



Universidade Estadual do Ceará  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas  
Jane Maria Sales Santos

CONSTRUÇÃO DO DISCURSO HUMANIZADO: UMA INTERFACE DA  
RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE COM HANSENÍASE

Fortaleza – 2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Universidade Estadual do Ceará

Jane Maria Sales Santos

CONSTRUÇÃO DO DISCURSO HUMANIZADO: UMA INTERFACE DA  
RELAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL E PACIENTE COM HANSENÍASE

Dissertação de Mestrado apresentada como  
requisito para obtenção do Título de Mestre  
do curso de Mestrado Profissional em  
Planejamento e Políticas Públicas (MPPPP)  
sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Maia  
Farias Vasconcelos  
Linha de pesquisa: Políticas de Saúde.

Fortaleza – Ceará

2007

Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas (MPPPP)

**Título do trabalho:** Construção do Discurso Humanizado: Uma Interface da Relação entre Profissional e Paciente com Hanseníase

Defesa em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conceito obtido: \_\_\_\_\_

Nota obtida: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Maia Farias Vasconcelos  
Presidente

---

Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota  
Coordenador do Mestrado de  
Políticas Públicas

---

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz  
Membro da Banca

“Nós precisamos dar importância ao que acontece em nós e não à nós, dar importância ao que cada um faz pra sermos gente, pra sermos vida...

Nós precisamos de tijolo em tijolo construir um mundo onde nele estejam presentes os valores humanos ...

Nós precisamos na falta de gestos uma lição de gestos...

Precisamos ser algo na construção do mundo...”

(A.A.J.F.Castro)

Dedico,

Aos meus filhos Manuela, Matheus e  
Marcela como presente, para o seu próprio  
crescimento

Ao Prof. Dr. Antônio Alberto Jorge Farias  
Castro, que me ensinou a amar, lutar e jamais  
desistir de meus sonhos.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a um SER SUPERIOR que está sempre presente em minha vida.

Aos meus filhos Manuela, Matheus e Marcela pela paciência e amor que me dedicam.

A minha orientadora Prof. Dra. Sandra Maia Farias Vasconcelos pela seriedade, competência, disponibilidade e pelo respeito às minhas limitações e incentivo em superá-las.

Aos meus pais Manuel Jeová Farias Sales (in memoriam) e Francisca Temis de Farias Chaves Sales, que muito lutaram para minha educação e formação profissional

Aos meus irmãos e irmã que estão sempre unidos a mim.

A Universidade Estadual do Ceará(UECE) na pessoa do Reitor Jader Onofre de Moraes, por nos dar a oportunidade de concluir este Mestrado.

Ao Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas(MPPPP), em especial ao Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota pelo interesse incalculável em nos ajudar na realização deste trabalho.

Aos membros da Banca pela disponibilidade e presteza para concretização deste trabalho.

Ao Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), na pessoa do Dr. Heitor Gonçalves a quem tenho uma eterna gratidão, por transmitirem apoio e espaço cedido para realização desse estudo em busca do meu crescimento.

Ao paciente “fisioterápico” Vladimir Spinelli Chagas que colaborou com suas orientações para realização desse estudo.

A colega Artuzinda Serpa Silva, pelo companheirismo, incentivo constante e principalmente pelos nossos diálogos que foram de grande valia para o nosso compromisso.

A minha querida amiga de Parnaíba Patrícia Araújo Silva de Souza sempre presente em minha vida como exemplo de força e perseverança.

Amiga Priscila Pontes Frota Pinto pelo carinho e entusiasmo que sempre me depositou.

A querida cunhada Samara Mapurunga dos Santos pelo incentivo e estímulo em nossas conversas.

Ao meu grande amigo, irmão, companheiro Flávio Feitosa Pessoa de Carvalho pela sua energia positiva, pelas críticas e idéias instigantes que sempre me trouxe a minha infinita gratidão.

Ao Languisner Gomes que contribuiu com suas valiosas orientações e sugestões úteis.

Ao meu amigo José Lutiane França do Nascimento pela sua humildade, disponibilidade e confiança junto a minha pessoa.

Ao colega de trabalho Renato Bezerra Costa pelo apoio e ajuda quando sempre precisei.

A minha atendente Cristina Virgens da Silva Marcos pela presença e atenção dedicadas a mim.

O meu reconhecimento aos sujeitos que participaram desta pesquisa e contribuíram com ricas informações, com muitas lições de vida, e que me fizeram crescer como pessoa humana.



## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>09</b>
<b>ABSTRAT.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. História da Hanseníase e Políticas de Debates.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2. Hanseníase.....</b>	<b>25</b>
<b>1.3. Etiopatogenia.....</b>	<b>26</b>
<b>1.4. Sinais e Sintomas.....</b>	<b>29</b>
<b>1.5. Tipos de Hanseníase.....</b>	<b>31</b>
<b>2. INCAPACIDADES FÍSICAS E SUAS SEQUELAS.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 Estados Reacionais.....</b>	<b>35</b>
<b>2.2. Diagnóstico.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3 Tratamento.....</b>	<b>39</b>
<b>2.4 Prevenção de Incapacidades (PI) .....</b>	<b>41</b>
<b>3. INCAPACIDADES – A DIMENSÃO DO PROBLEMA E AS AÇÕES PSICOSOCIAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>4. REFORMA SANITÁRIA, SUS E HUMANIZAÇÃO E SAÚDE.....</b>	<b>51</b>
<b>5. APORTES METODOLÓGICOS.....</b>	<b>64</b>
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>70</b>
<b>6.1 Perfil do Sujeito Participantes.....</b>	<b>70</b>
<b>6.2. Discussão e Análise de Dados.....</b>	<b>75</b>
<b>6.3. Descrição das Unidades Temáticas.....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>81</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>

## RESUMO

A hanseníase é uma das doenças mais antigas conhecidas pelo homem, e trouxe, através dos tempos, uma carga de preconceitos e estigmas, devidos principalmente à desinformação da população e por tratar-se de uma doença infecto-contagiosa que deixa seqüelas, quando não tratada adequadamente. Este estudo objetivou em conhecer e compreender o sentido das Ações de Humanização em Saúde, numa interface dos discursos entre paciente e profissional, no centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM). A trajetória metodológica traçada acompanham os objetos de estudo, baseada na pesquisa de campo, sustentada numa abordagem qualitativa, do tipo descritiva passando por uma entrevista individual estruturada, procurando avaliar os problemas de origem física, psicológica e emocional de caráter temporário e/ou definitivo específicos da doença. Fizeram parte do estudo vinte pacientes hansenianos, de ambos os sexos, com faixa etária predominantemente adulta, que se encontram em tratamento no Centro de Dermatologia Dona Libânia. A análise e discussão dos resultados foram organizadas, através das falas do sujeito estabelecidos no texto, seguindo a Clínica de Discurso que responde e corresponde a uma dinâmica do encontro entre observador e o observado.

Percebe-se que a relação profissional/paciente é um ponto fundamental para que o sujeito acredite não só na cura da doença, mas em si mesmo, e que o profissional enfrente o grande desafio dando exemplo de solidariedade e competência no cumprimento de suas responsabilidades em relação à saúde.

**Palavras Chaves:** hanseníase, humanização, estigma, discurso.

## **ABSTRAT**

The hanseníase is one of the oldest diseases known by the man, and it brought, through the times, a load of prejudices and stigmata, owing mainly to the disinformation of the population and for dealing with an infect-contagious disease that leaves sequels, when it is not treated appropriately. This study aimed to know and to understand the sense of the Actions of Humanization in Health, in an interface of the speeches between patient and professional, at Dona Libânia National Reference Center in Sanitary Dermatology(CDERM). The drawn methodological trajectory accompanies the study objects, based on the field research, sustained in a qualitative approach, of the descriptive type going by a structured individual interview, trying to evaluate the specific problems of physical, psychological and emotional origin of temporary and/or definitive character of the disease. twenty hansenianos patients, of both sexes, with age group predominantly adult, that are in treatment at Dona Libânia Dermatology Center, took part of the study. The analysis and discussion of the results were organized, through the patients`speeches established in the text, following a way of speech. It is realized that the relation between professional and patient is a fundamental point in order that the patient believes not only in the cure of the disease, but in himself; and that the professional faces the big challenge giving example of solidarity and competence in the fulfilment of his responsibilities related to the health.

**Keys words:** hanseníase, humanization, stigma, speech.

## INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é uma área da saúde em que o profissional tem a oportunidade de ter um contato freqüente com o sujeito que fala e com o sujeito que escuta, durante um período razoável, dando condições para uma relação mútua de confiança e respeito entre profissional e paciente. Este foi um dos fatores que me deixou fascinada de trabalhar como fisioterapeuta, principalmente na área de traumatologia, na qual podemos passar um período mais longo com o paciente, tendo a oportunidade de conhecimento, afetividade, acolhimento, para trabalhar e valorizar, mais o lado humano de cada um, chegando a uma reabilitação satisfatória. Veio então a mudança repentina no meu papel de fisioterapeuta para trabalhar com paciente hanseniano. É um paciente que precisa ainda mais de atenção, respeito e cuidados especiais por se tratar de uma doença estigmatizada, levando o sujeito a se sentir excluído da sociedade, pelo grande preconceito que ainda existe diante da doença. Com este tipo de paciente senti necessidade de cumprir meu papel de humanizadora e profissional no sentido de melhorar a auto-estima e a vida do paciente dentro da sociedade.

A Hanseníase é uma doença crônica e infecciosa, causada por uma bactéria do tipo bacilo, cujo nome científico é *Mycobacterium leprae*. Este bacilo foi identificado em 1874, por um médico norueguês, Gerhard Henrik Armanuer Hansen (1841 – 1912) e, em sua homenagem, a bactéria é conhecida como bacilo de Hansen e a doença como Hanseníase. Diltor V. A. Opromolla, (2000). Esse nome foi sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por não ter um significado tão agressivo e discriminatório como o nome “lepra”, citado desde épocas antes de Cristo e com grande ênfase durante a Idade Média. A lepra ou hanseníase é uma das doenças mais antigas da sociedade e tem dimensão social inigualável. O medo da doença existe destes tempos remotos. Nenhuma outra doença tem obrigado pessoas a abandonarem suas famílias e comunidades e a viverem como párias em colônias ou povoados separados. Simplesmente vencer a infecção não é o suficiente para poder voltar ao estilo de vida que levavam antes. A Organização Mundial de Saúde (World Health Organization – WHO) avalia existir no mundo aproximadamente entre dois e três milhões de pessoas que tem incapacidades significativas devido à hanseníase.

Até bem pouco tempo, os que eram abandonados por suas famílias eram tratados em instituições que ofereciam cuidados e abrigo. Como o tratamento levava vários anos, permaneciam nas instituições como residentes permanentes. Suas ocupações variavam entre a agropecuária, tecelagem e corte e costura. Essa abordagem era considerada “reabilitação”.

No entanto, num sistema deste tipo, as pessoas eram totalmente dependentes da instituição para sobreviver. Não havia possibilidade de restauração ou reintegração na família ou comunidade.

Os dois países com maior prevalência de hanseníase são a Índia e o Brasil. O que esses dois países têm em comum é uma má distribuição de renda e um número elevado de indivíduos abaixo da linha de pobreza. Com a introdução da poliquimioterapia (PQT), a partir de 1987, a prevalência da hanseníase do Brasil reduziu drasticamente, chegando a 80% nos últimos 10 anos. Mota (2002).

No Brasil alguns Centros de Referência Nacional em Hanseníase se encontram em plena atividade, o principal situa-se em Bauru-SP, de referência Latino-Americana chamado Lauro Sousa de Lima, e ainda, Centro de Referência Nacional Alfredo da Mata em Manaus-AM, e Fio Cruz em São Paulo-SP. Na região nordeste o Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), em agosto de 2003, através da portaria nº 1489/GM, foi credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária, com ênfase em Hanseníase. Neste Centro são feitas reuniões mensais com os funcionários que garantem espaços para informes e pautas variadas sobre humanização e saúde, que precisam ser discutidas e devem ou podem ser sugeridas por qualquer funcionário. Falar em humanização dentro do nosso serviço é falar de acolhimento, por que ele é um gerador de polêmica entre os profissionais. Precisamos avaliar se estamos sendo acolhedores ou fazendo um mero serviço de triagem e pronto atendimento.

O Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM), localiza-se a rua Pedro I, 1033 bairro centro, Fortaleza-CE. A primeira área de espaço física constitui 1.257 m<sup>2</sup>, sendo posteriormente associado ao antigo Centro Médico de Fortaleza. O quadro de funcionários desta instituição é de 150 funcionários, dentre eles: 30 médicos, 01 Terapeuta Ocupacional, 04 Fisioterapeutas, 02 Assistentes Sociais, 15 Enfermeiros, 04 Bioquímicos, 02 Farmacêuticos, 01 Psicólogo, 01 Administrador, 11 Agentes Administrativos, 04 Funcionários da Associação de Serviços Diversos (ASD), 13 Atendentes de Enfermagem, 10 Auxiliares de Enfermagem, 08 Auxiliares Administrativos, 04 Auxiliares de Laboratório, 02 Auxiliares de Patologias Clínicas, 18 Auxiliares de Serviço, 01 Biólogo, 01 Dentista, 02 Laboratoristas, 03 Motoristas, 01 Patologista, 03 Recepcionistas, 01 Técnico em Radiologia e 09 Vigias. No Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia é feito um exame denominado Prevenção de Incapacidades (PI), que deve ser realizado no momento do diagnóstico da doença, não ultrapassando o prazo mínimo de 06

meses, independentemente da forma clínica e classificação quanto ao grau de incapacidade, objetivando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais, espirituais e sócio-econômico, minimizando complicações em caso de danos já existentes.

O estudo das ações de prevenção de incapacidades nessa instituição é de altíssima relevância, uma vez que possibilitará a visualização do perfil das atividades desenvolvidas, identificando possíveis falhas e reparando-as, bem como fortalecendo as ações que apresentam resultados satisfatórios. Com isso, busca-se a cura funcional, sem as seqüelas advindas de um diagnóstico tardio ou de um atraso na prevenção das possíveis incapacidades.

Quando o diagnóstico é tardio, a hanseníase tem gerado um grande número de pacientes e ex-pacientes com incapacidades físicas instaladas, o que confere à capacitação dos profissionais uma prioridade, tornando-a objeto de esforços contínuos no Ministério da Saúde, que vem oferecendo materiais específicos, favorecendo a diminuição dessas limitações.

A avaliação neurológica, a classificação do grau de incapacidades e a aplicação de técnicas básicas de prevenção, controle e tratamento são tarefas fundamentais à serem realizadas pela Unidade Básica de Saúde. Elas constituem a mais importante arma no combate à principal causa do estigma social da hanseníase. (Ministério da Saúde, 2001).

Com base no conhecimento do problema, este estudo teve como objetivos.

Compreender o sentido das Ações de Humanização em Saúde, desenvolvidas em pacientes com hanseníase em um Centro de Referência Nacional; Conhecer como a humanização desenvolve uma interface no discurso entre paciente e profissional; Perceber no discurso do paciente hanseniano uma nova identidade decorrente da intervenção do projeto de humanização.

Assim, este trabalho foi dividido em 6(seis) capítulos. No 1º Capítulo tratamos do Referencial Teórico, 2º Capítulo As Incapacidades Físicas e suas Seqüelas, no 3º Capítulo As Incapacidades - a dimensão do problema e ações psicosociais, no 4º Capítulo Reforma Sanitária, SUS e Humanização em Saúde, No 5º Capítulo Aportes Metodológicos e no 6º Capítulo Resultados da Pesquisa.

Encontramos ainda, ao final do trabalho a conclusão, apêndice, guia de entrevista com os pacientes hansenianos e referências bibliográficas.

