares miseráveis e de risco. Devido à escassez de espaços adequados ocorre o que Lima (2014) denomina de nomadismo urbano: a falta de moradia fixa na cidade, que é uma continuidade da vida errante do meio rural. O rompimento com esse nomadismo é a territorialização, ou seja, a conquista de território ainda que não seja em locais adequados, que na

prática é acentuada na instalação de vilas e favelas, originando, por consequência, a segregação espacial da população.

Dessa maneira, a problemática constitui-se no cotidiano dos teresinenses de modo a produzir uma sociedade em que persiste a desigualdade, devido ao desprovimento dos sujeitos que não possuem propriedade ou ao menos posse de territórios, fato que demonstra que as políticas públicas de urbanização, apesar de existirem, e de terem sido enfatizadas ao longo dos anos, ainda precisam de redefinições para que o número de indivíduos sem habitação e vivendo em condições com o mínimo de saneamento básico torne-se obsoleto.

Em relação à capital do estado, Teresina, diferente das demais cidades dessa região, se desenvolveu rapidamente, e já em 1940 tinha população urbana maior que a rural, devido especialmente ao fluxo migratório rural e posteriormente à industrialização da capital, situação que só foi possível a nível estadual em 1991 (FAÇANHA *et al.*, 2017), o que representa grande discrepância de progresso entre a capital e outras cidades do Estado que ainda estão no lento processo de desenvolvimento.

Segundo Oliveira (2018), a dinâmica de apropriação urbana em Teresina se dá por meio dos Conjuntos Habitacionais, que servem como uma forma de reproduzir os espaços da população. Foi o processo de implantação dessas localidades que acelerou o andamento de urbanização na cidade. Dessa maneira, não se pode compreender o desenvolvimento da cidade dissociado do processo de criação e consolidação desses conjuntos habitacionais, assim como as problemáticas decorrentes de suas construções.

O procedimento fora inicialmente desenvolvido nas periferias das cidades, onde se concentravam a parcela mais pobre da população que se situava longe dos centros, de tal modo que acabava por segregar parte da população, pois esses novos espaços eram destinados às pessoas com condições financeiras inferiores que as demais, e quanto a sua infraestrutura em muitos casos necessitavam de serviços básicos para uma vivência minimamente humana (FAÇANHA *et al.*, 2017).

Ainda assim, apesar dessas mudanças geográficas, da alteração do perímetro urbano, desde 1991 a capital não apresentou grandes variações da população residente (SILVA, 2017, p.56):

Embora, nessas últimas três décadas, o perímetro urbano tenha se alterado bastante, a evolução da população residente por região administrativa de Teresina não apresentou grandes variações entre os anos de 1991 a 2010, e isso é um indicativo de que o adensamento urbano nos bairros mais antigos foi superior do que o processo de expansão do espaço urbano teresinense [...].

Através desse fragmento da dissertação da autora é possível observar que os bairros mais antigos se consolidaram enquanto regiões populosas. Entretanto, é necessário atentar que em outras regiões as mudanças geográficas tornam-se mais nítidas, devido ao pouco desenvolvimento dessas localidades e do escasso aglomerado urbano que existia. Para que essa situação mudasse, foi desenvolvida uma série de novas habitações, nesse sentido, programas como Minha Casa Minha Vida ajudaram a incrementar o número de casas nessas localidades, permitindo a oportunidade de diversas pessoas possuírem habitações próprias.

Todavia, apesar da necessidade dessa iniciativa, na prática reforça apenas a existência de segregação geográfica que foi característica de todo o processo urbanístico do Brasil, como aponta Rolnik (2015). Ao analisar a eficácia dessa política pública, ele chega à conclusão de que, apesar de poder ser uma iniciativa de qualificação de áreas precárias e de desenvolvimento de um igualitarismo ocupacional, acaba por reforçar os problemas históricos, como a periferização e a segregação socioespacial dos mais pobres, apresentando ineficácia quanto aos seus objetivos práticos.

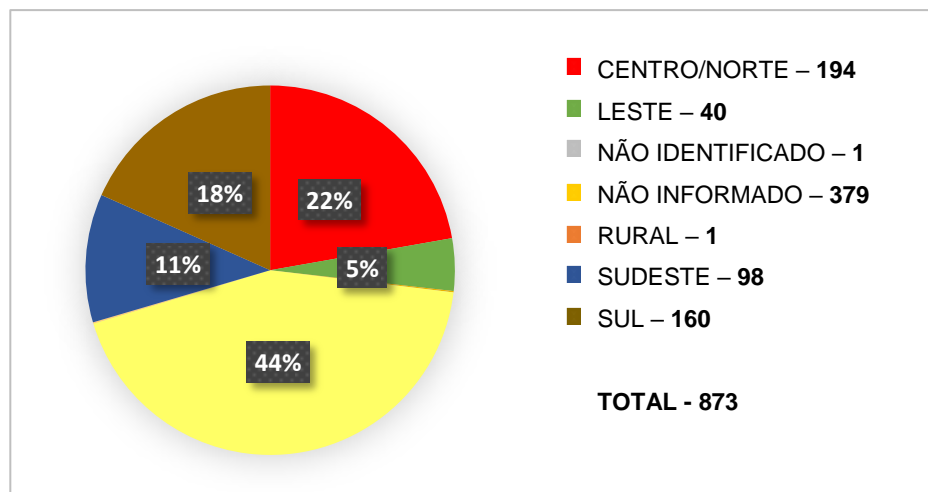
Principalmente nos bairros da região Sul de Teresina, é possível observar diversos pontos em que foram construídas casas sob tutela dessa política de desenvolvimento, fazendo essa extensão progredir espacialmente. As demais localidades também possuíram mudança geográfica perceptível. A região leste foi a que teve maior incremento populacional, e a sudeste, “em função do aumento da construção de condomínios fechados, constituindo-se hoje como uma das localidades de interesses das construtoras imobiliárias” (SILVA, 2017).

O interesse econômico nessa região, por parte das construtoras é explicado através das especulações imobiliárias (FAÇANHA *et al.*, 2017), considerando que são localidades distantes do centro da cidade e desprovidas de obras e serviços básicos, mas que, posteriormente, com a consolidação dessa área, tende a elevar o preço dessas residências, afinal, devido ao aumento populacional, a concentração

de pessoas está aos poucos se segmentando para os bairros mais afastados dos bairros iniciais de Teresina.

Seguindo a lógica de expansão territorial, a doença acompanha o crescimento territorial, ramificando-se para essas novas localidades, devido às condições estruturais desfavoráveis para os sujeitos que moram nesses novos conjuntos habitacionais. Desse modo, é possível perceber a incidência da doença na cidade, identificando em quais zonas possui maior quantidade de notificações de infectados.

**Gráfico 1 – Número de Casos de hanseníase notificados em Teresina - 2006**



Fonte: Gráfico produzido por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

O gráfico 1 demonstra a quantidade de casos de acometidos de hanseníase em 2006. O total geral nesse ano foi de 873 casos, e o notável é que a maior porcentagem dos indivíduos que foram notificados neste ano não possui seu local de origem informado, o que se encaixa em duas hipóteses.

A primeira relacionada à falta de controle das instituições públicas responsáveis pela notificação, e a segunda, mais relacionada aos aspectos históricos da doença. O entendimento de que estes preferiram não assinalar seu local de residência, provavelmente por fatores relacionados ao estigma que são expressos nos atos depreciativos de um grupo, no caso os sujeitos saudáveis e aqueles que são contraídos pelo bacilo. Justificado pela condição de preconceito do qual foram alvos os doentes ao longo dos séculos em todo o mundo, e no Brasil, como discutido no capítulo anterior, na primeira metade do século XX com as

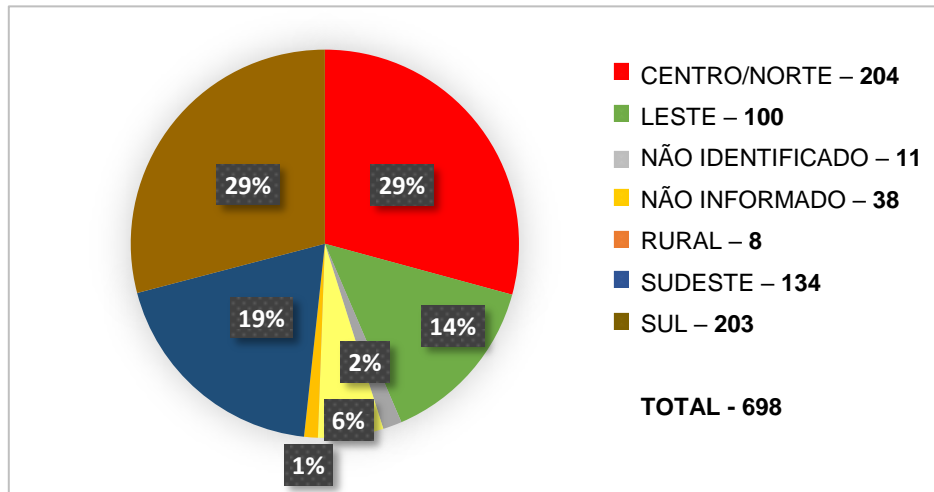


segregações espaciais que os doentes eram submetidos através das políticas isolacionistas dos leprosários.