**CAPÍTULO 1**  
**REFERENCIAL TEÓRICO**

# **1 REFERENCIAL TEÓRICO**

## **1.1 História da Hanseníase e as Políticas de Debates**

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

As políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente deve ser permanente.

No período pós-Constituição, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que introduz novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8140 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes



inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Nesta perspectiva, foram instituídos as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do SUS; a Comissão Intergestores Tripartite na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites na direção estadual; e fortaleceram-se os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos estados e municípios – o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

Pode-se dizer, portanto, que os canais de participação dos gestores públicos e da sociedade nas definições das políticas e da ação governamental setorial foram ampliados. Dentre os grandes desafios que o debate político no campo da saúde vem delineando para a sociedade brasileira nos próximos anos, pode-se destacar:

- o desafio de garantir a coexistência de diferentes soluções institucionais na organização descentralizada do SUS que possam contemplar a heterogeneidade de problemas regionais e a diversidade cultural do país, sem colocar em risco a unidade doutrinária e operacional do sistema nacional de saúde, necessária para assegurar a efetivação dos princípios constitucionais;

- o desafio de encontrar o equilíbrio ótimo entre regulação, responsabilidade e autonomia na gestão compartilhada do sistema pelas três esferas político-administrativas do Estado Brasileiro (União, estados e municípios), no contexto de novas relações intergovernamentais e de recomposição do pacto federativo inaugurado pela Constituição de 1988;

- o desafio de estabilizar o financiamento setorial e interferir no processo de alocação dos recursos dos orçamentos públicos para a saúde, com vistas à equidade;

- o desafio de construir novas formas de responsabilização dos governantes e cidadãos, dos gestores e dos usuários, no acompanhamento e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas setoriais.

As ações de Saúde Pública no Brasil têm buscado reduzir as enfermidades, controlar as doenças endêmicas e parasitárias a vigilância à saúde e qualidade de vida do brasileiro. Dentre tais doenças, a Hanseníase continua sendo um grande problema para Saúde Pública, que continua até hoje apresentando uma incidência assustadora.

Trabalhamos, pagamos impostos, elegemos deputados e gestores para viver com saúde e dignidade, para estudar e nos tornamos conscientes do nosso próprio papel no mundo. Saúde e educação são sínteses do movimento histórico da civilização. Saúde coletiva, humanizada constitui o melhor indicador de uma civilização justa. É utopia pensar que o Planejamento em Saúde esteja em prol de uma vida plena, longa, autônoma e feliz.

No Brasil, não temos governos de longo prazo e estadistas. Faz-se um Ministério até o resultado das eleições Municipais, outros Ministério em decorrência destes resultados e na busca da reeleição, e assim por diante.

O Poder Público, responde a um processo social: A transformação de uma necessidade não percebida em necessidade percebida. Este processo social apresenta uma dinâmica material (infra-estrutura, capital, salários) e uma dinâmica simbólica, psicosocial (desejos, satisfação e valores), e cada conquista, leva a novas necessidades. Se conseguirmos que o tempo de espera de atendimento, em ambulatório, passe de oito dias para oito horas, de oito horas para duas e assim por diante, conseguiremos que o Planejamento em Saúde se torne prioridade para que o cidadão consiga ter uma vida plena e digna.

Em 1986, o SUS foi sonhado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1988, o SUS foi colocado na letra da carta Magna. Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde. Em 1991, passamos o ano inteiro discutindo financiamento e a entrada do SUS no orçamento da União. Em 1992, o SUS começa. Ele tem apenas 13 anos. Na primeira metade dos 13 anos discutimos acesso, como se faz para ter serviços, como montar uma rede, como juntar os níveis de governo em comando público. A palavra de ordem foi ACESSO. Na segunda metade destes 13 anos a palavra de ordem foi QUALIDADE, como ampliar o financiamento, como privilegiar a atenção primária, como universalizar o Programa de Saúde da Família (PSF). Agora sabemos que o SUS oferece ao Brasil uma oportunidade de rever suas práticas políticas e incrementar a democracia participativa do controle social, ele ainda oferece como o lugar onde a vulnerabilidade humana se apresenta: o nascimento, o trabalho, a doença e a morte. A palavra de ordem agora é HUMANIZAÇÃO. (De acordo com o Caderno de Textos 1 Fortaleza Humaniza SUS, 2005).

Dentro de um processo de Humanização falaremos da Hanseníase como uma

doença que necessita ser tratada em primeiro lugar com a relação humanizada entre o profissional e o paciente hanseniano.

A história nos revela a Hanseníase como enfermidade muito particular, rodeada ao longo dos tempos por uma aura de fatalidade mística, de castigo divino. Os textos religiosos referem-se a ela como impurezas que devem ser isoladas da sociedade; merecem as cerimônias dos defuntos e são verdadeiros mortos em vida. (Frank Duerksen apud Danielssen, 1848).

Como cita Diltor (2000), é muito difícil afirmar a época do aparecimento de uma doença, com base em textos antigos, porque o assunto se torna confuso e gera uma série de “falsas interpretações”. Apesar disso, sabe-se que as primeiras referências a hanseníase vêm da Índia e são datadas aproximadamente do ano 600 a.C.; embora provavelmente seja resultado de tradições orais mais antigas.

Já se escreveu muito sobre a origem e existência da Hanseníase. Contudo, observa-se nesse escritos citações descrevendo a moléstia sem suas características mais importantes, que são, as deformidades físicas e sinais de comprometimento dos nervos periféricos, podendo acarretar problemas de aspectos físicos, emocionais, psicológicos e econômicos levando o sujeito ao preconceito e o medo da doença.

A Bíblia também confunde quanto à existência da hanseníase entre os judeus na época do êxodo, porque não menciona de maneira explícita ou inequívoca a hanseníase, embora a palavra lepra e seus cognatos ocorram na maioria das traduções do original para os idiomas românticos (Browne, 2003).

O Antigo e Novo Testamentos oferecem uma justificativa para julgarem a hanseníase (lepra) não apenas como uma doença à parte, mas também motivo de uma preocupação especial com suas vítimas. Havia ainda aqueles que julgavam improcedentes tentar curar os hansenianos (leprosos), pois os consideravam como punição divina pelo pecado, ficando fora do alcance de tratamento médicos.

Até pouco tempo atrás nenhum tratamento era eficaz na cura das úlceras nas mãos e nos pés, dando crença disseminada em ditos e provérbios em todo mundo, que a doença ainda era incurável (Browne, 2003).

Pesquisas recentes de etiologia, patologia, transmissão e tratamento, tiram a doença da superstição popular, levando-a para o âmbito de doenças transmissíveis específicas, podendo ser investigada e avaliada cientificamente.

A hanseníase se disseminou pela Europa depois da queda do Império Romano e o

início da Idade Média. Entre os anos 100 a.C e 1300 a.C, ela atingiu o ponto máximo, coincidindo com o período das Cruzadas que concorreu com o aumento de pessoas doentes. Foram oito Cruzadas. A última conduzida por São Luis, rei da França, em 1270, culminou coma expulsão dos cristãos do Oriente e do norte da África, e deu origem ao retorno para o continente europeu, muitos soldados, aventureiros, comerciantes e entre eles doentes de hanseníase.

O rei de Jerusalém Balduíno 4º (1161-1185), retratado no filme “Cruzada”, ficou marcado pela doença desde a infância e sua morte desestabilizou o reino cruzado na Palestina. Nobres como ele ou simplesmente plebeus sempre temeram a hanseníase, e isolaram seus portadores, a julgar por relatos egípcios, hindus e bíblicos. (Folha de São Paulo, sexta-feira, 13 de maio de 2005).

Tudo indica que a hanseníase foi um dos problemas de saúde a afetar o artista mineiro “Aleijadinho” (século 18), autor de obras como a estátua de Jesus.

Na Itália, Francisco de Assis (século 12) foi um dos primeiros a romper o tabu do contato com os doentes e buscar incluí-los na sociedade.

O termo Lepra absorveu outras designações das doenças, como Elefantíase, assim como incorporou a designação de outras doenças. Os médicos antigos não tinham uma idéia exata das doenças cutâneas. Alguns colocavam na mesma categoria Líquem, a Psoríase e a Lepra, ou a Sarna, o Impetigo e a Lepra, de maneira que eles viam cada uma dessas afecções como graus sucessivamente mais altos de uma mesma entidade mórbida(Diltor, 2000).

Os conceitos imprecisos sobre a doença e a maneira imprópria nos métodos de diagnósticos contribuem para que noção à respeito do número de doentes na Europa na Idade Média seja falsa. O número de hansenianos na Europa diminui a partir do século XVI, causados pela melhoria das condições de vida, e porque asa doenças cutâneas foram sendo melhor estudadas e recebendo seus nomes definitivos.

Hoje, na Europa, ainda existem focos de hanseníase em Portugal, Espanha e os Estados Balcânicos, na Rússia Européia, Turquia Européia e nos Alpes Marítimos (Diltor, 2000).

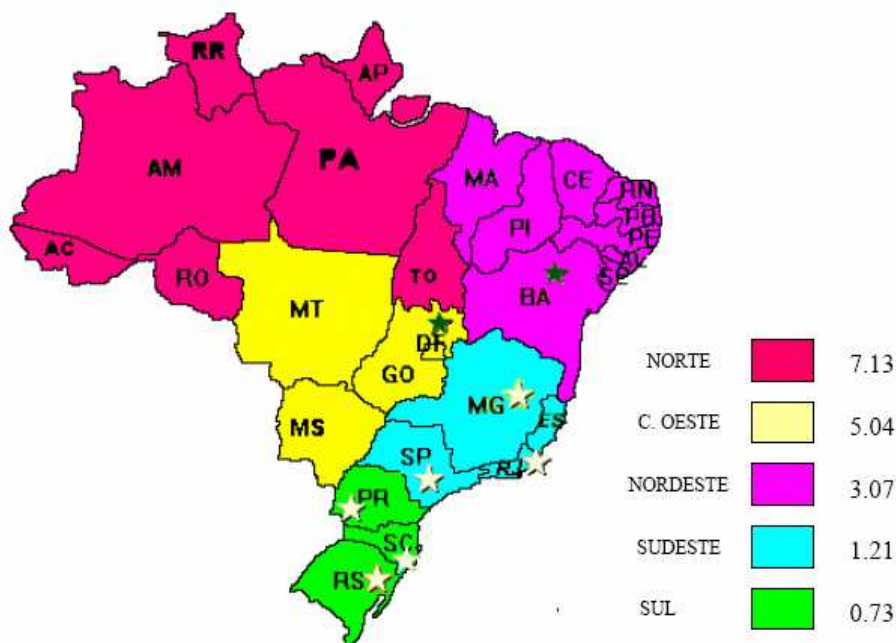
Nas Américas, especificamente América do Sul, a hanseníase teria sido trazida pelos colonos espanhóis e portugueses entre os séculos XVI e XVII. Nos Estados Unidos deu origem nos estados de Louisiana, trazida pelos franceses. Hoje, todos os países Sul-Americanos têm hanseníase com exceção do Chile, e o Brasil é o que apresenta a prevalência mais alta, sendo o segundo país maior em número de casos.

No Brasil, os primeiros documentos que atestam a existência da hanseníase datam do fim do século XVIII, 1696, com o governador Artur de Sá e Menezes procurando dar assistência no Rio de Janeiro, aos “miseráveis leprosos”, já com o número bastante elevado.

O modelo isolacionista é adotado em São Paulo, isto é, a internação compulsória de todos os pacientes com hanseníase no início da década de 30.

Esta política pretendia eliminar a hanseníase para a qual ainda não havia tratamento, afastando os doentes da comunidade, internando-os em asilos-colônias que foram construídos pelo Estado. Nessas colônias além dos doentes, deveriam ter todo o conforto também os comunicantes (pessoas que conviviam com os doentes); e preventórios onde eram internados os filhos de pacientes que nasciam nesses chamados asilos-colônia. (Opramolla 2000).

Segundo, Browne (2003), no Brasil a hanseníase é uma doença endêmica em todos 27 Estados, sendo que o número de casos é maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, como podemos ver no mapa abaixo:



Fonte: Ministério da Saúde, 2004

A Índia e o Brasil continuam sendo os países com maior número de casos, embora a oferta de serviços nos dois países tenham assegurado tratamento para a maioria dos pacientes no início da doença. O número de pessoas permanentemente incapacitadas pela hanseníase é desconhecido, mas as estimativas otimistas supõem que seja algo em torno de 3 a 4

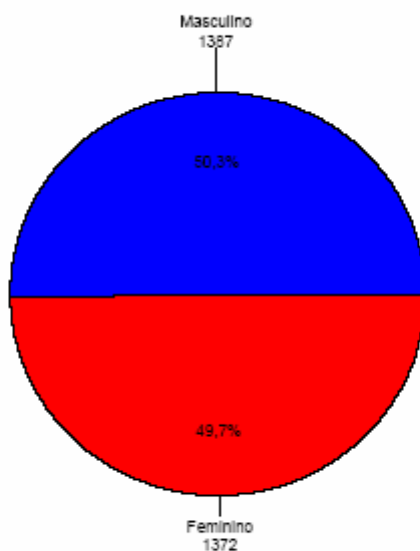
milhões de pessoas.

A evolução da endemia hansênica no estado do Ceará continua em expansão. O estado é considerado na posição de 3º lugar como um dos estados mais endêmicos da região Nordeste, só superado pelos estados do Maranhão, Piauí e Sergipe.

Em 2004, o problema de Saúde Pública e da atenção a hanseníase no Brasil pelo Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) apresentou um novo contexto de redirecionamento que permite conferir a real grandeza da endemia no Brasil.

No Cálculo geral, verifica-se que a hanseníase afeta claramente homens e mulheres. No Ceará, a diferença é maior no número absoluto de casos de sexo masculino (1388), do que no sexo feminino, (1372) conforme mostra o gráfico a seguir:

#### **Casos novos de hanseníase segundo sexo, no Ceará - 2005**

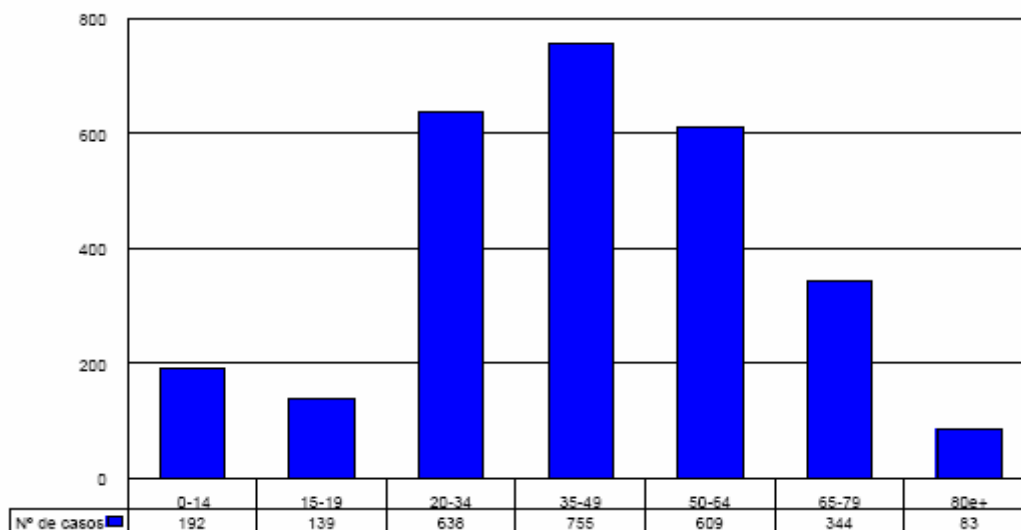


Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Mesmo assim, o tratamento é feito da mesma forma para ambos sexos.