Esses fatores tornam compreensível o receio dos doentes de se revelarem em público, pois a hanseníase ainda carrega os traços estigmatizantes da lepra, que representava um tipo de morte social em seu diagnóstico, pois, ao contrário da morte física, o doente permanecia vivo, mas em condições totalmente alheias àquela que ele vivia anteriormente, perdendo sua liberdade para que os saudáveis pudessem permanecer livres da enfermidade (MACIEL, 2007).

Porém, devido à quantidade de número de casos que não foram informados é difícil ter uma conclusão mais concreta sobre qual região da cidade possuía situação mais alarmante naquele ano. Da forma como estão dispostos os casos, a região centro/norte é a que possuiu maiores casos identificados, com um número de 194, que representava 22% dos casos.

**Gráfico 2 – Número de Casos de hanseníase notificados em Teresina - 2010**



Fonte: Gráfico produzido por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

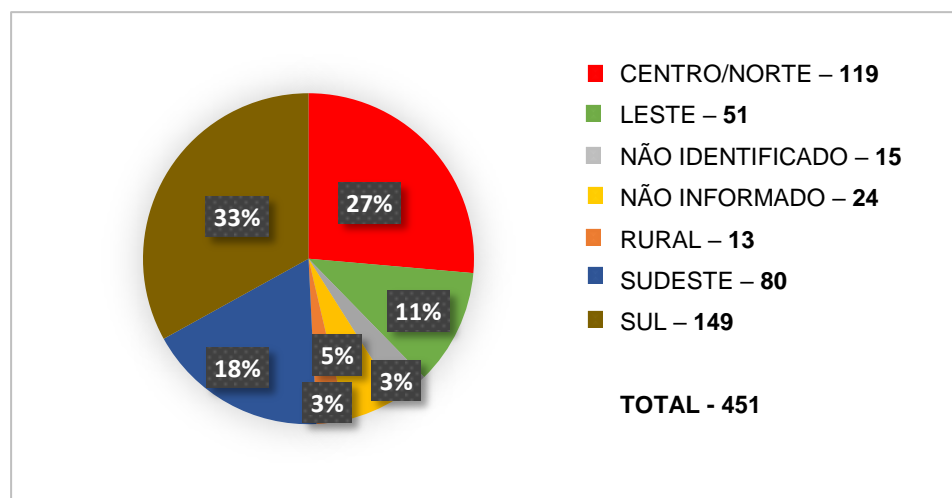
No gráfico 2, ao contrário do anterior, é possível ter uma análise mais concreta sobre a disposição de casos notificados por regiões. De imediato, é observado que o problema de casos com origem “não informada” diminuiu consideravelmente. Se em 2006 a porcentagem era de 44%, após quatro anos esse índice caiu para apenas 6%, além da diminuição considerável do número total de detecção, que decresceu para 698 casos.

Apesar de ter sido uma pequena queda, se for considerado que se passaram quatro anos, essa melhora nos índices pode ser explicada através das melhorias nas condições de combate e controle da doença que se tornaram mais eficazes na cidade de Teresina, como também demonstra a tabela 1 da seção anterior. Entre 2006 e 2010 houve muitas oscilações no número de notificados, mas a partir de 2010 começou a decair constantemente.

Em relação às zonas com maiores casos de hanseníase em 2010, em primeiro lugar com 29% aparecem duas regiões empatadas, a centro/norte e sul. Em relação à primeira, a situação piorou em relação a 2006, pois se antes o número de casos era de 194 identificados, agora aumentaram 10 casos. Em relação à zona Sul, a situação eleva-se ainda mais, se em 2006 eram 160 os casos notificados, agora em 2010 passaram a ser 203. Esses dados, apesar de levar em consideração que no gráfico anterior uma grande parte era “não informada”, pode nos levar à conclusão de que a doença acompanhou o crescimento urbanístico da capital.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é o aumento dos casos nas “zonas rurais”, que no gráfico anterior sequer se tinha menção, além também dos casos que não foram possíveis identificar devido a problemas de reconhecimento das áreas na construção do gráfico.

**Gráfico 3 – Número de Casos de hanseníase notificados em Teresina - 2016**



Fonte: Gráfico produzido por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

O gráfico 3 apresenta o número de casos identificados em 2016. Em termos de comparação, é possível traçar um paralelo mais efetivo sobre o número de casos

por zonas da cidade, devido ao fato do gráfico anterior possuir o índice de casos “não informado” quase irrisório.

Em quase todas as regiões da cidade o número de casos notificados diminuiu, com exceção da região Sul, que ao contrário das demais, aumentou 4% em relação a 2010, o que coaduna com a hipótese de expansão da doença a partir da ampliação dos espaços urbanos, considerando que esta zona foi a que possuiu maior incremento populacional e desenvolvimento urbano ao longo da década.

Em números gerais, o total de casos em 2016 diminuiu bastante, foi apenas de 451 a quantidade de casos identificados nesse ano, o que representa uma queda quase pela metade se comparado ao primeiro gráfico analisado, de 2006. Esses resultados indicam que as condições de controle da doença tem surtido efeito, porém ainda com um número considerável se comparados à média nacional que é muito abaixo da situação do município. Enquanto a taxa por 100 mil habitantes no Brasil era de 12,23, em Teresina o indicador eleva-se para 38,23, de acordo com os dados do portal SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde).

Outra variável importante ao se discutir sobre a hanseníase: a taxa de escolaridade. Esse aspecto é fundamental para identificar o perfil socioeconômico do sujeito, considerando que quanto maior o grau de escolaridade maior são as possibilidades de o indivíduo conhecer as características da doença e as formas de prevenção.

Além disso, a endemia é historicamente conhecida por ser uma doença negligenciada, por isso possui em seu histórico a característica de atingir a população mais vulnerável socialmente, como afirma Alvarenga (2013), ao apontar que não foram encontrados indícios de pessoas acometidas com hanseníase que tinham sobrenome atrelado a alguma família rica do estado.

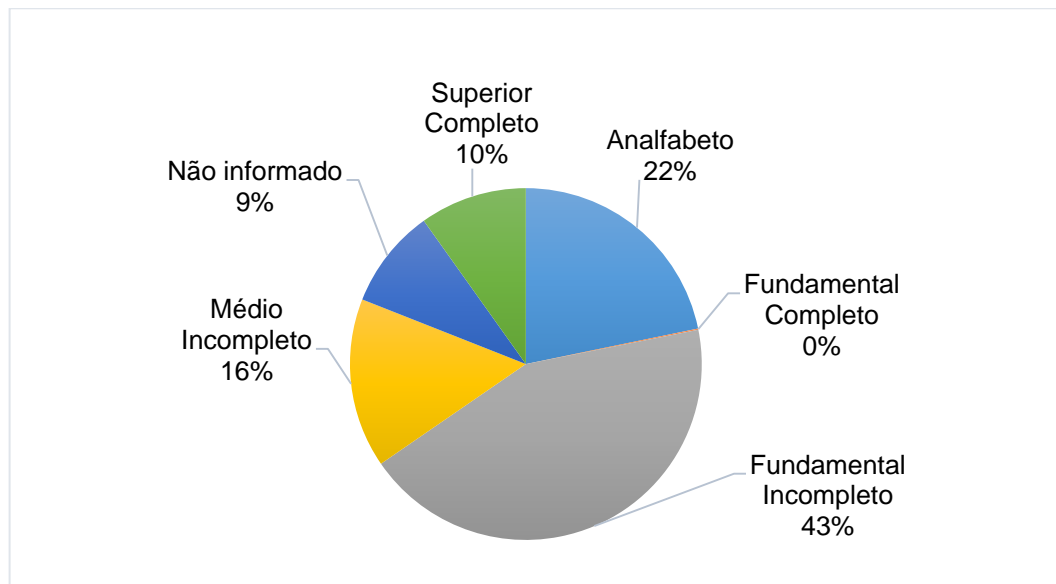
Relacionando-se com os dados de escolaridade isso se torna mais nítido considerando que quanto mais baixos os indicadores de escolaridade, mais propensos ao desconhecimento sobre as formas de profilaxia da endemia e, por consequência, mais propensos a serem acometidos pela moléstia.