No que diz respeito às idades dos pacientes hansenianos, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), publicou em 2005 os dados abaixo:

### Número de casos de hanseníase por faixa etária, no Ceará - 2005



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Observa-se no gráfico acima que a frequência da doença é maior em adultos entre 20 – 79 anos.

No século XIX e XX, a ordem dos que se apresentava com a lepra, como ficou conhecida era fazer o isolamento nos leprosários, como bem aponta (Barbosa, 1994).

Em 1928, foi criado em Fortaleza um aldeamento com pequenas palhoças e uma casa de taipa pertence ao “lázaro” João Augusto de Sousa Loló, para abrigar temporariamente os pacientes com hanseníase, até que fossem transferidos para o leprosário.

No período de agosto de 1928 a maio de 1932, funcionou a seção de profilaxia da “lepra”, dirigida pelo Dr. Antônio Justa, dando assistência semanal ao leprosário, além de intensificar a vigilância epidemiológica para a descoberta de novos casos da doença. Este leprosário recebeu o nome de Antônio Diogo e apresentou inúmeros problemas financeiros, para o seu funcionamento. O Dr. Antônio Justa, foi considerado o pai na luta contra hanseníase no Ceará, tentando manter o funcionamento deste leprosário. Em 1940, através do decreto lei nº. 686, no governo do Dr. Francisco Menezes Pimentel, fica o governo autorizado a encampar o leprosário Antônio Diogo, na época, com 330 internos. (Barbosa, 1994).

O filme Diários de Motocicleta, inspirado nos diários de Ernesto Guevara durante sua primeira viagem pela América Latina, em 1952, dirigido por Walter Salles, registra uma viagem cheia de aventura de Ernesto Guevara e seu amigo Alberto Granaro ao continente latino-americano, começando de Buenos Aires até a Patagônia, depois ao Chile e então ao norte até os 6 mil quilômetros pela coluna vertebral dos Andes. De lá até o leprosário de San Pablo no Peru, finalizando em Caracas, Venezuela.

Durante esta viagem Ernesto Guevara percebeu as políticas públicas de cada lugar por onde passou, as classes sociais, os privilégios dos mais ricos, os mais pobres e as políticas de Saúde.

Como médico, especialista em Hanseníase, se preocupou com a relação entre profissional e paciente, com o acolhimento, com o cuidar, priorizando tratamento de forma humanizada, deixando o paciente livre de qualquer preconceito ou medo, devido as incapacidades físicas.

À medida que avançam na estrada os dois amigos vão mudando para sempre. Ao final Ernesto Che Guevara, um dos líderes mais proeminentes e inspiradores da Revolução Cubana diz:

*...“Este não é um relato de feitos heróicos. É um fragmento de duas vidas que percorreram juntas um caminho, compartilhando as mesmas aspirações e os mesmos sonhos.  
Nossa visão foi muito estreita, muito parcial, muito precipitada. Nossas conclusões foram rígidas demais? Talvez!  
Mas esse vagar sem rumo por nossa América Maiúscula, me mudou demais.  
Eu, já não sou eu, pelo menos não sou o mesmo em meu interior.”...*

É impossível que qualquer profissional continue a ser o mesmo após conviver com pacientes hansenianos.

### **- Direitos Humanos**

Os direitos básicos inerentes aos seres humanos para pessoas acometidas de hanseníase são parcialmente o direito da dignidade e ao tratamento adequado. Este é garantido pela Constituição Cidadã Brasileira, que adota saúde como direito de todos, e acesso universal e igualitário para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1998).

No mundo de hoje e de amanhã, os portadores de hanseníase, negligenciados e relegados ao ostracismo (Browne, 1963), vítimas de deficiências e discriminação social, cultural, eclesiástica e até mesmo legal por causa da sua doença (não obstante a Declaração de



Direitos Humanos), e muitas vezes vistos com repulsa e medo, continuarão a atingir de forma especial a consciência dos cristãos de modo geral e a apelar para a compaixão dos dedicados profissionais da área médica. Eles continuarão sendo objeto de cuidados especiais, pois em muitos países ainda constituem um segmento da comunidade particularmente necessitado e negligenciado (Browne, 2003).

A hanseníase, ao longo de sua história, mostrou-se uma temática polêmica a ser discutida, pois esteve em vários momentos, permeada por valores sócio-culturais controversos. A segregação, o isolamento, o estigma, ou até mesmo o medo fizeram parte desta história (Garcia, et al, 2003).

As representações sociais que se têm sobre a hanseníase e suas formas de estigma têm sido vistas como uma das principais dificuldades do paciente em aderir o tratamento, tanto na prevenção de incapacidades ou no processo de reabilitação, como cita (Diltor, 2003).

Os pacientes que apresentam incapacidades físicas costumam ser mais estigmatizados. Por isso é de suma importância que se consiga diagnósticos e tratamento precoce, evitando com isto que se instalem as incapacidades físicas, psicológicas, sociais, profissionais e econômicas. Considerando que o reconhecimento da dignidade a todos e de seus direitos iguais é fundamentado na liberdade da justiça e da paz no mundo, considerando ainda que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos sejam protegidos pelo Estado de direito, e que uma compreensão comum desses direitos e liberdades é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso, e que a declaração Universal dos Direitos Humanos, se esforce, através do ensino da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades. E ainda que o Ministério da Saúde se responsabilize por uma série de atitudes tais como: uma adequada assistência nos níveis individual e familiar, acesso dos pacientes em atividades laborativas, e aos direitos previdenciários, com o objetivo de minimizar o estigma da doença, esclarecendo a população sobre as características da Hanseníase.

Os programas governamentais voltados aos direitos humanos estão muito mal geridos, não sendo prioridade na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2005, e muito menos têm execução contínua, dificultando a construção de um sistema que repare, promova proteja esses direitos no Brasil. (Política de direitos humanos no governo Lula)

A conjuntura nos mostra que não basta discutir o status institucional dos órgãos destinados às políticas públicas voltadas aos direitos humanos. É preciso priorizar essas políticas. Assim, de pouco adianta um ministério que funciona a duras penas e que apenas

implementa políticas compensatórias para contrapor os efeitos da política econômica, interpretando as ações de direitos humanos como um paliativo para a diminuição das desigualdades sociais.

O governo Lula ainda tem como desafios a reaproximação com a sociedade civil organizada; a execução do PNDHII; a inserção dessas políticas como prioridade na revisão do PPA 2004/2007 e nas demais leis do ciclo orçamentário; a efetivação dos direitos humanos como prioridade cultural. O governo pode optar por correrem alguns riscos, menos o de colocar em jogo a construção de uma sociedade digna, justa, plural e democrática (Política de direitos humanos no governo Lula).

Outra política que se contextualiza, é a política de capacitação de recursos humanos, que continua sendo uma das prioridades do Estado do Ceará, enfrentando problemas identificados no plano de ação e o conseqüente cumprimento dos objetivos de diagnosticar e tratar os casos de Hanseníase. O investimento maior está em agentes de saúde e profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).

Uma equipe multidisciplinar, com profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros, deve engajar-se na luta para um melhor resultado frente ao paciente com suas incapacidades ou deformidades, trabalhando o estigma, integrando-o nas suas atividades da vida diária junto à sociedade.

## **1.2 Hanseníase**

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, causada por um bacilo denominado *Mycobacterium leprae* (ou bacilo de Hansen), pertencente à família das micobactérias. Apresenta-se sob a forma de bastonete, na maioria das vezes reto ou ligeiramente encurvado. É álcool-ácido resistente, cora-se pela fuscina ácida e não descora por ácidos e álcoois. O bacilo de Hansen é um parasita intracelular obrigatório, que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. (Ministério da Saúde-MS, 1994).

Os bacilos de Hansen podem ser encontrados na lágrima, no leite materno e na urina, mas essas vias não têm interesse epidemiológico. Admite-se que o contágio do indivíduo sadio se dê por contato direto. (Frank Duerksen apud Marcos Virmond,1997).

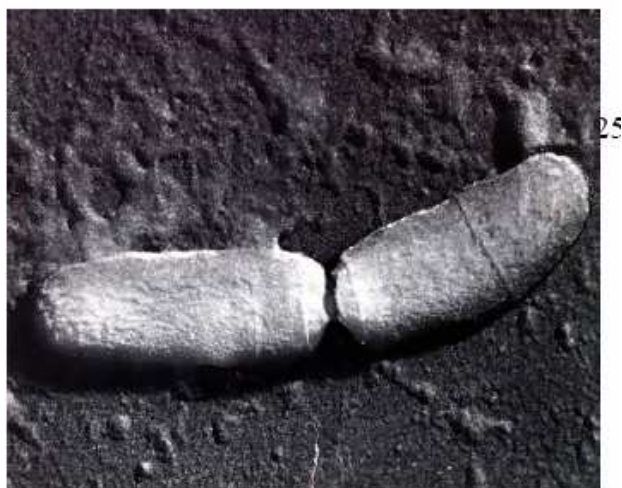


Figura do bacilo de Hansen em processo de divisão celular visto à microscopia eletrônica de varredura, aumentado 25 vezes em microscópio.  
Fonte: OPROMOLLA, 2000

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Essas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença. Por isso mesmo, ratifica-se que a Hanseníase é uma doença curável e, quanto mais precocemente diagnosticada e tratada, mais rapidamente se cura o paciente. (Ministério da Saúde-MS, 2002).

### **1.3 Etiopatogenia**

O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar, em média, de 11 (onze) a 16 (dezesesseis) dias. Essa lentidão no seu crescimento pode explicar a cronicidade, o tempo de evolução e o período de incubação prolongado, sendo em média de 2 (dois) a 5

(cinco) anos. O *Mycobacterium leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, ou seja, infecta muitas pessoas, no entanto, poucas adoecem. (Opromolla, 2000).

O homem é considerado a única fonte de infecção da Hanseníase. O contágio dá-se através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior, contagiando pessoas susceptíveis. A principal via de eliminação do bacilo, pelo indivíduo doente, e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores. No entanto, para que a transmissão do bacilo ocorra é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada. Há também a possibilidade da transmissão via cutânea, quando existem lesões ulceradas ou traumáticas na pele.

A Hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, raramente ocorre em crianças. Há uma maior incidência da doença nos homens do que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo.

Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, influenciam no risco de adoecer.

Por se tratar de uma doença que pode ser confundida com outras doenças dermatológicas mais simples e devido ao longo tempo de incubação, a Hanseníase deve ser diagnosticada o mais precoce possível e o seu tratamento deve ser instalado logo no início, a fim de evitar sua evolução e, conseqüentemente, impedir o aparecimento das incapacidades físicas por ela provocadas.

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) esteja anunciando a eliminação da Hanseníase como problema da saúde pública, isto é, chegar a uma prevalência de menos de um paciente para cada 10.000 habitantes, no início do terceiro milênio, ela continua sendo um sério problema no mundo. (Opromolla, 2000).

A vigilância epidemiológica, de acordo com o guia de Vigilância Epidemiológica do Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde (CENEPI/MS) “corresponde a um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos”. Ela objetiva embasar tecnicamente, de forma permanente, a execução de ações de controle de doenças e agravos, disponibilizando para tanto, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área

geográfica ou população determinada.

A vigilância epidemiológica da Hanseníase é realizada mediante um conjunto de atividades que fornecem informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, com a finalidade de recomendar, executar e avaliar as atividades de controle da Hanseníase. Visa, também, divulgar informações sobre a doença e sobre as atividades de controle realizadas, tanto para os responsáveis por essas atividades, como para a população em geral. O objetivo dessas atividades é controlar a doença, reduzindo a sua prevalência a menos de um caso em 10.000 habitantes, quebrando, assim, a cadeia epidemiológica e a produção de novos casos. (Opromolla, 2000).

A descoberta de casos de Hanseníase pode ocorrer por detecção passiva ou por detecção ativa. A detecção passiva de casos de Hanseníase acontece na própria unidade de saúde durante as atividades gerais de atendimento à população. Nessas situações há uma busca sistemática de portadores da doença pela equipe da unidade de saúde. Há duas situações nas quais pode ocorrer a detecção passiva: na demanda espontânea da população para os serviços da unidade de saúde em que poderá haver casos com sinais e sintomas dermatológicos e/ou neurológicos, e nos encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde para confirmação diagnóstica da doença – casos suspeitos de Hanseníase.

Entende-se por detecção ativa de casos a busca sistemática de doentes pela equipe da unidade de saúde por meio de investigação epidemiológica de um caso conhecido, exame de pessoas que demandam espontaneamente aos serviços gerais da unidade de saúde por outros motivos, exame de grupos de pessoas específicos – em prisões, quartéis, escolas, ou ainda por mobilização da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta prevalência.

A partir de um diagnóstico de um caso de Hanseníase, deve ser feita, de imediato, a sua investigação epidemiológica, com o objetivo de romper a cadeia da doença, procurando identificar a fonte de contágio, descobrir novos casos entre as pessoas que convivem com o doente no mesmo domicílio e prevenir a contaminação de outras pessoas. (Opromolla, 2003).

Para operacionalização e eficácia da vigilância epidemiológica na obtenção e fornecimento de informações fidedignas e atualizadas sobre a Hanseníase, sobre seu comportamento epidemiológico e sobre as atividades de controle é necessário um sistema de informação efetivo e ágil.

As informações geradas são úteis para o diagnóstico e análise da situação de saúde da população e para o processo de planejamento – identificação de prioridades, programação

de atividades, alocação de recursos, avaliação das ações.

Os indicadores são usados para avaliar as ações desenvolvidas. Indicadores são aproximações quantificadoras de um determinado fenômeno. Podem ser usados para ajudar a descrever uma determinada situação e para acompanhar mudanças ou tendências em um período de tempo. Os indicadores de saúde permitem a comparabilidade entre diferentes áreas ou diferentes momentos e fornecem subsídios ao planejamento das ações de saúde.

Os indicadores de saúde podem ser classificados em dois grandes grupos, de acordo com o tipo de avaliação a que se destinam: indicadores epidemiológicos, que medem a magnitude ou a transcendência do problema de saúde pública, como por exemplo, o coeficiente de incidência de detecção de casos de Hanseníase e a proporção de casos com deformidades detectados no ano; e indicadores operacionais, que medem o trabalho realizado, seja em função da qualidade, seja em função da quantidade, como por exemplo, a proporção de casos multibacilares que completaram PQT entre os que deveriam ter completado. (Guia para Controle da Hanseníase, 2002).

No prontuário do paciente do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDERM) está anexada à folha do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), para o controle de incidência e prevalência de pacientes hansenianos, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões pelos governos municipal, estadual e federal.

O planejamento das atividades de controle da Hanseníase é um instrumento de sistematização de nível operativo que perpassa todas as ações que vão do diagnóstico situacional, estratégia de intervenção, monitorização e avaliação dos resultados alcançados. (Guia para Controle da Hanseníase, 2002).

#### **1.4 Sinais e Sintomas**

A Hanseníase manifesta-se através de sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos que podem levar à suspeição diagnóstica da doença. As alterações neurológicas, quando não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem causar incapacidades físicas que podem evoluir para deformidades.

### **- Sinais e sintomas dermatológicos**

A Hanseníase manifesta-se através de lesões de pele que se apresentam com diminuição ou ausência e sensibilidade.

As lesões mais comuns são:

- Manchas pigmentares ou discrômicas: resultam da ausência, diminuição ou aumento da melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele;
- Placa: lesão que se estende em superfície por vários centímetros e pode ser individual ou constituir aglomerado de placas;
- Infiltração: aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes, de eritema discreto;
- Tubérculo: designação em desuso; significava pápula ou nódulo que evolui deixando cicatriz;
- Nódulo: lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 centímetros de tamanho. É processo patológico que se localiza na epiderme, derme e/ou hipoderme, podendo ser mais palpável que visível.

Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo e podem também acometer a mucosa nasal e cavidade oral. Ocorrem, porém, com maior frequência, na face, orelha, nádegas, braços, pernas e costas. Na Hanseníase, as lesões de pele sempre apresentam alteração de sensibilidade. Esta é uma característica que as diferencia das lesões de pele provocadas por outras doenças dermatológicas. (Ministério da Saúde-MS, 2002).

### **- Sinais e sintomas neurológicos**

A Hanseníase manifesta-se, além das lesões de pele, através de lesões nos nervos periféricos. Essas lesões são decorrentes de processo inflamatório desses nervos (neurite) e podem ser causados tanto pela ação do bacilo nos nervos como pela reação do organismo ao bacilo, ou, ainda, por ambas.

Elas se manifestam através de:

- Dor e espessamento dos nervos periféricos;

- Perda da sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente nos olhos, pés e mãos;
- Perda da forças nos músculos inervados por esses nervos, principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores.

A neurite, geralmente, manifesta-se através de um processo agudo, acompanhado de dor intensa e edema. No início, não há evidência de comprometimento funcional do nervo, mas, freqüentemente, a neurite torna-se crônica e passa a evidenciar esse comprometimento, através da perda da capacidade de suar, causando ressecamento na pele. Há perda de sensibilidade, causando dormência e há perda da força muscular, causando paralisia nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos. Quando o acometimento neural não é tratado pode provocar incapacidades e deformidades. (Ministério da Saúde-MS, 2002).

As lesões neurais aparecem nas diversas formas da doença, sendo mais freqüentes nos Estados Reacionais.

## 1.5 Tipos de Hanseníase

### - Hanseníase indeterminada

**IMPORTANTE:** qualquer mancha clara e com perda de sensibilidade na pele deve ser considerada suspeita de hanseníase e o portador deverá ser encaminhado imediatamente para uma unidade básica de saúde.



FIGURA: Mancha hipocrômica plana característica da forma indeterminada (HI)  
Fonte: LEIKER & NUNZI 1981

A primeira manifestação da doença se constitui de manchas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas ou simplesmente áreas circunscritas de pele aparentemente normal



que apresentam distúrbios de sensibilidade. A esse nível há uma anidrose ou hipohidrose, queda de pelos e ausência da horripilação. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, com localização e tamanho variáveis. Nestes casos não há comprometimento de troncos nervosos, portanto os doentes não apresentam incapacidades e não são contagiantes.

#### **- Hanseníase tuberculóide**

As lesões cutâneas são constituídas por pápulas ou placas delimitadas, cheias ou com elevação apenas nas bordas. O tom da lesão é eritemato-acastanhado, o tamanho varia e sua forma pode ser oval, circular, anular ou figurada. Podem ser únicas ou múltiplas. A esse nível há distúrbios da sensibilidade e da sudorese. Nesses casos há com frequência comprometimento de troncos nervosos, bastante intenso, com as conseqüentes alterações sensitivas e motoras.

#### **- Hanseníase Dimorfa**



FIGURA:lesões papulosas, eritemato-edematosas difusas pelo corpo de forma Dimorfa

Fonte: MC DOUGAL 2002

Encontra-se entre os dois pólos, o de resistência, tuberculóide, e o anérgico, virchowiano. As lesões cutâneas nesses casos são em geral numerosas e lembram muitas vezes àquelas observadas nos tuberculóides, ou àquelas encontradas nos virchowianos, com tonalidade ferruginosa e imprecisão de seus limites. Os casos típicos dimorfos apresentam placas com uma área central circular de pele hipocrômica ou de aparência normal, bem delimitada, e que se difunde na periferia, perdendo os seus limites gradual e imprecisamente na pele que a circunda (lesões “esburacadas”, “em favos de mel”, ou “em queijo suíço”). Os

nervos periféricos são comprometidos com freqüência e esse comprometimento é intenso e extenso. A carga bacilar tende a ser alta, portanto, uma forma contagiosa até o início da quimioterapia específica. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

#### **- Hanseníase Virchowiana**

Nesta forma há um polimorfismo de lesões com pápulas, tubérculos, nódulos, placas, ulcerações e infiltração difusa da pele. As lesões têm limites imprecisos e uma tonalidade ferruginosa típica. Quando há uma infiltração acentuada na face, com acentuação dos sulcos naturais e conservação dos cabelos, configura-se o clássico “facies leonina” da Hanseníase. Aqui os doentes estão com cargas altas de bacilos pelo corpo, configurando, portanto, forma contagiante, contágio este que cessa com o tratamento específico instituído.

**CAPÍTULO 2**  
**INCAPACIDADES FÍSICAS E SUAS SEQÜELAS**

## **2 INCAPACIDADES FÍSICAS E SUAS SEQÜELAS**

### **2.1 Estados Reacionais**

A Hanseníase é uma moléstia de evolução crônica, mas por vezes o seu curso é interrompido por episódios agudos, denominados “Estados Reacionais”.

As reações que ocorrem nos tuberculóides e dimorfos são mediadas por células e se mostram por eritema e edema das lesões pré-existentes e aparecimento de lesões novas agudas, poucas ou muitas.

Nos virchowianos a imunidade celular está ausente ou deprimida, e os surtos agudos que apresentam são mediados por anticorpos. Estes surtos constituem o eritema nodoso hansênico, que se mostra com o aparecimento agudo de pápulas nodulosa, às vezes placas, que podem se ulcerar ou pustulizar nos locais onde há lesões e infiltrados prévios. No eritema nodoso hansênico de média intensidade, o indivíduo apresenta febre, mal-estar e, além de lesões cutâneas, aumento doloroso dos linfonodos, dores articulares, neurites, hepato e esplenomegalia, irites, iridociclites, orquites, orquiepididimites. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

### **2.2 Diagnóstico**

Sendo uma doença infecto-contagiosa de evolução insidiosa e auto poder incapacitante, o diagnóstico precoce deve ser prioridade nos programas de controle da doença.

O diagnóstico é realizado através do exame clínico, no qual se buscam os sinais dermatológicos e neurológicos da doença, da análise laboratorial, na qual há busca pelo bacilo de Hansen em esfregaços de raspados intradérmicos, e do diagnóstico diferencial, no qual se procura diferenciar a Hanseníase de outras doenças de pele.

#### **- Diagnóstico clínico**

O diagnóstico clínico é realizado através do exame físico, no qual se procede uma avaliação dermatoneurológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença. Antes, porém, de dar-se início ao exame físico, deve-se fazer a anamnese colhendo informações sobre sua história clínica, ou seja, presença de sinais e sintomas dermatoneurológicos

característicos da doença e sua história epidemiológica, ou seja, sobre sua fonte de infecção.

O roteiro de diagnóstico clínico constitui-se das seguintes atividades:

- Anamnese – obtenção da história clínica e epidemiológica;
- Avaliação dermatológica – identificação de lesões de pele com alterações de sensibilidade;
- Avaliação neurológica – identificação de neurites, incapacidades e deformidades;
- Diagnóstico de estados reacionais;
- Diagnóstico diferencial;
- Classificação do grau de incapacidade física. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

#### **- Anamnese**

A anamnese é realizada conversando com o paciente sobre os sinais e sintomas da doença e possíveis vínculos epidemiológicos. A pessoa deve ser ouvida com muita atenção e as dúvidas devem ser prontamente esclarecidas, procurando-se reforçar a relação de confiança existente entre o indivíduo e os profissionais de saúde. Todas as informações são registradas cuidadosamente no prontuário, pois elas serão úteis para a conclusão do diagnóstico da doença, para o tratamento e para o acompanhamento do paciente. É importante que seja detalhada a ocupação da pessoa e suas atividades diárias.

Além das questões rotineiras na anamnese, são fundamentais que sejam identificadas as seguintes questões: alguma alteração na pele – manchas, placas, infiltrações, tubérculos, nódulos, e há quanto tempo elas apareceram; possíveis alterações de sensibilidade em alguma área do corpo; presença de dores nos nervos, ou fraqueza nas mãos e nos pés e se usou algum medicamento para tais problemas e qual o resultado. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

### **- Avaliação dermatológica**

A avaliação dermatológica visa identificar as lesões da pele da Hanseníase, pesquisando a sensibilidade das mesmas. A alteração de sensibilidade nas lesões de pele é uma característica típica da hanseníase. São realizadas as seguintes pesquisas de sensibilidade nas lesões de pele: térmica, dolorosa e tátil, que se complementam. A primeira sensibilidade a se alterar é a térmica, depois a dolorosa e, finalmente, a tátil.

A pesquisa de sensibilidade térmica nas lesões e nas áreas suspeitas é realizada, sempre que possível, com dois tubos de ensaio, um contendo água fria e outro com água aquecida. A pele e a área suspeita são tocadas com a extremidade dos tubos frio e quente, alternadamente, para que se identifiquem as sensações de frio e de calor. As respostas como menos frio, ou menos quente devem também ser valorizadas nessa pesquisa.

Para se evidenciar a perturbação da sensibilidade dolorosa, utiliza-se um alfinete. Essa pesquisa é a mais importante para prevenir incapacidades, pois detecta precocemente diminuição ou ausência de sensibilidade protetora do paciente.

No caso da sensibilidade tátil, toca-se com algodão a área suspeita e a pele sadia pedindo-se ao paciente que coloque o dedo no local onde sentir que o algodão está sendo aplicado.

O diagnóstico, portanto, baseia-se na identificação desses sinais e sintomas, e, uma vez, diagnosticados, o caso da Hanseníase deve ser classificado, operacionalmente, para fins de tratamento. Esta classificação também é feita com base nos sinais e sintomas da doença. Os casos, ditos, Paucibacilares são aqueles nos quais há até cinco lesões na pele. Já os casos classificados como Multibacilares apresentam-se com mais de cinco lesões na pele. Essa classificação é importante para que se possa selecionar o esquema de tratamento quimioterápico adequado ao caso. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

### **- Avaliação Neurológica**

O processo inflamatório dos nervos é um aspecto importante da Hanseníase. Clinicamente, a neurite pode ser silenciosa, sem sinais ou sintomas, ou pode ser evidente, aguda, acompanhada de dor intensa, hipersensibilidade, edema, perda de sensibilidade e paralisia dos músculos.

Os principais nervos periféricos acometidos na Hanseníase são os que passam pela

face – trigêmeo e facial, que podem causar alterações na face, olhos e no nariz; pelos braços – radial ulnar e mediano, que podem causar alterações nos braços e mãos; e pelas pernas – fibular comum e tibial posterior, que podem causar alterações nas pernas e pés.

A identificação das lesões neurológicas é feita através da avaliação neurológica e é constituída pela inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés, palpação dos troncos dos nervos periféricos, avaliação da força muscular e avaliação de sensibilidade nos olhos, membros superiores e inferiores.

A inspeção dos olhos, nariz, membros inferiores e superiores verifica os sinais e sintomas decorrentes da presença do bacilo e do comprometimento dos nervos que inervam essas regiões. Nos olhos, há verificação da existência de nódulos, infiltrações, secreção, vermelhidão, ausência de sobrancelhas, cílios invertidos, eversão e desabamento da pálpebra inferior ou opacidade da córnea, assim como se há alteração no contorno, tamanho e reação das pupilas, e se as mesmas apresentam-se pretas ou esbranquiçadas. Já na inspeção do nariz, verifica-se as condições da pele, da mucosa e do septo nasal, bem como se há perfuração do septo nasal, desabamento do nariz ou se a secreção está com alteração na cor, na umidade, e se há crostas, atrofia, infiltração ou úlceras na mucosa. Na inspeção tanto dos membros superiores, como dos inferiores, deve ser questionado sobre a possível diminuição da força, dormência, ressecamento, calosidade, fissuras, ferimentos, cicatrizes, atrofia musculares e reabsorção óssea (perda de uma ou mais falanges do dedo, ou parte delas).

A palpação dos troncos nervosos periféricos verifica se há espessamento dos nervos que inervam os membros superiores e inferiores, visando prevenir lesões neurais e incapacidades.

A avaliação da força muscular tem o objetivo de verificar se existe comprometimento funcional dos músculos inervados pelos nervos que passam pela face e pelos membros superiores e inferiores. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

### **- Diagnóstico laboratorial**

A baciloscopia é o exame microscópico onde se observa o *Mycobacterium leprae*, diretamente nos esfregações de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados: lóbulos auriculares e/ou cotovelos, e lesão quando houver. É um apoio para o diagnóstico e também serve como um dos critérios de confirmação de recidiva quando comparado ao resultado no momento do diagnóstico e da cura. (Guia de Controle da

Hanseníase, 1994).

### **- Diagnóstico diferencial**

A Hanseníase pode ser confundida com outras doenças de pele e com outras doenças neurológicas que apresentam sinais e sintomas semelhantes aos seus. Portanto, deve ser feito diagnóstico diferencial em relação a essas doenças.

As principais doenças de pele que necessitam desse tipo de diagnóstico são:

- Pitiríase Versicolor (pano branco): sua lesão muda de cor quando exposta ao sol ou calor e há descamação furfurácea, com sensibilidade preservada.
- Eczemátide: no local da lesão a pele fica parecida com pele de pato, com sensibilidade preservada;
- Tinha do corpo: lesão hipocrômica ou eritematosa, de bolos elevados, com sensibilidade preservada;
- Vitiligo: lesões acrômicas, com sensibilidade preservada.

As lesões neurológicas podem ser confundidas com as de síndrome do túnel do carpo, neuragia parestésica, neuropatia alcoólica, neuropatia diabética e lesões por esforços repetitivos. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

### **2.3 Tratamento**

O tratamento integral de um caso de Hanseníase compreende o tratamento quimioterápico específico – a poliquimioterapia (PQT), com a finalidade de identificar e tratar possíveis intercoerências e complicações da doença, assim como a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas.

O tratamento específico da pessoa com Hanseníase, oferecido gratuitamente pelo governo, é a PQT, no qual a cura depende do compromisso do paciente em tomar a medicação diária e o comparecimento periódico às Unidades de Saúde onde são acompanhados repetitivos. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

Para o tratamento dos casos Paucibacilares é utilizada uma combinação de Rifampicina e Dapsona, acondicionadas numa cartela da seguinte forma: uma dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) de Rifampicina, com administração supervisionada e uma dose mensal de 100mg de Dapsona supervisionada e uma dose diária auto-administrada.



Já para os casos Multibacilares, é utilizada uma combinação de Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, acondicionados numa cartela da seguinte forma: uma dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) de Rifampicina, com administração supervisionada; uma dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100mg) de Clofazimina supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada; e uma dose mensal de 100mg de Dapsona supervisionada e uma dose diária auto-administrada.

Para casos Paucibacilares com lesão única, sem envolvimento de troncos nervosos, há um esquema de tratamento alternativo, conhecido como ROM. Esse esquema é recomendado somente para o uso em Centros de Referência e é constituído de uma dose única supervisionada de 600mg de Rifampicina, uma dose única supervisionada de 100mg de Minociclina e uma dose única supervisionada de 400mg de Ofloxacina.

A duração do tratamento PQT deve obedecer aos prazos estabelecidos: de 5 doses mensais supervisionadas de Rifampicina tomadas em até 9 meses para os casos Paucibacilares e de 12 doses mensais supervisionadas de Rifampicina tomadas em até 18 meses para os casos Multibacilares repetitivos. (Guia para Controle da Hanseníase, 2002).