O artigo de Viana e Silva (2017, p. 88) nos demonstra uma série de estudos nacionais e internacionais que convergem com a ideia de que as questões socioeconômicas e educacionais estão relacionadas intrinsecamente com a prevalência da doença: “[...] pode ser que a renda seja uma *proxy* de uma medida

mais ampla do desenvolvimento e da situação socioeconômica, de modo que relação causal deva-se a outros fatores, como a educação”.

A partir desse entendimento, é possível compreender porque a maioria dos casos de infectados por hanseníase se concentra nos graus de escolaridade inferiores, levando em consideração também o contexto de crises socioeconômicas que dificultam o controle da doença e o fato dos indivíduos com baixos níveis de formação serem os mais acometidos por diferentes enfermidades, como se pode ver a seguir:

**Gráfico 4 – Taxa de escolaridade dos acometidos por hanseníase em Teresina - 2006**



Fonte: Gráfico produzido por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

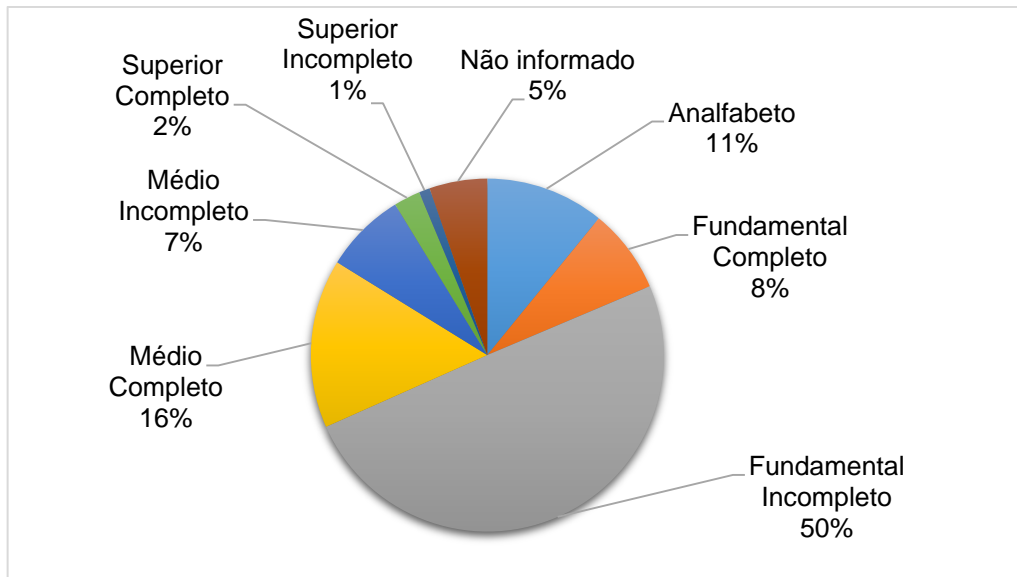
No gráfico 4, os indicadores mostram que a maior porcentagem dos indivíduos acometidos por hanseníase em 2006 possuem fundamental incompleto, sendo que o segundo maior indicador é o de analfabetos com 22%, ou seja, juntos formam 65% de indivíduos que possuem grau baixíssimo de instrução.

A disposição dos dados representa a relação que existe entre os acometidos por hanseníase e a baixa escolaridade, fato que prejudica no combate à doença diretamente se considerar que essas pessoas, por não possuírem grau de instrução mais elevado, também não possuem esclarecimentos sobre as nuances da doença.

Essa característica de educação em saúde, explica o número reduzido de pessoas com ensino superior que possuem a doença, pois quanto maior o

entendimento sobre a doença e sobre suas características, mais fácil de identificar e de buscar o tratamento necessário para a cura.

**Gráfico 5 – Taxa de escolaridade dos acometidos por hanseníase em Teresina - 2010**



Fonte: Gráfico produzido por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

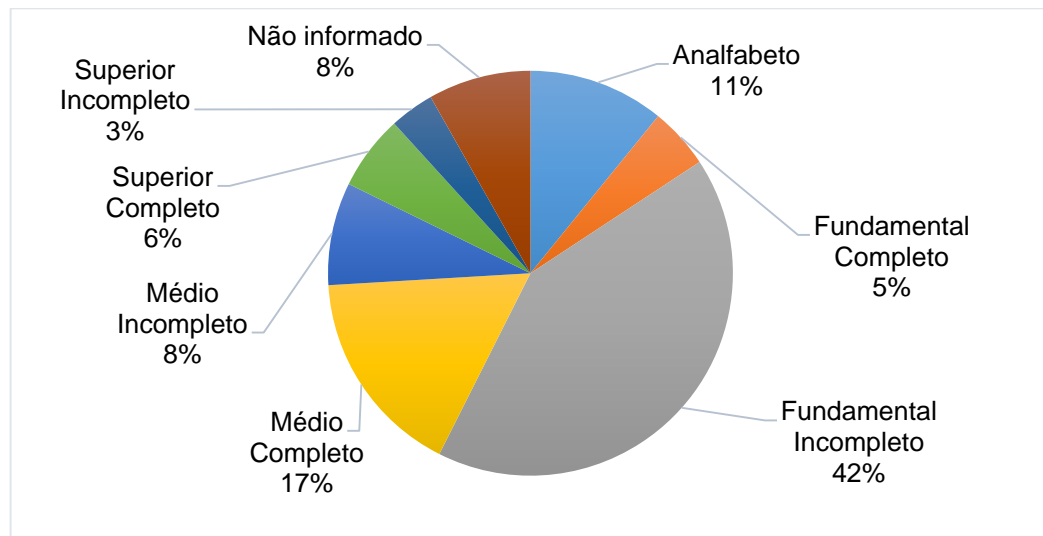
O gráfico 5 apresenta mais variáveis em relação ao gráfico anterior, pois sua taxa de casos “não informados” que antes era 9% agora passou para 5%, o que permitiu identificar outros aspectos que não eram possíveis em 2006.

Nesse ano o número de indivíduos com superior completo diminuiu ainda mais, reduzindo a apenas 2%, agora também com a variável de pessoas com superior incompleto com 1%. Entretanto, o maior indicador continuou sendo de pessoas com fundamental incompleto, que antes era de 43% em 2010 eleva-se para 50%.

Em segundo lugar agora, com 16% os indivíduos somente com o “médio completo” além da taxa de analfabetos que reduziu quase pela metade, mas que ainda representa 11% dos sujeitos, o que revela que mais pessoas com baixo grau de instrução foram acometidas pela doença.

Em comparação com o gráfico anterior, ainda que em 2010 tenham mais variações, é possível perceber que os parâmetros permaneceram semelhantes, ao se considerar que a maior parte dos infectados permaneceram com baixa formação educacional.

**Gráfico 6 – Taxa de escolaridade dos acometidos por hanseníase em Teresina - 2016**



Fonte: Gráfico produzido por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

O gráfico 6 apresenta a taxa de escolaridade dos acometidos pro hanseníase no ano de 2016. Novamente os índices de “não informados” aumentou, agora 8%, porém, as variáveis permaneceram na mesma estrutura do gráfico anterior.

A maior taxa permaneceu entre os de fundamental incompleto, porém, com uma redução nos indicadores para 42%, enquanto a taxa de ensino superior cresceu em 3%. Novamente a taxa de analfabetismo permaneceu em 11%, enquanto a porcentagem de pessoas com o “médio completo” permaneceu em segundo lugar nos indicadores, aumentando levemente para 17%.

Em suma, os três gráficos, apesar das variáveis, apresentam poucas modificações drásticas ao longo dos 10 anos, considerando também que o período de recessão econômica que o país perpassou, sobretudo entre 2012 e 2016, não ajudou na melhoria desses indicadores. Desse modo, através da análise dos gráficos é possível compreender que a doença apesar de biologicamente poder atingir qualquer pessoa independente de sua classe social e financeira, na prática, atinge, em sua maioria, os indivíduos com menor grau de instrução, o que demonstra que a hanseníase está ligada intimamente com a necessidade de elucidação sobre as características da doença e as formas de se evitar o contato, para que a identificação seja precoce e conseqüentemente, mais eficaz.

Além dos dados sobre a escolaridade, almejando traçar o perfil dos doentes de hanseníase, é necessário observar os aspectos referentes à faixa etária e ao

sexo para observar como é a característica dos indivíduos que possuem essa endemia, como pode ser visto na tabela a seguir:

**Tabela 2 – Número de acometidos por hanseníase por idade e sexo em Teresina - 2006**

SEXO	FAIXA ETÁRIA – 2006				
	15 a 30 anos	31 a 60 anos	Acima de 60 anos	Menor de 15 anos	Total Geral
F	125	221	65	48	459
M	106	178	84	46	414
<b>Total Geral</b>	<b>231</b>	<b>399</b>	<b>149</b>	<b>94</b>	<b>873</b>

Fonte: Tabela produzida por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

A tabela 2 apresenta os números de acometidos por hanseníase por idade e sexo no ano de 2006. A diferença entre os doentes do sexo feminino e masculino é apenas de 35 casos, indicando que não existia uma discrepância tão grande em relação a esse aspecto.

Quanto à faixa etária a maior parte dos infectados estão entre 31 a 60 anos e 15 a 30 anos de idade, o que representa um indicador que pode atrapalhar nas questões socioeconômicas se considerar que é a faixa em que os indivíduos estão em pleno vigor físico para o trabalho e para o consumo.

**Tabela 3 – Número de acometidos por hanseníase por idade e sexo em Teresina - 2010**

SEXO	FAIXA ETÁRIA – 2010				
	15 a 30 anos	31 a 60 anos	Acima de 60 anos	Menor de 15 anos	Total Geral
F	57	183	61	32	333
M	77	188	67	33	365
<b>Total Geral</b>	<b>134</b>	<b>371</b>	<b>128</b>	<b>65</b>	<b>698</b>

Fonte: Tabela produzida por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

A tabela 3 apresenta os dados de 2010. Diferente da situação anterior, o número de indivíduos do sexo masculino aumentou em relação ao feminino, o que apresenta uma característica peculiar do Brasil.

Em todo o mundo a OMS possui maior preocupação com o sexo feminino, pois este é o mais acometido pela hanseníase nos demais países. Entretanto, no Brasil, é o público masculino que é mais atingido, pois os homens vão menos ao médico e não possuem maiores cuidados com a saúde. Dessa maneira o bacilo encontra subsídios perfeitos para atingir esses sujeitos.

Em relação à faixa etária, a maior parte dos infectados continuou estando na faixa de 31 a 60 anos e de 15 a 30 anos. Os números, de modo geral, caíram, entretanto foi somente a faixa etária de 15 a 30 anos que possuiu uma queda maior, antes de 231 passou em 2010 para 134 casos, uma redução de quase 100 casos em relação ao gráfico de 2006.

**Tabela 4 – Número de acometidos por hanseníase por idade e sexo em Teresina - 2016**

SEXO	FAIXA ETÁRIA – 2016				
	15 a 30 anos	31 a 60 anos	Acima de 60 anos	Menor de 15 anos	Total Geral
<b>F</b>	35	103	40	11	189
<b>M</b>	45	134	59	24	262
<b>Total Geral</b>	<b>80</b>	<b>237</b>	<b>99</b>	<b>35</b>	<b>451</b>

Fonte: Tabela produzida por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

Em 2016, a discrepância entre os sexo feminino e masculino se acentuou. Se em 2006 a diferença era somente de 35 casos, uma década depois os números duplicaram para 73, o que revela que a condição do homem continuou semelhante, a de não buscar os cuidados médicos.

A faixa etária de maior incidência permaneceu a mesma, de 31 a 60 anos, e a novidade dessa tabela foi a segunda variável com maior taxa de casos identificados: acima de 60 anos, que anteriormente não apresentava uma situação tão drástica em relação a outras faixas de idade.



Portanto, os dados em análise permitem compreender a situação atual e histórica da endemia. Ainda que seja uma doença, que biologicamente possa atingir qualquer pessoa independente de fatores socioeconômicos, no aspecto social, apresenta-se, sobretudo, naqueles que não possuem condições socioeconômicas estáveis, o que os leva a necessitarem de mecanismos de profilaxia e controle da doença não apenas promovidos pelo Estado, mas também pela sociedade civil organizada que pode contribuir para o controle e combate da doença para que no futuro seja finalmente erradicada.

### 3.3 O Estigma e Políticas de Controle e Combate à Hanseníase em Teresina

Além de questões socioeconômicas, a problemática também perpassa por questões oriundas de estigmas que caracterizam a doença e o doente, através de ações depreciativas e discriminatórias praticadas tanto pela sociedade em geral quanto pelo próprio Estado através das políticas segregacionistas do século XX, reforçadas e justificadas pelos discursos médicos que condicionavam a forma de lidar com a endemia.

Um dos principais pensadores que contribuíram para o entendimento sobre a noção de estigma foi o sociólogo Erving Goffman em sua obra *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (1998). O autor inicia o texto chamando atenção sobre o caráter histórico da palavra, apontando-a desde sua origem no período Grego.

Primeiramente, o termo fora utilizado somente para definir aqueles que possuíam características físicas que representavam algo incomum. Entretanto, com o decorrer dos anos, Goffman expõe que o conceito tornou-se mais complexo, atrelado, definindo o estigma em três tipos distintos:

Podem-se mencionar três tipos de estigma nitidamente diferente. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. Em todos esses exemplos de estigma, entretanto, inclusive aqueles

que os gregos tinham em mente, encontram-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus (GOFFMAN, 1988, p.7).

O autor aborda as ideias sobre estigma de maneira ampla ao apresentar três tipos distintos sobre a exclusão de indivíduos na sociedade devido a diferenças que não permitem a aceitação social destes dentro dos diferentes grupos. Nesses casos, independente dos atributos positivos do indivíduo, o que vai prevalecer nessas circunstâncias é a condição “inferior” decorrente das marcas físicas e subjetivas que são discrepantes do socialmente aceito como normal.

Para tanto, a normalização advém de diferentes categorizações que são associadas aos ambientes sociais que os aceitam como comuns, não dando margem ao diferente. Por isso, o estigma é colocado em prática em situações em que se é tratado o outro de forma depreciativa. O problema nesses casos é muito além de uma simples marca, mas o que esta representa de forma simbólica: a constatação do diferente como um fator de exclusão de um sujeito na sociedade.

Em relação ao acometido pela hanseníase, o simples fato de ser um portador do *bacilo de hansen*, faz com que este sujeito carregue traços históricos advindos da lepra, seja por ter medo de lidar com a doença, ou por se assumir em público enquanto doente. Em suma, a aversão de represálias faz com que a hanseníase seja uma doença temida.

A própria população, por muito tempo, foi treinada para repudiar a hanseníase devido à conjuntura de represálias, sobretudo oriundas das políticas de isolamento da primeira metade do século XX que estabeleciam o isolamento físico dos indivíduos. Desse modo, o doente ao longo dos anos foi mal visto diante da sociedade, e estar com esta endemia representava também o afastamento social, como aponta Alvarenga *et al.* (2017, p. 1537):

As populações das cidades, que por décadas tinham sido estimuladas a tornar-se “fiscal da lepra”, não conseguiam aceitar, de forma natural, a presença dos “lázaros” nos seus ambientes de circulação. Estratégias foram aparecendo com o propósito de diminuir os efeitos do preconceito, vez que o isolamento compulsório deixava de ser uma determinação do Estado e uma orientação médica.