- Prevenção e tratamento da úlcera plantar

Cuidados gerais com os pés:

- Higiene dos pés; limpeza e secagem dos espaços interdigitais, corte de unha, etc;
- Remoção dos calos, amolecendo-os e removendo-os com lixas.
- Hidratação e lubrificação;
- Massagens;
- Exame diário dos pés, buscando sinais de pré-úlceras (bolhas, hematomas, calosidades com fissuras, pontos hiperemiados, edema localizado e pontos dolorosos à apalpação);
- Exame diário do interior dos sapatos, procurando pontos endurecidos, pregueamentos da palmilha, presença de pedras, etc;
- Marcha: passos curtos e lentos, observando onde pisa, evitando longas caminhadas sem períodos de descanso;
- Descarga do peso, evitando ficar parado em pé, apoiando-se em um dos pés.

- Férulas

São dispositivos destinados a imobilizar os membros ou segmentos destes, com a finalidade de evitar tração sobre os nervos nos casos de neurites, auxiliar na cicatrização de ferimentos e correção de retrações articulares e facilitar a execução de movimentos funcionais. Podem ser feitas de gesso, madeira, metal, couro e outros.

As férulas confeccionadas para os membros superiores são utilizadas nas neurites dos nervos ulnar, mediano e radial, mão reacional e para os dedos com a finalidade de obter a cicatrização de ferimentos e fissuras. Já as férulas dos membros inferiores são usadas para neurite do nervo fibular e nervo tibial, e no pé reacional.

A férula de Harris auxilia ou realiza dorsiflexão. É indicada na paresia, grau 1 e 2, ou paralisia dos músculos dorsiflexores (pé caído). É contra indicada para pacientes com úlceras ou lesões da perna e transtornos circulatórios. A férula protege o trajeto do nervo e as proeminências ósseas, devendo ser usado continuamente, retirando apenas para o exercício, quando indicados. O paciente deve ser orientado quanto ao uso de tipóia e enfaixamento correto. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

## **2.4 Prevenção de Incapacidades (PI)**

As ações de prevenção, controle e tratamento de incapacidades físicas não devem ser dissociadas do tratamento PQT, e sim desenvolvidas durante o acompanhamento de cada caso e integradas à rotina dos serviços da unidade de saúde, de acordo com o grau de complexidade.

Por meio de exames regulares podem-se identificar os problemas precocemente e trata-los adequadamente. A avaliação sistemática permite, ainda, acompanhar o tratamento evitando danos maiores. O resultado da avaliação neurológica deve ser registrado em formulário próprio e a classificação do grau de incapacidade no modelo adotado pelo Ministério da Saúde.

A seguir apresenta-se os principais nervos periféricos que poderão se afetados e ocasionar conseqüentes lesões que possivelmente atingirão terminações nervosas, ramos sensitivos e/ou motores. (Talhari, 1997).

## **- Da Face**

### **• Nervo Facial**

É um nervo essencialmente motor e inerva toda a musculatura responsável pela mímica facial. A lesão deste nervo produz paralisia facial completa, unilateral ou bilateral ou, o que é mais freqüente, paralisia no ramo orbicular das pálpebras, ocasionando lagofalmo unilateral ou simétrico. Essas conseqüências da paralisia do nervo dão à face o aspecto clássico de “fáceis antonina”.

### **• Nervo Trigênio**

As alterações patológicas são, provavelmente, das pequenas terminações nervosas e causam anestesia da face e, mais importante anestesia da córnea e conjuntiva.

## **- Dos membros superiores**

Os principais nervos acometidos são:

### **• Nervo Radial**

É encontrado à palpação. Na paralisia do radial, surgirá paralisia de todos os músculos extensores do punho e dos dedos, produzindo a mão caída. O antebraço ficará em pronação, o punho em acentuada flexão e os quirodáctilos em discreta flexão. As conseqüências são: incapacidade de supinação do antebraço e a impossibilidade de o paciente estender o punho ou qualquer quirodáctilo.

### **• Nervo Ulnar**

Facilmente encontrado à palpação. Quando o nervo pé comprimido, a sensação será de choque ou latejamento; houver neurite, o paciente manifestará dor intensa ou choque. As conseqüências da alteração do nervo serão as incapacidades para adução e abdução dos quirodáctilos, incapacidade para opor o dedo mínimo ao polegar, dificuldade de adução do polegar e defeito na pinça polegar-indicador.

- **Nervo Mediano**

Na maioria dos casos, não possível à palpação. A lesão ocorre mais freqüentemente ao nível do punho. Verifica-se dificuldade ou impossibilidade de o paciente fazer oposição do polegar aos demais dedos e paralisia cúbito-mediano. Ao conjunto dessas deformidades denomina-se mão em garra. A consequência desse processo será a perda da capacidade funcional da mão.

- **Dos membros inferiores**

Os principais nervos acometidos são:

- **Nervo fibular superficial**

- Músculos fibulares: o paciente deve ficar sentado, com a perna cruzada, apoiando o pé a ser trabalhado no joelho da perna oposta, fazendo inversão completa com força máxima e aplicando força no bordo lateral do pé.

- **Nervo fibular profundo**

- Músculo tibial anterior: paciente deitado em decúbito ventral, joelho em flexão de 90°, realizar dorsiflexão do pé; paciente sentado, com os calcanhares apoiados em um objeto com altura correspondente a um tijolo, deixando os antepés livres, fazer a dorsiflexão completa; paciente sentado, com os calcanhares apoiados em um objeto com altura correspondente a um tijolo, deixando os antepés livre, fazer dorsiflexão completa, adicionando um saquinho de ½ Kg de areia na porção anterior do dorso do pé.
- Músculo tibial anterior e tendão de Aquiles: paciente sentado, perna cruzada, apoiando o pé a ser trabalhado no joelho da perna oposta, fazer o movimento ativo de dorsiflexão com força máxima, completar o movimento com o auxílio de uma das mãos, empurrando o pé para cima.

## - Nervo tibial

- Músculos flexores dos dedos: paciente sentado, perna cruzada, apoiando o pé a ser trabalhado no joelho da perna oposta, apoiar a cabeça dos metatarsianos, fazer flexão passiva da articulação metatarso-falangiana; paciente sentado com o pé cruzado sobre a outra perna, fixar a articulação interfalângiana proximal e fazer flexão e extensão da articulação interfalângiana distal e vice-versa, repetindo em todos os dedos; paciente sentado, perna cruzada, apoiando o pé a ser trabalhado no joelho da perna oposta, usando os dedos, segurar um lápis colocado na prega dígito-plantar, fazendo flexão de metatarso-falangiana, tentando retirar o lápis.
- Tendão de Aquiles: paciente em pé, com os pés descalços, em frente a uma parede, com as mãos espalmadas à altura do rosto, aproximar o rosto das mãos, sem flexionar os joelhos e sem levantar os calcanhares; paciente em pé, com os pés descalços, em frente a uma parede, com as mãos espalmadas à altura do rosto, fletir os joelhos sem levantar os calcanhares. (Guia de Controle da Hanseníase, 1994).

**CAPÍTULO 3**  
**INCAPACIDADES – A DIMENSÃO DO PROBLEMA E AS AÇÕES PSICOSOCIAIS**

### **3 INCAPACIDADES - A DIMENSÃO DO PROBLEMA E AS AÇÕES PSICOSOCIAIS**

A Hanseníase é uma doença secularmente estigmatizada e estando esse estigma fortemente ligado ao desfiguramento que pode causar, fica fácil entender que a limitação dos danos pelas ações de prevenção tenha um importante papel como coadjuvante ao sucesso da cura. As incapacidades são, de modo geral, os distúrbios fisiopatológicos decorrentes dos danos ao tecido nervoso ou a outras estruturas, causados pela doença, como as perdas sensitivas e motoras, e suas conseqüências como as retrações músculo-esqueléticas e mutilações. As alterações anatômicas estão bastante ligadas ao termo incapacidade, como: as atrofia muscular, a atrofia do primeiro e demais espaços interdigitais em mãos e pés; as deformidades esqueléticas, como as garras de mãos e pés, rigidez articular, o pé equinovaro, perdas ósseas, como a perda ou encurtamento dos dedos da mão e pé, e o encurtamento do pé. Sabe-se que a severidade das incapacidades está ligada ao tempo decorrido entre o começo da doença e o diagnóstico, pois quanto menos tempo decorrido menor o risco de desenvolver incapacidades. Uma das principais razões para a dificuldade da descoberta precoce de casos é o medo que os indivíduos sentem de serem reconhecidos como pacientes de Hanseníase. (Opramolla, 2003).

A Hanseníase ainda hoje representa um grave problema de Saúde Pública no Brasil. Além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem sócio-econômica, ressaltamos a repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença. Estas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa do estigma, como dito anteriormente, e isolamento do paciente na sociedade. Desta forma, ao lado dos avanços quimioterápicos, ressalta-se a importância das técnicas de prevenção, controle e tratamento das incapacidades. (Opramolla, 2003).

Uma condição necessária aos profissionais que lidam com os hansenianos seria a de avaliar seus próprios valores no que diz respeito a preconceitos e medos com relação à doença, para que esses não sejam fatores que dificultem suas ações. Entende-se, no entanto como importante a compreensão de algumas características bastante comuns dos pacientes que apresentam o diagnóstico de hanseníase. É difícil traçar um perfil psicossocial do hanseniano, até mesmo porque não existe uma maneira única, pois cada indivíduo possui a sua história, sua vivência, sua cultura.

Vivemos em uma sociedade cujos valores preconizam as condições estéticas do

sujeito e muitas vezes selecionam as pessoas e as classificam. Neste caso, dependendo da caracterização do quadro, o hanseniano não tem muitos favorecimentos, pois a apresentação de manchas no corpo, as alterações faciais e/ou dos pés e das mãos, por exemplo, levam este sujeito a uma auto-avaliação que lhes beneficiam, levando-o sua própria exclusão, principalmente por se acharem fisicamente desagradáveis, aleijados, “leprosos” e “lazarentos”, ficando assim impedido de utilizar seu potencial de relacionamento de maneira satisfatória.

Segundo Oliveira (2003) os hansenianos com de deformidades físicas possuem algumas reações emocionais que influenciam negativamente em mudanças de atitude, sendo elas; sentimento de humilhação culpa medo, mágoa, inutilidade, solidão e inferioridade. Tais sentimentos sofrem influencia direta tanto do estigma quanto no auto-estigma, que historicamente vem sendo fatores que desfavorecem o sujeito no sentido de não se perceber como um indivíduo de direito, nem aceito socialmente julgando-se excluído. O profissional que não consegue atentar para esse processo pouco contribuirá para evitar as incapacitações psicossociais.

O estigma social ainda é predominante (Browne, 2003), afetando muitas vezes a vida profissional das pessoas. O estigma caracteriza-se por situações fora dos padrões sociais conhecida por outras pessoas que passam a discriminar o hanseniano, enquanto que o auto-estigma é criado pelas mesmas situações, mas pelo próprio paciente não aceitando a doença e a si próprio. O estigma é a causa principal do prejuízo sócio-econômico que as pessoas afetadas pela Hanseníase experimentam. Superar este estigma é passo essencial para reintegração na sociedade, visando aumentar a autoconfiança da pessoa. O empoderamento, visa elevar a auto-estima da pessoa e a desenvolver as habilidades básicas para lidar com o dia-a-dia. O processo leva a uma mudança de atitudes que permite que as pessoas se sintam motivadas para a mudança. “Consciência”, como palavra chave, é o nível de compreensão que as pessoas têm sobre si mesmas, sobre sua situação e a sociedade em que vivem. Então restabelecer a autoconfiança é passo fundamental para superar o estigma. (Guia de hanseníase, 1999).

Combater o estigma traz benefícios para todos aqueles afetados pela hanseníase, seja qual for o grau de deficiência, atividade ou participação. É necessário vencer a ignorância e o preconceito. Isso pode ser feito por meio de campanha, panfletagem, atividades que podem incluir exposições, realizadas em praças públicas, centros de saúde, escolas, para toda a comunidade (Guia para reabilitação socioeconômica de pessoas afetadas pela hanseníase,



1999).

De acordo com Erving Goffman (1974), estigma é a diferença profundamente desacreditadora, desvalorizada e indesejável. Os estigmatizados normalmente aceitam o rótulo, identificam a condição e sentem-se menos humanos, menos valiosos, com vergonha da experiência.

O estigma é gerado pela representação que a sociedade tem com relação à doença, ou seja, a doença não gera estigma.

A hanseníase continua sendo até hoje uma doença estigmatizada pelo preconceito e medo, levando o sujeito ao isolamento da sociedade. Cabe ao profissional que trabalha com hanseníase, fazer uma reflexão maior do problema tentando de alguma forma integrar este sujeito novamente à sociedade e a família, trabalhando também a humanização, mesmo sendo um paradoxo.

Ao fornecer o diagnóstico da doença é necessário considerar e identificar as condições emocionais e culturais do paciente e seus familiares. Com relação a não aceitação da doença, podemos observar manifestações tanto do paciente como da família ou da sociedade. Nas relações familiares a degradação ou enfraquecimento das relações são freqüentes e acontece muitas vezes por rejeição ou super proteção que são sentidas por parte do paciente e da família. A convivência familiar é um dos principais pontos de referência para o indivíduo atuando como rede de apoio.

Como mostra a figura abaixo de uma criança que precisa do apoio da família:



**FIGURA:** Paciente de três anos de idade com lesão em placa eritemato-edematosa compatível com o sub-grupo Borderline-Borderline (BB)  
Fonte: Laboratório de hanseníase/ IEC/SVS 2001

De acordo com Santos (2003) para desenvolver novas formas de convivência e valorização social, o apoio oferecido em programas de educação e saúde em práticas de laser sócio educativas tem apresentados resultados positivos. São ações que estruturam e favorecem a integração e participação de forma global.

Os programas de Prevenção de Incapacidade e Reabilitação em hanseníase deveriam ser desenvolvidos por equipes interdisciplinares, que consiste na relação de reciprocidade, mutualidade, em sistema de co-participação, facilitando o diálogo, visando a interação social que o cargo requer.

Ao lidar com o ser humano, especialmente no campo da saúde, precisamos tomar como referencial sua integralidade. Entendo todas as condições psicossociais das pessoas acometidas pela hanseníase, a necessidade de uma atenção profissional mais humanizada é de fundamental importância, uma vez que, influencia diretamente na elevação da auto-estima do paciente. Todo o ser humano, seja qual for a estrutura de costumes e valores na qual se desenvolve, é obrigado a agir para satisfazer e realizar suas necessidades básicas (Brandem, 1995).

No entanto, nem sempre os hansenianos se sentem automaticamente competentes diante desse desafio. Mesmo assim precisam ter a experiência da competência (auto-eficiência), para poderem possuir um senso básico de segurança e força interior. Sem isso não podem comportar-se com adequação, frente aos estigmas e preconceitos favorecendo assim a diminuição da sua auto-estima. A raiz da necessidade da auto-estima é biológica: faz parte da sobrevivência e do funcionamento contínuo e eficiente, sendo inerente a natureza humana.

**CAPÍTULO 4**  
**REFORMA SANITÁRIA, SUS E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE**

#### **4 REFORMA SANITÁRIA, SUS E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE**

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a prática conselheira na área da saúde estão sofrendo com os limites do movimento da reforma sanitária. As análises desses limites acontecem a partir da fala de conselheiros municipais de saúde, que estão vivendo a responsabilidade de juntamente com o poder público implementar o SUS. Mas como não participaram de todo esse movimento de reivindicação e reconhecimento dos direitos, agora tendo a responsabilidade de implementá-los sentem a falta dessas referências e acabam por reproduzir práticas tradicionais de nossa cultura política.