Por isso, as dificuldades em controle da endemia, pois esta vai muito além das manchas físicas que podem causar no indivíduo, mas a comprovação de estar com hanseníase retoma todo o caráter histórico que marcou a moléstia ao longo dos séculos, através do isolamento e segregação das políticas de isolamento do século XX.

Esse aspecto apresenta-se na prática de forma peculiar e complexa ao demonstrar que o próprio indivíduo pode utilizar do estigma como um aspecto positivo, à medida que este motiva as reivindicações dos sujeitos por garantias de direitos, como nos mostra Alvarenga ao verificar que muitos dos ex-internos da colônia do Carpina utilizavam das políticas de isolamento para garantirem direitos sociais (ALVARENGA, 2013, p.311):

O estigma permanece vivo e para o bem ou para o mal, continua sendo utilizado pelos organismos oficiais, pelos portadores de hanseníase, ex-internos das colônias e pela sociedade em geral na defesa de interesses que lhes são específicos.

Ao nos chamar atenção para essa característica do estigma decorrente da hanseníase, é possível perceber que mesmo as políticas no século XX tenham prejudicado a situação de milhares de sujeitos através das segregações sociais, e que isso seja um fator que fomentou ainda mais o estigma atrelado a doença, por outro lado também serviu para que estes indivíduos utilizem dessa situação para a luta, a garantia de direitos, seja através de políticas compensatórias, como as citadas no capítulo anterior, ou de políticas mais eficazes de combate e controle da endemia.

Em vista disso, no século XXI, as formas de lidar com a hanseníase por parte do Estado são totalmente diferentes dos mecanismos antigos. Isso se deve a razões políticas que mudaram sensivelmente a situação da saúde pública no Brasil.

Como discutido por Hochman (1998), o século XX foi fundamental para que os debates sobre as questões de salubridade e as políticas voltadas à saúde pública no Brasil se desenvolvessem e se tornassem ao longo dos anos mais presentes no cotidiano da sociedade. Concomitante a isso, com o decorrer dos avanços médicos as intervenções estatais passam também por redefinições, modificando a própria estrutura burocrática estatal.

O modelo de assistência à saúde que no período de Vargas (1930-1945) havia se tornado centralizado, em um contexto de formação e ampliação do aparato

público, como discutido no capítulo anterior, passa por um novo processo: de descentralização no fim do século XX.

Especificamente na década de 1980 quando iniciaram os debates sobre a descentralização das Políticas de Saúde. Nessa conjuntura, havia muitos questionamentos sobre a situação de salubridade nacional e a forma como era estruturado o sistema de saúde brasileiro. Reivindicações conhecidas atualmente por “Reforma Sanitária”, devido à luta dos sanitaristas por uma saúde pública mais democrática (ESCOREL *et al.*, 2005).

Tais manifestações resultaram em uma grande conquista dos sanitaristas a partir da promulgação da constituição de 1988 que estabelece a saúde como:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Essa nova concepção de saúde como direito de todos representava uma grande conquista no campo jurídico, entretanto, ainda havia a dificuldade de transpor na prática as novas mudanças. Por isso, as discussões agora passaram a centrar sobre como seriam implantadas na prática as presentes determinações.

Diante disso, as pressões dos sanitaristas eram para que o sentido vertical e centralizador ruíssem, e em seu lugar a adesão de uma política de saúde universal, gratuita e descentralizada, dando aos municípios autonomia no processo de decisão e desenvolvimento destas.

Desse modo, a descentralização da saúde pública, como define Arretche (2005, p. 286): “[...] simultaneamente, concentra autoridade no governo federal – mais particularmente no Ministério da Saúde – e garante a representação dos principais atores – em especial estados e municípios – no processo decisório [...]”. Nesse sentido, não que a situação da saúde pública voltasse à conjuntura semelhante ao do começo do século XX (contexto federalista), nesse caso, a instância federal, central, ainda possui grande importância, atuando através do Ministério da Saúde.

As mudanças definidas após a constituição de 1988, por consequência, determinaram a estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS. Sendo assim, o Ministério da Saúde torna-se fundamental para a condição da saúde pública, pois

ficou responsável pelas políticas nacionais e encarregado das questões de financiamento e fiscalização, enquanto o Município passou a ser responsável pela gestão dos programas locais e o Estado como apoio para os municípios (ARRETCHE, 2005).

A partir dessa nova configuração estrutural os municípios tornam-se responsáveis pela situação da hanseníase. A prioridade no combate e controle da doença transferiu-se a cargo do gestor da cidade que deve cumprir os objetivos estabelecidos. Não retirando nessa relação a influência das medidas nacionais que ainda permanecem significativas, sobretudo por estas definirem as metas almejadas, através do Programa Nacional de Eliminação da hanseníase do Ministério da Saúde (COSTA *et al.*, 2015).

Por conta das mudanças na estrutura do sistema nacional de saúde, o atendimento passou a ter acompanhamento dos postos de Saúde, utilizando das fichas de notificação do Ministério da Saúde para a fiscalização do número de doentes. O modo de detecção dos casos passou a ser definido basicamente em cinco variáveis: encaminhamento (casos encaminhados de outras instituições de saúde para a confirmação do diagnóstico), demanda espontânea (apresentação voluntária do sujeito que suspeita da doença), exame de coletividade (casos diagnosticados através de exames em coletividade, como em campanhas de saúde), exame de contatos (diagnóstico de familiares) e outros modos (outras situações além das mencionadas anteriormente)<sup>4</sup>.

Diante dessas diferenciações, a medida de controle agora, partindo, sobretudo, da prevenção, passou a incluir uma diversidade de aspectos que contribuem para a persistência da doença como apontado nas Diretrizes de Eliminação da Hanseníase de 2016: Educação em Saúde; investigação epidemiológica; tratamento até a cura; prevenção e tratamento de incapacidades; vigilância epidemiológica; exame de contato, orientações e aplicações de BCG.

As referentes diretrizes devem-se ao fato de ser uma doença complexa e com um histórico largo de permanências. De forma geral, as medidas reforçam a necessidade de fiscalização e de orientações não somente para os atuantes nos serviços de saúde pública, bem como a necessidade de educar a sociedade civil e informar sobre a situação da doença para que os sujeitos estejam preparados

---

<sup>4</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE . *Guia para o Controle da Hanseníase*. 2002

também para lidar com a doença. Sendo assim, o enfoque na identificação precoce da doença para que o tratamento seja mais eficaz e rápido.

Desse modo, na virada do segundo milênio, a OMS traçou uma meta de erradicação da hanseníase. Porém, mesmo ampliando o prazo para 2005, o Brasil não conseguiu o objetivo de reduzir a incidência da doença de um para 10 mil habitantes até aquele momento (ALVARENGA, 2013).

No Piauí, na tentativa de eliminação da endemia, a Secretaria Estadual de Saúde, em 2006, atuou distribuindo panfletos e proporcionando palestras com o intuito de debater a situação da hanseníase e as melhores formas de prevenção, para que se tornasse mais fácil a identificação precoce para maior eficácia no tratamento. Essa preocupação deve-se à nova meta da OMS, que ampliou naquele momento para 2010 o propósito de eliminação da hanseníase no Brasil.

Entretanto, foi somente em 2015 que, segundo dados do SINAN, a incidência se reduziu para 1,01 infectados por 10 mil habitantes, ou seja, anos após o fim da meta da OMS o Brasil conseguiu chegar próximo ao objetivo, o que revela a dificuldade do país em controlar a doença, que ainda representa um problema de salubridade de muitas cidades que permanecem em situações endêmicas, a exemplo de Teresina que possuía uma taxa de 1,84 naquele mesmo ano.

Os números devem-se ao fato de que as políticas de controle a combate da hanseníase nesse contexto configuram-se de forma discrepante da que se caracterizou ao longo do século XX, período que sequer havia formas de tratamentos satisfatórios e acessíveis e que receber o diagnóstico positivo para hanseníase representava uma condição irreversível.

Os avanços médicos resultaram em mecanismos mais eficazes de cura da doença, sobretudo após a implantação do método poliquimioterápico, que começou a ser prática somente no final do século XX e foi fundamental para tornar mais efetivo o método de controle da doença no Brasil (MACIEL, 2007).

Esse tratamento é o mais utilizado atualmente como forma de combater a doença, conforme determina o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, p. 6):

[...] é o tratamento medicamentoso oficial da hanseníase, adotado pelo MS, consistindo na combinação de medicamentos seguros e eficazes: Rifampicina, Dapzona, Clofazimina acondicionados em quatro tipos de cartelas, com a composição de acordo com a classificação operacional de cada caso.

A partir da adesão desse tipo de medicamento, a hanseníase passa a ter um mecanismo de combate oficial e eficaz. O percentual de cura de casos novos da hanseníase em 2015 no Piauí chegou a 84,02, de acordo com dados do SINAN, índice superior à média nacional que era de 83,46, representando que a situação no Brasil apesar de não ser tão alta, é considerada pelos parâmetros de análise do Ministério da Saúde como regular. Cabe ressaltar que somente três estados do Brasil possuem situação considerada como “Bom”, ou seja, acima de 90% (Espírito Santo, São Paulo e Acre).

Esse paradoxo entre a eficácia do tratamento e porcentagem de cura é considerado como outro grande desafio dos profissionais de saúde: o de fazer com que os pacientes não abandonem o tratamento, fato que representa grande problema no tratamento da doença, uma vez que o sujeito abandonando os medicamentos pode dar continuidade à transmissão do bacilo para outras pessoas, perpetuando o ciclo da endemia, além de estarem propícios a sequelas decorrentes da hanseníase (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Dessa maneira, voltando o olhar para Teresina, a Fundação Municipal de Saúde - FMS vem atuando incessantemente para a diminuição do quadro de incidência da doença na capital. As ações que esta promove para o controle da endemia são, desde a qualificação de seu quadro de funcionários, preparando-os para melhor lidar com a doença, e organização de seminários com o intuito de esclarecer dúvidas e aperfeiçoar profissionalmente.

A preocupação com o aprimoramento dos profissionais em saúde é um fator característico do novo paradigma da situação atual de saúde, denominado de modelo biopsicossocial. Essa concepção reflete sobre a problemática da saúde pública, relacionando-a a fatores interdisciplinares que vão além do simples combate à doença de forma isolada. Destarte, entendendo a enfermidade de forma mais abrangente e subjetiva, considerando o seu processo social e cultural como preponderantes para suas persistências. Por isso a necessidade de aprimorar os profissionais, além dos indivíduos da sociedade civil através da participação social (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Sendo assim, em Teresina o modo de detecção variou ao longo da década, como pode ser visto na tabela a seguir, segundo os dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde.

**Tabela 5 – Modo de Detecção dos casos de hanseníase em Teresina**

<b>Modo de Detecção</b>	<b>2006</b>	<b>2010</b>	<b>2016</b>
Demanda Espontânea	426	241	73
Encaminhamento	242	315	279
Exame de Coletividade	47	38	11
Exame de Contatos	16	35	7
Não informado	133	62	71
Outros Modos	9	7	10
<b>Total Geral</b>	<b>873</b>	<b>698</b>	<b>451</b>

Fonte: Tabela produzida por Gabriel Rocha da Silva a partir de dados disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde

A referida tabela demonstra o modo de detecção da doença com base no preenchimento das fichas no momento do diagnóstico. Em 2006, quase metade dos sujeitos foram identificados através da demanda espontânea, isto é, através da ida voluntária do indivíduo para os postos de saúde. Entretanto, com o decorrer da década, já em 2010, esse indicador caiu, ficando nesse ano em segundo lugar, passando a ser o “encaminhamento” a forma com que estes foram mais diagnosticados, pois através dessa forma que se tem a confirmação dos casos para o início de tratamento.

Em 2016, os índices permaneceram semelhantes ao ano de 2010, o modo “encaminhamento” continuou em primeiro lugar, agora com uma discrepância muito maior em relação aos outros modos, demonstrando que a confirmação da doença é um fator importante no momento da confirmação da endemia. Com relação aos casos “não informados” deve-se aos casos cujo modo de detecção não foi identificado na base de dados da FMS.

Outro aspecto interessante é o baixo número de doentes identificados através do “exame de coletividade”, o que não quer dizer que as campanhas coletivas não sejam eficazes, pois não possuem somente essa função, mas também ficando a cargo da educação em saúde, fator importante para o entendimento da sociedade civil sobre o que é a doença, suas causas e modo de prevenção.

À vista disso, são primordiais as intervenções em situações que envolvam a sociedade civil, como as praticadas nas Instituições Escolares. Esses tipos de campanhas, além de serem fundamentais para a identificação precoce de casos de hanseníase, são extremamente necessários para fomentar maiores debates sobre a doença. E desse modo, estimulando a desmistificação de mitos que ainda circundam



o histórico da enfermidade, conscientizando o público a fim de diminuir os fatores estigmatizantes que são tão característicos da hanseníase ao longo dos anos.

Em 2014, a Escola Municipal Professor José Carlos foi alvo de uma dessas atuações da FMS, que envolve um trabalho agregado tanto dos profissionais de saúde, quanto do quadro administrativo da instituição, docente, alunos e familiares. Esse trabalho conjunto demonstra-se extremamente necessário para o sucesso dessas campanhas. Nesse caso, o método utilizado foi denominado de “fichas de autoimagem”. Através delas todos os alunos receberiam uma ficha para respondê-las com ajuda dos familiares, após isso, as fichas seriam analisadas e o diagnóstico confirmado, caso positivo deveria ser tratado imediatamente (TERESINA, 2014).

Outras formas de atividades que vêm sendo executadas são os mutirões de saúde, que são feitos todos os anos, sobretudo, no mês de Janeiro, período em que se comemora o Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase, desde 2009 pela lei 12.135. Em razão dessa data, comemorada sempre no último domingo do mês, são acentuados os trabalhos de diagnóstico da hanseníase ao longo do período, não restrito apenas aos postos de saúde e hospitais, mas também em locais de muita movimentação como o Shopping da Cidade.

A atividade ao longo desse mês vem sendo recorrente ao longo dos anos, e é extremamente importante, pois reúne o trabalho associado entre o Estado e o Município. Em 2006, a Campanha de Combate à Hanseníase contou além dessa parceria, com o apoio dos Correios e de ONGs para divulgação e organizações das atividades com o enfoque principalmente nas periferias da capital. Intensificação justificada pelo insucesso no cumprimento da meta de eliminação da doença que deveria ter ocorrido no ano anterior (PIAÚÍ, 2006).

A utilização das mídias também é uma maneira que o Ministério da Saúde utiliza para alertar a população sobre os perigos da hanseníase. Em 2008, a proposta foi intensificar nos meios de comunicação as campanhas de saúde, não apenas na TV, mas também nos jornais e rádios, informando sobre as nuances da doença e explicando como ela acomete o indivíduo e as formas de prevenção e identificação.

Além disso, a nível Estadual, foi adotada a supervisão descentralizada, dividindo a fiscalização sobre a situação da doença nos 11 territórios do Piauí para que a partir disso houvesse ações mais estratégicas de acordo com cada território. A campanha “Hanseníase tem cura”, também de 2008, foi difundida ao longo de todo o

ano, reiterando através do material educativo a eficácia do tratamento, almejando distanciar da concepção que foi muito difundida no começo do século XX e que permanece no imaginário de muitos, de que a hanseníase não tinha cura. Ainda assim, entre os anos de 2008 e 2009, Teresina ficou em primeiro lugar nas quantidades de casos de hanseníase no Estado (PIAUÍ, 2009).

Entre os anos de 2010 e 2016, apesar dos contextos de crises sociais econômicas e políticas, a situação foi diferente quanto ao aspecto de redução de casos na cidade de Teresina. Como mostram os índices da incidência da doença ao longo desse período, caiu pela metade. Esses indicadores comprovam que as atuações do governo Federal, Estadual, e Municipal surtiram efeito, ainda que não tenham sido o suficiente para erradicar a doença. Não por acaso, nesse período foram intensificadas as ações anteriormente mencionadas, além da organização de fóruns estaduais para a discussão sobre a enfermidade.