A formulação e a implantação do sistema Único de Saúde (SUS) é a resultante de um expressivo movimento de reforma sanitária, inserido no movimento mais amplo de redemocratização do país e que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) um de seus “lócus” privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Ao lado dos avanços no campo político-institucional, com a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) e a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), houve um trabalho político no campo legislativo na Assembléia Nacional Constituinte, que estava formulando a nova carta magna do país. Desse modo, a saúde teve um expressivo reconhecimento e inserção na nova Constituição Federal, promulgada em Outubro de 1988, destacando-se sua inclusão como um componente da seguridade social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como relevância pública e de referencial político básico expresso no artigo 196, no qual é assumido que “a saúde um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Além disso, foram assumidos também os princípios da universalidade, da equidade e integralidade às ações de saúde.

Nesse processo o país teve, assim, uma política de saúde claramente definida constitucionalmente no sentido de política pública, como política social, implicando, portanto, em mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídicos, político-institucional e técnico-operativo. Porém, a natureza, complexidade e abrangência dessas

mudanças e suas implicações em termos de situações e interesses existentes, associados ao momento político, processo eleitoral e eleição de um governo não comprometido com as teses centrais da reforma sanitária, dificultaram a implementação dessa nova política de saúde.

Tanto que a sua regulamentação só foi estabelecida no final de 1990, com as leis 8080 e 8142 nas quais se destacaram os princípios organizativos e operacionais do sistema, tais como a construção de modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, o controle social e um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal.

A idéia, portanto, da descentralização/municipalização da saúde parece ter um potencial significativo, no sentido de que o Município pode assumir e atuar como base da Federação, com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública. O que não significa isolamento, mas uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal, nos seus respectivos e competentes papéis constitucional e das Legislações Complementares.

Para melhor entender e analisar a viabilidade da “Reforma Sanitária” na atual conjuntura, é necessário compreendê-la como um projeto setorial, articulado a uma estratégia maior, global para a sociedade, que está direcionada a consolidação da etapa democrática do capitalismo brasileiro.

Uma das diretrizes desta estratégia é a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital, situação que se agravou com a supressão das liberdades de participação e organização e a limitação dos direitos civis durante os anos de autoritarismo.

É dentro desta perspectiva que a “Saúde como Direito do Cidadão e Dever do Estado” se coloca como idéia social básica do “Movimento Sanitário”, o qual remota a meados da década de setenta e que agora se cristaliza com a “Reforma Sanitária”.

No ano de 1986, intensificou-se o Movimento Sanitário, sendo convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), visando discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país. Como resultado deste encontro, surgiram propostas de reformulação do sistema nacional de saúde, sendo documentadas e conhecidas como projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Em 1988, foi aprovada a nova Constituição Brasileira, incorporando grande parte dos conceitos e propostas definidas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual diz que “Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-

ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986), adotando então a proposta da Reforma Sanitária e do SUS. Deve-se ressaltar que houve resistência em aceitar tal fato, uma vez que o modelo médico assistencial privatista privilegiava determinados grupos sociais. Porém, para a implantação do SUS, era necessária a formulação de leis, mas somente em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde.

Durante a IX Conferência Nacional de Saúde, houve a reafirmação da proposta do SUS. As Normas Operacionais Básicas (NOB) definem as estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do SUS viabilizando a sua implantação. Apesar da existência desta NOB, muitas vezes não há repasse de verba para os níveis estaduais e municipais, fazendo com que os setores públicos apresentem dificuldades para atingir as propostas do SUS. O governo ainda faz uso de serviços privados contratados e conveniados, os quais também deverão ser pagos, de preferência pelo nível municipal.

As características principais para compreender as propostas do SUS são:

- Universalidade – deve atender, gratuitamente, a todos de acordo com suas necessidades.
- Integralidade – deve atuar de maneira integral, de forma holística, a fim de prestar assistência objetivando a promoção da saúde, prevenção e cura da doença.
- Descentralizado – deve permitir aos níveis estaduais e municipais coordenar as ações de modo que a implantação do SUS esteja de acordo com seus princípios. As ações devem estar concentradas no nível municipal, já que ocorreu a municipalização da saúde, privilegiando e respeitando as características particulares de cada município, fazendo com que o nível federal apenas transfira o pagamento para os demais níveis administrar as ações.
- Racional – deve-se disponibilizar ações nos diferentes níveis de atenção, atentando para as características da clientela em cada setor, a fim de suprir e solucionar suas necessidades.
- Eficaz e Eficiente – deve ser capaz de solucionar o problema de quem o procura, ou seja, garantir qualidade e resolutividade do serviço, procurando adequar-se à realidade da comunidade e a disponibilidade de

recursos.

- Democrático – deve permitir a participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, ajudando a delimitar a política no seu nível de atuação, auxiliando no melhor modo de administração que garanta qualidade de vida e do serviço à comunidade.

Estas características ou princípios do SUS foram estabelecidos legalmente, para garantir à população o acesso a um serviço de saúde, com qualidade, contribuindo para manter uma melhor qualidade de vida e de saúde da população.

Podemos apontar por um lado avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com a ampliação do nível de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e os usuários; o trabalho de equipe, e o prepara para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes na prática de atenção, fica fragilizado.

O baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho de equipe, diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades.

O debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, é necessário e urgente, para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e a condição de viabilizar uma saúde digna, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida. Por tudo isso é preciso ter uma política nacional de humanização da atenção e da gestão da saúde.

### **- O Cuidar e a Humanização**

Comentar a humanização significa ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Portanto, para construção de uma política de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo se entendida como apenas um “programa” a mais a ser

aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em todas as redes SUS.

Como política, a humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas Unidades de serviços de saúde e entre as instancias que constituem o SUS.

A humanização como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, com a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

Humanizassus implica no ajuste de compromissos e ação integrada entre os níveis de gestão federal, estadual e municipal. Necessita do conjunto de desejos, interesses e atuação solidária das diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas e das práticas de saúde, reconhecendo os gestores, trabalhadores e pacientes como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde.<sup>1</sup>

A idéia central é que, relacionamento humano que humaniza é aquele que permite receber o outro e ser recebido por ele. Esta é basicamente a função do profissional de saúde: aprimorar a capacidade de comunicação que lhe permite ver o outro em profundidade, ver a sua dor, “curar nem sempre”, como disse Hipócrates. Aprender a receber o outro, para aprender a conhecer a si mesmo e transcender para estar mais fortalecido, capaz e preparado para se entregar e se comunicar mais ainda com os outros, e assim por diante, no movimento infinito de auto-desenvolvimento. É imprescindível para o crescimento pessoal do trabalhador de saúde, ver no outro o significado grandioso da sua vida.

A saúde se faz com pessoas e entre pessoas. Trata-se, antes de tudo, de uma relação humana, uma relação entre indivíduos e grupos, com suas potencialidades, limites e saberes. Que seja na perspectiva da assistência para recuperação ou prevenção de agravo ou doença, que seja para a promoção da saúde. O profissional de saúde tem o ofício de promover a vida, uma relação saudável das pessoas com o meio ambiente e com as outras espécies, contribuir para manter saudáveis crianças, jovens e adultos e para ajudar idosos a manter a qualidade de vida. Também inclui lidar cotidianamente com a dor, o medo e a morte, com um delicado trabalho pela recuperação da saúde, pelo ensinamento de viver com limitações e seqüelas, oferecendo o amparo necessário no momento em que a vida chega ao seu final, para

---

<sup>1</sup> <http://dtr2001.saude.gov.br> Humanizassus – Política Nacional de Humanização



que seja digna e com o menor sofrimento possível. (Fortaleza Humaniza SUS, caderno de texto 1, 2005).

O paciente tem direito ao atendimento humanizado, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, devendo ser atendido em local digno e adequado.

Os medicamentos e equipamentos necessários à garantia da vida e da saúde devem ser fornecidos gratuitamente sejam eles básicos ou de alto custo. E tem ainda direito de receber, conforme sua vontade, assistência moral, psicológica e social.

É fundamental que o profissional de saúde repense o compromisso do serviço de saúde com a população, e o seu compromisso com o trabalho e a clientela. Isso implica refletir sobre a missão da unidade de saúde no contexto do SUS. Recuperar a história das unidades de saúde à luz das políticas nacionais de saúde e do modo como essas políticas efetivaram-se no estado e no município. Entender as mudanças que foram recentemente introduzidas no funcionamento dos serviços de saúde com o objetivo de fazer cumprir os princípios doutrinários e as diretrizes operacionais do SUS. Perceber em que medida esses princípios e diretrizes estão sendo contemplados pelas unidades. (Fortaleza Humaniza SUS, Caderno de texto 1, 2005).

De acordo com o princípio da universalidade, o indivíduo que chega a qualquer serviço público precisa ser atendido. Os serviços de atendimento à saúde são realizados de acordo com as necessidades que o indivíduo apresenta e, respeitando o princípio da equidade, considerando que alguns apresentam necessidades mais urgentes que outros, mais que todos devem ter alguma forma de atendimento.

Essas considerações permitem afirmar que falar de acolhimento no serviço de saúde, na verdade está se falando de um direito constitucional da população. Ao se tratar de um direito que diz respeito às questões como saúde/doença, vida/morte, o direito à saúde é exercido por pessoas que encontram-se fragilizadas por um sofrimento.

O acolhimento da pessoa que procura o cuidado à saúde expressa-se na relação que se estabelece entre o sujeito e o profissional. Uma relação que deve ser tratada pelo respeito, pela solidariedade, pelo reconhecimento de que o atendimento não é um favor que o serviço faz ao indivíduo, mas o cumprimento de uma obrigação desse serviço para com o direito da população. O acolhimento não se restringe à recepção do paciente, mas se dá em todos os momentos vivenciados pelo indivíduo na unidade de saúde. A integralidade, é outro princípio do SUS, que significa acolher/assumir o indivíduo, seja no próprio serviço ou responsabilizando-se pelo encaminhamento e o atendimento em outros serviços, suprimindo as

carências/demandas dos pacientes.

O acolhimento é um aspecto fundamental para a humanização do atendimento nos serviços de saúde. É preciso considerar que a realidade atual desses serviços contribui para a desumanização na relação entre o profissional e o paciente.

É necessário mudanças no modelo técnico-assistencial, na estrutura organizacional dos serviços e nas relações entre profissionais e com a população.

Uma das questões principais, presente no acolhimento diz respeito à reorganização dos serviços de saúde visando a humanização do atendimento e os objetivos colocados para o atendimento à saúde da população, definidos pelo SUS. (Fortaleza Humaniza SUS, 2005).

Pequenos detalhes do funcionamento do serviço interferem de modo significativo no acolhimento ao paciente. O modo como a unidade se organiza para receber o paciente desde a recepção aos diferentes trajetos no seu interior expressam o respeito com o paciente e a percepção dos seus direitos.

É importante ressaltar que o acolhimento, é fundamental em todos os momentos do ato de cuidar. Implica também, em respeitar as especificidades do paciente, entendendo as suas expectativas, temores e desejos. A compreensão desses sentimentos que podem se expressar como formas de insegurança, dificuldade de entendimento das orientações ou mesmo resistência a essas orientações possibilita ao profissional ter atitudes mais compreensivas e de maior respeito aos pacientes. Todas essas considerações se fundamentam na necessidade de reconhecer o paciente como um cidadão de direitos.

Virtudes humanas e pessoais partindo do ambiente de trabalho, mostrar nossos limites, não ser mecânico, ajudar as pessoas a se expressarem, dá o melhor de si, demonstrar que o seu problema é o nosso problema, que o paciente não estar sozinho, evitar a frieza no atender só por atender, cidadania, dar tratamento clínico adequado, humano e cordial é todo um trabalho da humanização. (Zobóli, 2001).

A escuta e o olhar são importantes formas de comunicação. A comunicação gestual e corporal são também formas importantes de acolher o paciente. Assim, a escuta atenta, o olhar compreensivo e o toque respeitoso, que expressam formas de comunicação, devem ser pautados pela identificação de direitos em todos os momentos da relação entre profissionais e pacientes.

A nossa missão como ser humano é compartilhar alegrias e tristezas com os paciente e colegas de trabalho, tratar bem os funcionários e pacientes que procuram sobre

qualquer assunto, se aprimorar como ser humano para ser melhor com os outros, dividir os problemas, acalmar, orientar, se doar, tratar a pessoa como eu gostaria de ser tratada, mostrar que me preocupo com o paciente, transmitir paz e tranqüilidade, valorizar as qualidades do outro, ser humano e profissional ao mesmo tempo em todas as ocasiões. Deve-se tratar o paciente pelo nome, ser feliz para doar felicidade, evitar julgar, permitir que o paciente tenha acesso a todos os profissionais, tratar as causas e não somente às doenças, facilitar a vida do paciente.

Um aspecto importante no repensar a unidade de saúde é a reflexão sobre a lógica que rege o funcionamento dessa unidade na organização do atendimento. A unidade sempre dificulta o acesso aos serviços que ela oferece. Muitas vezes, o cartaz na porta da unidade de saúde traduz como é feito o acolhimento: “Marcação de consultas só no próximo mês”, “Pacientes de bermuda ou shorts não serão atendidos”... Sem qualquer escuta, já se descarta na porta qualquer possibilidade de atendimento. Mesmo não havendo vagas, o paciente deveria ser ouvido nas suas necessidades.

A escuta do outro como sujeito, a transformação de condições em que se desenvolve a relação, a obrigação de servidor público para mostrar seus conhecimentos e habilidades, abre um caminho para criar um vínculo de confiança, que deverá ser mútuo. Os profissionais de saúde poderão aprender com os pacientes não apenas a respeito de riscos e agravos, mas sobre a promoção da saúde, encontrando, no diálogo, formas e estratégias de ação para melhores resultados individuais e coletivos, sendo responsabilidade de ambas as partes. Os gestores do sistema de saúde e a comunidade também são agentes e sujeitos da relação de produção da saúde na sociedade, e co-responsáveis pelos resultados.

O que se quer recuperar ou instalar com as iniciativas chamadas de acolhimento é uma relação solidária entre sujeitos, de um esforço consciente de trabalhar com as assimetrias, respeitando os saberes e poderes do outro.

Acolher é tecer uma rede de confiança solidariedade entre cidadãos pacientes, profissionais e equipes de saúde, tornando a produção da saúde um encontro de paz.

*“ A paz no mundo começa em mim. Se eu tenho amor com certeza sou feliz. Se eu faço o bem ao meu irmão tenho a grandeza dentro do meu coração. Chegou a hora da gente construir a paz. Ninguém suporta mais o desamor. Paz pela paz, pelas crianças, pela floresta, pela coragem de mudar, pela justiça, pela liberdade, pela beleza de te amar.”*

*Caminhada pela paz. Nando Cordel*

A humanização nos remete a refletir sobre nosso papel como educadores. Para (Paulo Freire, 2005) “educar é tornar os sujeitos mais humanos e humanizar seria situar os processos e práticas educativas no âmago, nos anseios e nas lutas dos setores populares”.

Sentir-se humano é perceber que temos vida, que temos uma infinita capacidade de amar e de cuidar. É perceber que podemos pensar e agir construindo uma vida melhor.

O medo e o desconforto do paciente hanseniano não têm que ser vistos como catástrofes. Podemos aceita-los como partes da vida, encará-los e lidar com eles da melhor maneira, continuando a avançar na direção de nossas melhores possibilidades. Mas a vontade é sempre necessária. A perseverança e a coragem também são necessárias. A energia para esse compromisso só pode vir do amor que temos pela nossa própria vida. O paciente hanseniano precisa dessa nova identidade, dessa capacidade, do poder de superação, através desse sentimento. O amor é o começo da virtude. É a mola propulsora de nossas mais altas e nobres aspirações.

#### **- Hanseníase e a Morte**

A reportagem do dia 18 de setembro de 2005, p.6 da folha de São Paulo, apresenta as seguintes informações.