Entretanto, a persistência da hanseníase continua considerável. O Brasil segundo a OMS ainda é o segundo país do mundo com maior número de casos de hanseníase, atrás somente da Índia. Nesse contexto, Teresina se constitui na problemática como uma cidade em situação hiperendêmica devido às altas taxas em relação a outras conjunturas. Por isso, ainda que o número de casos tenha diminuído nitidamente, a conjuntura está distante de uma situação de erradicação da endemia.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo analisar os fatores socioculturais que estão relacionados com a inscrição da hanseníase na sociedade teresinense no período de 2006 a 2016. Para isso, no primeiro capítulo foi contextualizada a doença dentro do processo histórico desde o século XX, onde houve as primeiras intervenções públicas para controle e combate da doença, compreendendo que a partir desse retorno temporal é possível discutir as nuances do tempo presente.

Ao fazer essa retomada, foi possível perceber como a doença caracterizou-se como negligenciada aos moldes definidos pela OMS. Alvarenga (2013), ao discutir sobre a doença no Piauí, ainda que tenha focado em outra faixa temporal, já sinalizava que ela acometia as famílias mais pobres da região, e ainda que tenha havido algumas políticas que visavam controlá-la, estas ao longo dos anos não conseguiram eliminar o estigma sobre a doença, que persiste apesar da mudança na sua nomenclatura, passando de lepra para hanseníase e nos avanços produzidos pela ciência médica a respeito dessa endemia.

No segundo capítulo, a discussão centrou-se no século XXI, sobretudo ao longo de 2006-2016. Primeiramente apontando as crises econômicas, sociais e políticas, identificando como fatores que estão correlacionados com a permanência dessa enfermidade. Ao perceber que esse contexto de crises afeta, sobretudo a camada pobre da população, foi possível inferir que a alta incidência da hanseníase é um reflexo do crescimento da pobreza entre setores sociais, afinal, a doença apesar de não discriminar a condição financeira, historicamente como visto na leitura bibliográfica, e posteriormente constatada na análise de dados, atinge com mais veemência a população pobre. Ao utilizar o banco de dados da FMS de Teresina, foi possível identificar as áreas de maior incidência da hanseníase na cidade, observando as regiões que possuíram os maiores índices ao longo dos dez anos, bem como do perfil socioeconômico dos indivíduos que foram acometidos por essa moléstia. Foi constatado que atinge aqueles que possuem grau de escolaridade inferior e condições financeiras precárias.

Após análise dos dados da incidência da doença e o perfil dos infectados, foram apontados os avanços médicos que se desenvolveram a ponto de desde a segunda metade do século XX existir tratamentos eficazes para o combate da doença. A necessidade está em desmistificar características de estigmas que ainda

permeiam o imaginário das pessoas, dificultando a identificação e a realização do tratamento de forma eficaz, mesmo que o mesmo seja total e exclusivamente realizado através do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, foram verificados os desdobramentos das políticas de controle da doença, observando-se que as políticas concentram-se, sobretudo, na elucidação sobre as características da hanseníase, para que as condições de estigma diminuam, afinal, os avanços médicos permitem a cura do doente e após o início de tratamento sequer o indivíduo infecta outras pessoas

Por fim, ao final deste trabalho, compreende-se que deve ser fomentado ainda mais a Política de Combate à doença com o intuito de educar os profissionais e a sociedade sobre a hanseníase, pois apesar da redução da incidência da doença ao longo da década a situação ainda não está controlada. Se comparado à realidade de outros países, segundo a OMS, o Brasil ainda é o segundo com maior índice de infectados, e Teresina, nesse contexto, apresenta-se em uma realidade hiperendêmica, demonstrando a relevância em discutir essa problemática que é caracterizada como negligenciada por atingir as pessoas em situação de pobreza, e em muitas ocasiões não estar na agenda de prioridades do Governo Federal. Sendo assim, percebe-se que provavelmente somente com a desmistificação dos preconceitos em relação à enfermidade é que futuramente ela poderá ser erradicada.

Espera-se também que o presente trabalho possibilite novas pesquisas realizadas nos campos da História da Saúde e das Doenças, das Políticas Públicas de Saúde e, para as pesquisas de epidemiologia da doença, pois como ficou comprovado ao longo deste estudo, as doenças não são apenas entes biológicos, são, também, entidades socioculturais, e para a compreensão das problemáticas atuais também se faz necessário compreender esses aspectos que explicam as permanências atuais.

## REFERÊNCIAS

### LIVROS, DISSERTAÇÕES E TESES

ALVARENGA, Antonia Valterio Melo. *Nação, país moderno e povo saudável: política de combate à lepra no Piauí*. Teresina: Edufpi, 2013.

CARVALHO, Keila Auxiliadora de. *Colônia Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960)*. 2012. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

CHAUVEAU, Agnès; TÉTART, Philippe. *Questões para a história do presente*. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

ELIAS, Norbert. *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Edições 70, 1980.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador. Formação Do Estado e Civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

FAÇANHA, Antonio Cardoso. *A evolução urbana de Teresina: agentes, processos e formas espaciais da cidade*. 1998. Dissertação (Mestrado em Geografia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998.

FONTINELES, Claudia Cristina da Silva; SOUSA NETO, Marcelo. *Nasce um bairro, renasce a esperança: história e memória de moradores do Conjunto Habitacional Dirceu Arcoverde*. Teresina: EDUFPI, 2017.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; ANPOCS, 1998.

MACIEL, Laurinda Rosa. *“Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade”*: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese (Doutorado em História), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *As pestes do século XX: Tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *Fundação Atauilpho de Paiva: Liga Brasileira contra a Tuberculose*. Rio de Janeiro: Quadratim, 2002.

REMÓND, René. (org.). *Por uma história política*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Fundação Getúlio Vargas, 2003.

RENNÓ, Lucio Remuzat; SMITH, Amy Erica; LLOYD, Matthew Layton; PEREIRA, Frederico Pereira. *Legitimidade e qualidade da democracia no Brasil: uma visão da cidadania*. São Paulo: Intermeios; Nashville; LAPOP, 2011.

SILVA, Gracielly Portela. Da. *Expansão do espaço urbano recente de Teresina (PI): uma análise do setor habitacional*. 2017. Dissertação (Mestrado em Geografia), Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí. 2017.

## ARTIGOS E CAPÍTULOS DE LIVROS

ALVARENGA, Antonia Valterio Melo; VALE JUNIOR, João Batista; SILVA, Gabriel Rocha da; ALVARENGA, Mariana Melo; VALE, Dário Henrique Alvarenga. Da reclusão à reparação: O alcance da lei 11.520/07 sobre hansenianos e seus descendentes. *Vozes, Pretérito & Devir*, v. VIII, p. 192-206, 2018.

ALVARENGA, Antonia Valterio Melo; VALE, Dário Henrique Alvarenga; SILVA, Gabriel Rocha da. Hanseníase: da experiência do estigma ao horizonte da cura. *Revista Eletrônica Acervo em Saúde*, v. 10, p. 1534-1540, 2018.

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. *In: Nisia Trindade Lima; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler; Julio Manuel Suárez. (Org.). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, v. 1, p. 285-306.

ARAÚJO, Maylla Moura; SILVA, Joycce Huanna de Souza; GOMES, André Cipriano Saraiva; LOPES, Lauro Rodolpho Soares; MARQUES, Rosemarie Brandim. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes que Abandonaram o Tratamento da Hanseníase. *Hansenologia Internationalis (Online)*, v. 39, p. 55, 2014.

CAPELATO, Maria Helena. O Estado Novo: o que trouxe de novo?. *In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília. O tempo do nacional-estatismo: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

COSTA, Marcela da Silva, BECKMAN, Paulo Cesar da Silva, MOURA, José Pedro Gomes; SILVA, Marluclena Pinheiro. Políticas para hanseníase: a evolução da gestão em saúde. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, v.1, n. 2, p. 104-108, Jul./Dez. 2015.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. *In: Nisia Trindade Lima; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler; Julio Manuel Suárez. (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.

FAÇANHA, Antonio Cardoso. A evolução urbana de Teresina: passado, presente e... *Carta CEPRO*, Teresina, v.22, n.1, p.59-69, jan./jun. 2003.

FAÇANHA, Antonio Cardoso. VIEIRA, Ângela Oliveira. A produção do espaço urbano e a moradia popular em Teresina (PI). *In: Encontro Nacional de Geógrafos*, 18., 2016, São Luís (MA). *Anais [...] p. 1-13.*

FAÇANHA, Antonio Cardoso; LIMA, Silvia Maria Santana Andrade; LOPES, Wilza Gomes Reis. Urbanização e crescimento populacional: reflexões sobre acidade de Teresina, Piauí. *Revista Gaia Scientia*, v. II, p. 1-20, 2017.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Lais. Saúde e Desenvolvimento Nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. *In: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; LIMA, Luciana Dias de. (Org.). Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 61-90.