Durante muitos anos, os cristãos estiveram à frente do cuidado de pessoas que sofriam de hanseníase (lepra). Sua atitude em relação à doença e às suas vítimas baseou-se em depoimentos como:

*“Eu tinha nove anos quando os guardas vieram, levaram minha mãe e colocaram fogo em casa com tudo dentro. Tive de ir morar com três irmãos na casa do meu avô num sítio; meu pai não podia cuidar de todos sozinho. Só voltei a ver a mãe dois anos depois, mas a 10 metros de distância. Ela não suportou o confinamento, morreu em cinco anos. Tenho 32 anos”.*

A hanseníase existe desde antiguidade, conforme relato do paciente hanseniano (N.M.) de 77 anos, que contraiu a doença em pleno século 20. À primeira vista lembra a história de um sobrevivente de guerra ou algo do gênero, com ingredientes familiares, denúncias anônimas, fuga, perseguição policial, fichamento, clausura compulsória.

Cenas como essas eram a tônica da política nacional de saúde até quase o fim dos anos 60, a década da paz, amor e liberdade. Tratados como criminosos, os hansenianos que

não se apresentavam espontaneamente para o confinamento eram denunciados e contra eles se expedia ordens de captura.

Caçados literalmente a laço pela polícia sanitária, fichados no DPL (Departamento de Prevenção à Lepra) e internados em 35 asilos-colônias afastados das cidades, na maior parte das vezes os pacientes nunca mais voltavam a encontrar a família. Os medicamentos eram ineficazes e quase nenhum alívio trazia às dores e seqüelas da doença, levando na maioria a morte. Desespero, depressão e loucura eram constantes nas colônias, onde regras rígidas regulavam a convivência.

Com um histórico tão trágico, era de se esperar que os leprosários fossem banidos do mapa. No Brasil, porém, eles resistem, assim como a própria doença; somos um dos nove países do mundo em que a hanseníase é endêmica. (Folha de São Paulo, 18 Setembro, 2005).

Segundo Bellato (2005), desde os tempos mais remotos, a morte é um tema que sempre ocupou importante lugar no pensamento dos seres humanos. A história da humanidade nos mostra que em todas as culturas, a morte é considerada uma experiência inevitável, inspirando as pessoas à reflexão sobre o sentido da vida. Os seres humanos lutam toda a existência contra a idéia de fim. A angústia desta luta torna inevitável enfrentamento de tal situação mais difícil e o fato é que sendo o homem um ser vivo, um dia morrerá.

A formação profissional é um grande desafio de modo que propicie uma transformação nas maneiras de perceber a morte, incluindo-a como dimensão da vida com expressão de totalidade biológica, psicológica, social, cultural, política e espiritual das pessoas para melhor qualidade de vida no tempo que lhes resta. O estabelecimento de uma relação singular e personalizada com a pessoa doente e morte iminente tornam-se imprescindível, sendo, para isso necessário que o agente do cuidado seja treinado com fins de valorização da vida por meio de um contato com sua sensibilidade (Gomes e Ruiz, 2006).

Há realidades que não podemos evitar. Uma delas é o medo de lidar e aceitar a morte. Não importa o que queiramos admitir, ou não, não há como ficarmos indiferentes à nossa auto-avaliação. Porém, podemos fugir desse conhecimento se ele nos incomoda.

Viver é um desafio constante. Sem perceber, entramos nas ilusões da realidade superficial, imaginando estar imunes ao sofrimento.

A morte pode nos pegar de surpresa, por uma doença incurável e/ou estigmatizada, levando o paciente ao isolamento ocasionado pela angústia, desprezo e falta de auto-estima.

A hanseníase, ainda, hoje, é uma doença cercada pelo medo, preconceito,

causando ao paciente na maioria das vezes a certeza da morte. A auto-estima é uma necessidade humana fundamental. Com uma auto-estima elevada, é mais provável que se persista diante das dificuldades. Os hansenianos necessitam conviver e trabalhar com pessoas, profissionais que oferecem a noção do que é auto-estima: “sentir-se bem”, para enfrentar os desafios que a vida oferece.

### **- Humanização e Morte**

*Momento num café*

*“ Quando o enterro passou, os homens que se achavam no café tiraram o chapéu maquinalmente, saudavam o morto distraídos, estavam todos postos para a vida, confiantes na vida.*

*Um no entanto se descobriu num gesto largo e demorado, olhando o esquife longamente. Este sabia que a vida é uma agitação feroz e sem finalidade. Que a vida é traição, e saudada a matéria que passava liberta para sempre da alma extinta.” (Manuel Bandeira)*

Diante da diminuição de acordo ou concordância de idéias culturais, da falta de modelos de papéis dignos, dos poucos interesses públicos, das rápidas e desorientadoras mudanças que são permanentes em nossa vida, é perigoso não sabermos de nossa história, quem somos, ou não confiarmos em nós mesmos. A turbulência de nossa época exige indivíduos fortes, com claro senso de identidade, competência e valor. A estabilidade que não podemos encontrar no mundo terá que ser criada dentro de cada um de nós.

O paciente hanseniano se enquadra dentro destas perspectivas, podendo levá-lo a morte, não só pelas conseqüências da doença, mais pelo seu confinamento de não ter força suficiente para lutar durante os desafios que a doença e a vida lhes oferecem.

A auto-estima é a saúde da mente, formada por fatores que residem dentro do indivíduo, ou que são gerados por ele através de idéias ou crença, práticas ou comportamentos, e também, por mensagens verbais ou não verbais que são transmitidas pelos pais, familiares, educadores, pelas organizações e pela cultura. A auto-estima é a mola mestra para o indivíduo, em qualquer situação da vida, e principalmente para o paciente hanseniano que carrega o medo e o estigma de uma doença. Apesar da cura clínica, muitas vezes o indivíduo não tem a cura psicológica, nem dentro e nem fora da sociedade.

Deve-se criar um ambiente adequado ao espaço físico entendido com o espaço social, profissional, e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (Brasil, 2006).

Humanizar o trato com a morte significa humanizar não só atenção com a família,

mas a forma como o cadáver e tratado. Essa dermacação, historicamente, sempre ocorreu pela sua sinalização de símbolos religiosos. O necrotério deve oferecer condições onde a sacralidade da morte seja ressaltada (presença de símbolos, por exemplo).

Deve-se oferecer condições para que representantes dos familiares possam ter algum conforto físico(cadeiras ou bancos), enquanto esperam pelas providencias do translado. É necessário que a conduta ética do trato do corpo possa se tornar prioridade. Os familiares, se desejarem, podem ajudar o trabalhador no preparo do corpo.

É recomendável que o cadáver não seja tratado com o nome de “pacote”, mesmo não possuindo mais vida, ele ainda guarda a dignidade humana, não podendo ter um tratamento como objeto. Essa expressão deve ser substituída por outras que possam expressar melhor a relação da dignidade e cuidado que devemos ter com o cadáver de um ser humano.

O mais importante parece ser uma atitude solidária junto ao outro que parte, contribuindo de forma amorosa, escutando e confortando os que ficam. Re-humanizar o processo de morrer implicar atuar no campo da formação profissional sobre o tema, preparando as equipes de saúde sobre o sofrimento e atitudes adequadas junto aos pacientes e familiares nestes momentos finais. Considera-se ainda, a relevância de fortalecer políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Humanização, e o reconhecimento do movimento de Cuidados Paliativos como contraposto ao modelo atual de morrer (Gomes e Ruiz, 2006).

Nos dias de hoje, a morte ainda é presente no paciente hanseniano, apesar da doença ter cura, ela deixa várias seqüelas causando estigma, e medo da morte.

A humanização versus morte do paciente hanseniano requer mais atenção com familiares e com o próprio paciente, com dimensão imprescindível da vida, e importância dos desafios vividos pelos profissionais da saúde. Mesmo a morte sendo uma constante no dia a dia, ela torna-se esquecida por todos nos, apesar de saber que o objetivo de toda a vida é a morte.

Podemos passar anos e anos de nossas vidas sem contemplar a morte em sua verdadeira e real crueza. Lidar com a morte apresenta sempre certo sentido de mistério. A morte parece ser refrataria à experiência vivida, pois não podemos morrer e depois retornar para contar como foi. O dilema entre preservar a vida a todo custo e permitir uma morte digna existe, daí por que o tema morte e modos de morrer pode se tornar tão complexo.

A morte é a única certeza que temos em relação à vida. Isso, algumas vezes se torna assustador levando o individuo a apresentar sentimentos de revolta e não aceitação da morte.

**CAPÍTULO 5**  
**APORTES METODOLÓGICOS**



## 5 APORTES METODOLÓGICOS

No Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, são feitas reuniões mensais com os funcionários que garante espaço para informes e pautas variadas que precisam ser discutidas e devem ou podem ser sugeridas por qualquer funcionário.

Falar em humanização dentro do nosso serviço Prevenção de Incapacidade é falar de acolhimento, porque ele é um gerador de polêmica entre os profissionais. Precisamos avaliar se estamos sendo acolhedores ou fazendo mero serviço de triagem e pronto atendimento. Sem dúvida a jornada de trabalho dos profissionais não é suficiente para que se possa fazer prevenção, promoção e acompanhamento dos grupos. Desejamos que a atitude de acolher seja absorvida como uma filosofia: acolher é a forma de receber a pessoa no serviço; como damos um bom dia ou boa tarde.

Silva (2000) lembra:

*“A tarefa de cuidar é um dever humano e não um dever exclusivo de uma classe profissional. O poder de transformar pelo amor e pela compaixão nunca foi prerrogativa de pessoas santas ou especiais. Coragem e compaixão não dons especiais de nenhuma seleta minoria; são instrumentos de cuidados.”*

Ser humano é ser comunicante, é estar marcado pelo corte que nos separou, do restante do seres e das coisas do mundo; corte esse que se configura na capacidade de representação simbólica desse mundo, por intermédio da linguagem exercitada e legitimada no âmbito da comunicação, desde o início do século os estudiosos (Sejam eles psicólogos, sociólogos, antropólogos, psicanalistas, cientistas políticos, filósofos, lingüísticos, semiólogos, ou comunicólogos), vêm lhe dando: a compreensão da intersubjetividade, do diálogo possível, da construção da identidade e dos laços sociais.

Em 1921, Freud, citado por Mattelart (1999):

*“Se o indivíduo isolado na multidão abandona sua singularidade e se deixa suggestionar pelos outros fá-lo por que nele existe a necessidade de está de acordo com eles, mas do que, em oposição, fazendo-o pois talvez, afinal de contas, por amor a eles”.*

A forma simples e adequada de se expressar verbalmente a autêntica vida humana é por meio do diálogo aberto-e-fechado (open-ended dialogue, cf SHOTTER, 1994). A vida, em sua verdadeira natureza é dialógica. Viver significa participar em diálogos; fazer

perguntas responder, concordar, e por ai em diante. Em um diálogo a pessoa participa completamente na vida do outro: com seus olhos, lábios, mãos, alma, espírito e ações.

O diálogo está direta ou indiretamente ligado a Clínica do Discurso, ou seja, o termo é a união de duas idéias renascidas no mundo da pesquisa: a questão clínica que fundamenta a unidade epistemológica das abordagens científicas e que vem sendo bastante discutida na Europa, menos médica e mais como uma abordagem nas Ciências Humanas, Sociais, Jurídicas e Educacionais; e a questão do discurso que ocupa um espaço a qual, não se via ocupar desde o apogeu do positivismo nas ciências, em que se falava prioritariamente de que crítica, que aqui não se opões a clínica, mas está contida na clínica. (VASCONCELOS, 2005).

Para Vasconcelos (2005) a estratégia da Clínica do Discurso é usada, sobretudo no contato com o sujeito em período de crise, seja em casos de fracasso escolar ou profissional, doença, encarceramento, divórcio, luto, classes marginalizadas, enfim, com pessoas que estejam passando por uma dor psíquica intensa, aparente ou dissimulada, temporária ou permanente, e que necessitem de um acompanhamento que lhes assegure a falar. Acreditamos na palavra como forte potencializador de resiliência do sujeito. A Clínica do Discurso não analisa o que houve, mas escuta, sonda, ausculta os sentidos e apreende o que é dito. Ela é uma forma de escuta que valoriza a qual, o sujeito tem a dizer, o que ele conhece sobre o que sente o que espera de si mesmo e de suas habilidades.

A Clínica do Discurso permite aproximação mais subjetiva com o sujeito. O cliente a que Vasconcelos se refere pode ser o nosso “cliente” de hanseníase que se encontra, em período de crise por medo, por preconceito, pelo estigma, por isolamento da família, e/ou da sociedade, entre outros fatores, pela não aceitação da doença. Daí a necessidade de tratar esse sujeito com mais humanização, tentando minimizar os problemas psíquicos ocasionados pela doença, através de um diálogo direto ou indireto que é sempre um encontro de entrevista clínica. Temos que privilegiar a narração, e a percepção da dimensão humana mais característica, a fala.

*“A entrevista é uma situação psicossocial complexa cujas diferentes funções, embora analisáveis formalmente, são dificilmente dissociáveis na prática profissional.”*  
(C. Nahounm 1967, *A entrevista psicologia*, PUF)

Como cita Vasconcelos (2005), a entrevista passa a fazer parte do método de

pesquisa científica a partir das pesquisas sociais, pela necessidade própria de se obter o discurso do sujeito entrevistado e pelo procedimento de análise. Segundo (Osterne, 2001), “quando se pretende conhecer maneiras de ser e modos de vida, tem-se que conhecer pessoas”.

Para Minayo (1994) “As Ciências Sociais possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória.”

Segundo Osterne (2001), dentro deste aspecto o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, ou seja, a realidade social é, em si, a própria dialética da vida individual e coletiva.

Este estudo pressupõe uma pesquisa qualitativa, usando a entrevista como instrumento de pesquisa, valorizando e vigiando o encontro do entrevistador-entrevistado (profissional e paciente de hanseníase), dentro de um processo de humanização.

#### **- Procedimentos da intervenção na pesquisa**

O paciente ao chegar Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia(CDERM) vem encaminhado de um Posto de Saúde com possível diagnóstico de hanseníase. Ele passa por uma consulta médica, onde são solicitados, dentre eles, o exame de baciloscopia para saber se o paciente está realmente com hanseníase. Na dúvida, é feito também uma biopsia no local da lesão ou mancha que o paciente apresenta. Também passa por um exame de Prevenção de Incapacidades(PI), que é uma avaliação neuro-funcional onde se examina Face (nariz e olhos), Membros Superiores(MMSS), e Membros Inferiores (MMII), fazendo um teste de sensibilidade, avaliação de força muscular e palpação dos nervos periféricos (responsáveis pelos movimentos dos dedos das mãos e pés).

Depois do diagnóstico confirmado o paciente passa por uma triagem de profissionais: Enfermeiros, se responsabilizam pela administração de medicamentos, Assistentes Sociais, orientam o paciente em relação a doença e familiares, Psicólogos, trabalham a auto-estima do paciente, Fisioterapeuta, realizam o exame de Prevenção de Incapacidades(PI) e cuidam da prevenção e tratamento das incapacidades físicas, etc. Estes pacientes são acompanhados mensalmente até o fim do tratamento que pode variar de seis a doze meses, dependendo da gravidade de cada caso.

Em cada setor ele recebe todo o suporte com orientações básicas, dentro de um

processo de humanização, tentando minimizar os problemas que possam surgir ou não no decorrer do tratamento.

Geralmente quando o paciente chega ao setor de Prevenção de Incapacidades(PI) vem fragilizado, inseguro muitas vezes chorando, e com medo de não ser curado. Este é um dos momentos mais importantes para se trabalhar a humanização, que é nos colocar como sujeitos do processo de transformação da realidade, em favor da construção de um novo movimento do Sistema Único de Saúde(SUS), com qualificação da Atenção e Gestão, valorização da vida e das pessoas orientadas e fundamentadas nessa ação.