GOMES, Ângela de Castro. Política: história, ciência, cultura etc. *Estudos Históricos - Historiografia*, Rio de Janeiro, v.9, n. 17, p.59-84, 1996.

LIMA, Antonia Jesuíta de. *A pobreza urbana e suas multifaces: experiências e significados.* *In: CLABCS*, 8., Coimbra – Portugal. p. 1-16, set. 2014.

LOPES, Ada Kallyne Sousa; LIMA, Antonia Jesuíta de; SOUSA, Karine Cabral de. *O plano diretor de Teresina e a garantia do direito à terra urbana e à moradia.* *In: ENTAC*, Maceió – AL, p. 1558-1567, set. 2014.

MENDES, Áquilas. A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo?. *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)*, v. 24, p. 66-81, 2015.

OLIVEIRA, Carlos Eduardo. *A Geografia da Política Habitacional e da Expansão Urbana em Teresina (PI): Reflexões e contrastes.* 2012. Disponível em: <http://www.geociencias.ufpb.br/posgrad/sernne/artigo11.pdf>. Acesso em: 3 maio 2018.

OLIVEIRA, Thaís Thomé Seni; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nóbrega Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental (Barbacena. Impresso)*, v. IX, 2011, p. 523-536.

PAULA, Luis Fernando de; PIRES, Manoel. Crise e perspectivas para a economia brasileira. *Estudos Avançados (USP. Impresso)*, v. 31, 2017, p. 125-144.

PERONDI, Eduardo. Crise econômica e instabilidade política: cenários da ofensiva do capital contra o trabalho no Brasil. *Revista de Política Públicas da UFMA*, v. 21, 2017, p. 603-621.

PINTO, Juliana de Fátima; PAULA, Ana Paula Paes de. Contribuições da Epistemologia Qualitativa de González Rey para estudos transdisciplinares. *Psicologia & Sociedade (ONLINE)*, v. 30, 2018, p. 1-11.

RIOUX, Jean-Pierre. Pode-se fazer uma história do presente? In: CHAUVEAU, Agnés; TÉTART, Philippe. *Questões para a história do presente*. Bauru, SP: EDUSC, 1999, p. 39-50.

ROLNIK, Raquel; PEREIRA, Alvaro Luis dos Santos; MOREIRA, Fernanda Accioly; ROYER, Luciana de Oliveira; LACOVINI, Rodrigo Faria Gonçalves; NISIDA, Vitor Coelho. O Programa Minha Casa Minha Vida nas regiões metropolitanas de São Paulo e Campinas: aspectos socioespaciais e segregação. *Cadernos MetrÓpole*, v. 17, 2015, p. 127-154.

SILVA, Fábio José Ferreira; PIRES, Leandro Siani. Evolução do Desemprego no Brasil no Período 2003-2013: Análise Através das Probabilidades de Transição. *Trabalhos para Discussão - Banco Central do Brasil (Online)*, v. 349, 2014, p. 1-32.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico. Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. *Planejamento e Políticas Públicas*, v. 49, 2017, p. 85-107.

#### FONTES DOCUMENTAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o Controle da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Eliminar a Hanseníase é Possível – Um Guia para os Municípios* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

TERESINA. Fundação Municipal de Saúde. *Banco de dados sobre a incidência da Hanseníase de 2006 a 2016*. Concedido após aprovação em Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde em 2018.

VANDERBILT UNIVERSITY. *Relatório Barômetro das Américas – 1 de abril de 2016*. Disponível em: <https://www.vanderbilt.edu/lapop/insights/ITB025po.pdf> . Acesso em: 10 dez. 2019

#### LEGISLAÇÃO

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em:



[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 9010, de 29 de março de 1995. *Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências*. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9010.htm). Acesso em: 20 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 11520, de 18 de setembro de 2007. *Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios*. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/L11520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/L11520.htm). Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 12135, de 18 de dezembro de 2009. *Institui o Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase*. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12135.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12135.htm). Acesso em: 17 out. 2019.

## ACERVO ELETRÔNICO

PORTAL O DIA. *Mais de 2010 mil se tornaram miseráveis no Pi após a crise econômica*. Disponível em: <https://www.portalodia.com/noticias/economia/mais-de-210-mil-se-tornaram-miseraveis-no-pi-apos-a-crise-economica-310926.html>. Acesso em: 19 nov. 2019.

PIAUÍ. *Sesapi no combate a hanseníase*. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2006-01-09/1152/sesapi-no-combate-a-hanseniose.html>. Acesso em: 12 dez. 2019.

PIAUÍ. *Sesapi organiza a programação da semana de combate a hanseníase*. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Disponível em: [saude.pi.gov.br/noticias/2006-12-19/1315/sesapi-organiza-programacao-da-semana-de-combate-a-hanseniose.html](http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2006-12-19/1315/sesapi-organiza-programacao-da-semana-de-combate-a-hanseniose.html). Acesso em: 12 dez. 2019.

PIAUÍ. *Campanha de controle da hanseníase começa neste domingo*. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2008-07-06/1960/campanha-de-controle-da-hanseniose-comeca-neste-domingo.html>. Acesso em: 17 dez. 2019.

PIAUÍ. *Proporção de cura da hanseníase aumenta no Piauí*. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2010-04-15/3129/proporcao-de-cura-da-hanseniose-aumenta-no-piaui.html>. Acesso em: 17 dez. 2019.

PIAUÍ. *Secretaria de Saúde realizará Fórum para discutir hanseníase*. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2011-01-24/3270/secretaria-de-saude-realizara-forum-para-discutir-hanseniose.html>. Acesso em: 26 dez. 2019.

PIAUÍ. *Piauí foi o Estado que mais reduziu o número de casos novos em Hanseníase*. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2011-02-04/3311/piaui-foi-o-estado-que-mais-reduziu-o-numero-de-novos-casos-em-hanseniase.html>. Acesso em: 29 dez. 2019.

PIAUÍ. *Sesapi convoca municípios para participar de fórum sobre tuberculose e hanseníase*. Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2014-03-26/5757/sesapi-convoca-municipios-para-participar-de-forum-sobre-tuberculose-e-hanseniase.html>. Acesso em: 30 dez. 2019.

PIAUÍ. *Saúde realiza II Fórum integrado de hanseníase e tuberculose* Portal da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2015-03-12/6222/saude-realiza-ii-forum-integrado-de-hanseniase-e-tuberculose.html>. Acesso em: 30 dez. 2019.

TERESINA. *Hospitais fazem diagnóstico de hanseníase neste sábado, 26*. Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura de Teresina. Disponível em: <http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/578/hospitais-fazem-diagnostico-de-hanseniase-neste-sabado-26>. Acesso em: 05 jan. 2020.

TERESINA. *FMS lança campanha nacional de hanseníase*. Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura de Teresina. Disponível em: <http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/926/fms-lanca-campanha-nacional-de-hanseniase>. Acesso em: 05 jan. 2020.

TERESINA. *Seminário forma agentes de saúde para colaborar no combate a hanseníase*. Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura de Teresina. Disponível em: <http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/1165/seminario-forma-agentes-de-saude-para-colaborar-no-combate-a-hanseniase>. Acesso em: 05 jan. 2020.

TERESINA. *FMS capacita 60 profissionais em hanseníase*. Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura de Teresina. Disponível em: <http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/1083/fms-capacita-60-profissionais-em-hanseniase>. Acesso em: 05 jan. 2020.

TERESINA. *FMS mobiliza mais de 300 diretores de escolas para falar sobre hanseníase*. Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura de Teresina. Disponível em: <http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/1215/fms-mobiliza-mais-de-300-diretores-de-escolas-para-falar-sobre-hanseniase>. Acesso em: 06 jan. 2020.

TERESINA. *FMS já visitou 56 escolas públicas em busca de novos casos de hanseníase*. Fundação Municipal de Saúde. Prefeitura de Teresina. Disponível em: <http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/36/fms-ja-visitou-56-escolas-publicas-em-busca-de-casos-de-hanseniase>. Acesso em: 06 jan. 2020.