Humanização é a democracia com cuidado, é a participação com respeito, é a crítica com afeto. A equipe de profissionais de saúde precisa ser um coletivo de gestão e um grupo ampliado de pesquisa, para a reflexão crítica de sua própria prática

Na trajetória metodológica foi desenvolvida uma pesquisa com vinte pacientes com hanseníase de ambos os sexos, com faixa etária predominantemente adulta, que se encontram em tratamento do Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia(CDERM), no setor de Prevenção de Incapacidades. Foi traçada a partir dos objetivos do estudo, baseada na pesquisa de campo, que segundo (Minayo, 2001), o trabalho de campo é uma característica básica da investigação qualitativa, como possibilidade de criar conhecimento a partir da realidade.

Foram incluídos no estudo através de levantamentos nos arquivos na Instituição, sujeitos escolhidos aleatoriamente, com baixa renda, com pouca escolaridade, com diagnóstico já confirmado, observando idade, origem, nível social, estado civil, família, profissão, de modo que se possam verificar as limitações e/ou incapacidades e às reações subjetivas. Esta relação de sujeitos foi feita no período de junho a dezembro de 2006, passando numa segunda etapa por uma entrevista individual estruturada, onde o sujeito poderá responder a entrevista com ajuda de uma pessoa caso seja analfabeta, e também responder sozinho, evitando a exposição de um sujeito a outro. A entrevista teve como foco a satisfação, o atendimento, o acolhimento do sujeito durante a intervenção do profissional, assim como, no seu estado emocional a qual se encontra, visando entender a convivência com as mudanças em sua vida relacionadas aos aspectos biopsicossociais e o estigma gerado pela doença.

É com tal pensamento que este estudo foi estruturado, como nos garante Vasconcelos (2005), que a clínica do discurso responde e corresponde a uma dinâmica do encontro entre observador e o observado. É o sujeito que por intermédio de uma pergunta de partida elaborada previamente, interrogamos sobre as imagens que ele constrói de si mesmo

em sua vida e no momento mesmo da entrevista, guardando nesse contato a distância necessária para que ele perceba o respeito que temos por ele.

Nesse sentido seria de interesse maior planejar uma intervenção que promovesse a participação do sujeito na autotransformação e de mudança dessa realidade, na perspectiva de fornecer-lhe suporte emocional, orientações para o auto-cuidado, atividades físicas e sociais, necessárias à reabilitação funcional, ajudando-o na reintegração com a família e sociedade.

**CAPÍTULO 6**  
**RESULTADOS**

## **6 RESULTADOS**

### **6.1 Perfil dos Sujeitos Participantes**

A apresentação dos sujeitos participantes do estudo foi feita de acordo com as anotações na ficha de avaliação e com gravador, preservando sua identidade, apresentando apenas as letras iniciais de seus respectivos nomes, usando um nome fictício, o bairro onde residem e sua naturalidade, de acordo com a seqüência da entrevista. conforme vemos abaixo:

#### **1. FERNANDO (V.R.S.)**

Tem 28 anos, casado, servente de construção civil, ensino médio completo (educação básica); é natural de Fortaleza-CE e reside em Maracanaú; renda mensal de salário mínimo, familiar (esposa e um filho). Iniciou Pa PQT em março de 2004. Na Prevenção de Incapacidade foi atribuída com grau 0 (zero). Tem 4 casos de hanseníase na família. Apresentou como queixa principal dormência na perna esquerda.

#### **2. MARIA (R.L.S.)**

Tem 68 anos, casada, analfabeta, dona de casa, tem como renda mensal salário mínimo (aposentadoria) para sustentar uma família com esposo e 7 filhos iniciou a PQT em maio de 2005. n a avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuída com grau 1 (um). Paciente é natural de Fortaleza-CE e reside no bairro da Serrinha. Como queixa principal da doença sentiu dormência e manchas nas mãos, pernas e pés.

#### **3. JOÃO (E.A.C.)**

Tem 32 anos, casado, técnico em computação, afastado pelo INSS com renda mensal de salário mínimo para sustentar família com esposa e 4 filhos, natural de Fortaleza-CE e reside no bairro Conjunto Timbó. Paciente em tratamento de Tuberculose e Hanseníase. Iniciou a PQT em agosto de 2002, onde recebeu alta em novembro de 2003, até hoje faz tratamento para várias incapacidades físicas adquiridas (neurites) de membros superiores e membros inferiores. Grau de incapacidades foi atribuído grau 2 (dois).

#### 4. RENATA (M.A.A.S)

Tem 37 anos, viúva, doméstica, ensino fundamental completo, natural de Fortaleza-CE e reside no bairro Bom Jardim, renda mensal de salário mínimo, família (esposo e 3 filhos). Iniciou a PQT em outubro de 2005. Na Prevenção de Incapacidades foi atribuída o grau 1 (um). Observou mancha no corpo há 8 meses antes do início do tratamento, e dormência no pé direito.

#### 5. SONIA (M.S.S.)

Tem 42 anos, solteira, professora, ensino fundamental completo e natural de Sobral-CE, renda mensal de salário mínimo. Deixou de trabalhar por causa das seqüelas, família (pai e 3 irmãos). Iniciou a PQT no Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia em agosto de 2002, mas já havia feito tratamento em Sobral em 1997 a 1999. quando começou o tratamento em 2002, já estava com quadro de neurites agudas nos membros superiores e membros inferiores, com comprometimento acentuado e várias seqüelas. Ficou sem andar (em cadeira de rodas), depois passou a andar com uso de aparelhos. Fez fisioterapia para mãos e pés, e hoje já consegue andar e usar as mãos sozinhas.

#### 6. JOAQUIM (J.A.M.)

Tem 57 anos, casado, militar, família (esposa e 2 filhos), renda mensal (não mencionou). Iniciou a PQT em dezembro de 2003. Na avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuído grau 1 (um) natural de Fortaleza-CE e reside no bairro Parque Rio Branco. Há mais ou menos 8 meses antes de começar o tratamento sentiu formigamento, dores nas mãos e panturrilhas.

#### 7. ANITA (F.F.S.)

Tem 28 anos, solteira, desempregada, fez segundo grau completo, família (mãe e irmã), natural de Fortaleza-CE, reside no bairro de Aerolândia. Iniciou o tratamento da PQT em 2002. Na avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuído grau 1 (um), acha muito importante o exame de Prevenção de Incapacidades(PI) para evitar seqüelas. A principio não



sabia o que era a doença, só se conscientizou quando viu o corpo cheio de manchas.

#### 8. GRAÇA (V.L.A.)

Tem 58 anos, casada, dona de casa, é semi-analfabeta, renda financeira (salário mínimo), natural de Fortaleza-CE, reside no bairro Quintino Cunha. Iniciou o tratamento da PQT em março de 2004. Na avaliação da Prevenção de Incapacidades foi atribuída grau 1 (um). Apresentou como queixa principal o surgimento de várias manchas no corpo há quase dois anos.

#### 9. DAMIÃO (F.C.)

Têm 30 anos, solteiro, desempregado, semi-analfabeto, família (pais e 6 irmãos). É natural de Canindé-CE, reside no bairro Antonio Bezerra. Iniciou o tratamento da PQT em 1996. Quando descobriu que estava com a doença sentiu-se arrasado não gosta de comentar com ninguém (amigos e parentes) sobre o assunto.

#### 10. JOSÉ (E.R.S.)

Tem 49 anos, casado, borracheiro, é alfabetizado, renda mensal (salário mínimo), família (esposa e 5 filhos). É natural de Fortaleza-CE, reside no bairro de Parangaba. Iniciou o tratamento da PQT em julho de 2004. Na avaliação da Prevenção de Incapacidades foi atribuído grau 2 (dois). Queixa principal, o surgimento de várias manchas no corpo e dormência nos pés. Há 8 anos notou as manchas, nunca procurou auxílio médico, um vizinho o levou ao Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia.

#### 11. PAULA (M.F.D.)

Tem 25 anos, casada, costureira (afastada) ensino médio (educação básica), é natural da Bahia e reside no bairro de Carlito Pamplona, família (esposo e 2 filhos). Iniciou o tratamento da PQT em fevereiro de 2004. Na avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuída grau (um) apresentou como queixa principal manchas e “caroços” no corpo.

#### 12 HONÓRIO (F..V.S.)

Tem 56 anos solteiro, mecânico, ensino médio, é natural de Quixeramobim-CE e reside no bairro Granja Portugal. Iniciou a PQT em 2003, a avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuída grau 1 (um). Queixa principal dormência e falta de movimento nas mãos e nos pés.

#### 13. JONAS (F.S.C.)

Tem 53 anos, solteiro, zelador, ensino médio, é natural de Fortaleza-CE e reside no bairro Granja Portugal, família (4 irmãos, pais e mãe), renda mensal (salário mínimo). Iniciou a PQT em 2004. Na avaliação da Prevenção de Incapacidade foi atribuído grau 2 (dois). Acha que pegou a doença porque foi mordido por um “bicho”.

#### 14. VÂNIA (M.S.S.)

Tem 69 anos, casada, diarista, alfabetizada, é natural de Fortaleza-CE e reside no bairro Parque Jerusalém, renda mensal (salário mínimo). Fez tratamento quatorze anos atrás e agora iniciou novamente a PQT em setembro de 2004. Na avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuída grau 1 (um). Queixa principal mancha com dormência no braço. Descobriu a doença pelas orientações da televisão.

#### 15. INÁCIO (E.R.S.S.)

Tem 15 anos, solteiro, estudante, é natural de Fortaleza-CE e reside em Caucaia, família (pai, mãe e 2 irmãos). Iniciou a PQT em 2005, foi atribuído grau 0 (zero) na avaliação de Prevenção de Incapacidades. Queixa principal mancha na mão, foi encaminhada ao Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia.

#### 16. FLÁVIA (M.S.S.)

Tem 37 anos, casada, cozinheira de congelados, ensino médio, é natural de Fortaleza-CE, reside no bairro Varjota, renda proporcional a dois salários mínimos. Iniciou o

tratamento da PQT em setembro de 2004. Na avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuída grau 1 (um). Queixa principal, apresentou dormências e manchas no braço direito.

17. ANSELMO (F.J.S.)

Tem 47 anos, casado, pedreiro, ensino fundamental incompleto, natural de Fortaleza-CE, reside no bairro de São Miguel, renda mensal (salário mínimo), família (esposa e 4 filhos). Iniciou o tratamento da PQT em março de 2002. Na avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuído grau 1 (um). Principal queixa, dormência na mão direita e “coroços” no corpo.

18. APARECIDA (M.S.F.)

Tem 49 anos, solteira, ensino médio, trabalha numa mercearia, mora com uma sobrinha e dois filhos. Natural de Fortaleza-CE, reside no bairro Lagoa. Iniciou o Tratamento da PQT em agosto de 2004. Na avaliação da Prevenção de Incapacidades foi atribuída grau 1 (um) queixa principal mancha na perna esquerda.

19. JORGE (A.G.S.)

Tem 52 anos, casado, vigia ensino fundamental incompleto, renda mensal (um salário e meio), família (esposa e 3 filhos). É natural de Fortaleza-Ce, reside no bairro Jacarecanga. Iniciou o tratamento em agosto de 2003. Na avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuído grau 1 (um). Queixa principal, manchas nos membros inferiores e dormência nas extremidades dos pés. Tinha visto propagandas na televisão. Mas não associou ao seu caso.

20. VANESSA (R.M.B.)

Tem 18 anos, solteira, estudante. É natural de Fortaleza-CE, reside no bairro Vila Pery. Iniciou o tratamento da PQT em novembro de 2004. Na avaliação de Prevenção de Incapacidades foi atribuída grau 1 (um). Queixa principal, mancha na coxa direita. Já tinha conhecimento da doença pela televisão.

## **6.2 Discussão e análise de dados**

Durante a entrevista, foram observados sentimentos variados como: ansiedade, angústia, revolta, vergonha, dor entre outros; em consequência das alterações manifestadas pela doença, ou no que se relacionam as condições físicas e mudanças de comportamento referentes aos aspectos sociais e emocionais.

O foco da pesquisa foi compreender com qual intensidade as incapacidades e deformidades físicas, o desgaste emocional e psicossocial gerados pela doença afeta o paciente. Procurando ainda, entender a convivência com as mudanças em suas vidas relacionadas aos aspectos biopsicossociais e o estigma gerado pela representação que a sociedade tem com relação à doença.

O paciente rejeita a doença e a si próprio pelo longo tratamento, e principalmente pelas neurites, incapacidades e deformidades que possam apresentar, significando um estigma que dificultará sua vida familiar, social e profissional. Cabe ao profissional assumir um compromisso quanto às ações de educação em saúde, com a finalidade de evitar que se instale no paciente hanseniano problemas sociais levando-o afastamento do emprego e de sua vida normal dentro da sociedade.

O preconceito e o estigma são os principais sentimentos mostrados pela maioria dos sujeitos participantes do estudo. Dezesseis pacientes mostraram medo, preconceito, vergonha e angústia diante do diagnóstico da doença. Apenas quatro dos vinte entrevistados acreditam na cura. Isso significa que a auto-estima precisa ser trabalhada como uma necessidade humana, essencial a uma adaptação saudável e à auto-satisfação.

Esses sentimentos geram ansiedade, depressão e insegurança aos pacientes até na hora da entrevista. De todos os julgamentos que fazemos na vida nenhum é tão importante como o que fazemos a nosso próprio respeito.

Assim, é necessário planejar uma intervenção que promovesse a participação dos pacientes na autotransformação, de mudança dessa realidade, contribuindo para uma reabilitação funcional, ajudando na reintegração com a família e sociedade.

## **6.3 Descrição das unidades temáticas**

Foram consideradas as respostas acerca da aplicação da avaliação de incapacidades e das questões subjetivas da entrevista estruturada, visando à construção dos

extratos das falas dos pacientes e entrevistados.

As unidades temáticas vistas foram assim categorizadas:

### **- Comportamentos versus atitudes diante do diagnóstico**

Em todos os encontros de atendimentos para a avaliação neuro-funcional, ficou claro que os pacientes não aceitam as modificações de cor e manchas ocorridas em sua pele, em seus membros superiores e inferiores em consequência da doença. Percebe-se a presença constante de sentimentos de revolta, agressividade, depressão ou ansiedade. Os pacientes muitas vezes ficam inibidos em dar as respostas, sentem-se inseguros e chegam a chorar. Não conseguem entender como e porque contraíram a doença. Fazem questionamentos e não aceitam explicações acerca do contágio e manifestação da doença. Esses sentimentos foram reforçados pelos pacientes em seu discurso:

*...“Com a confirmação da doença fiquei preocupado, porque se tratando de uma doença tão séria é bom se preocupar... Só Deus mesmo... e os médicos abaixo de Deus...”(Maria)*

*... “Quando soube que estava com a doença fiquei muito preocupado, pois não podia deixar de trabalhar e não acredito que a doença tem cura...”(Raimundo)*

Como cita Vasconcelos (2001), a mudança de comportamento é limitada pelo fato de o indivíduo ser considerado o maior responsável por sua saúde e ocupado por sua doença. Esse enfoque impõe ao profissional de saúde contribuir para o desenvolvimento da personalidade do indivíduo em atendimento, mediante a pontencialização de capacidades funcionais de auto-estima. Cabe ao profissional nesse momento estimular os pacientes para que aprendam a lidar com as pessoas, tornando-se mais confiantes em si mesmos, ampliando a sua participação social em questões relacionadas à saúde e à doença. O paciente deve ser incentivado a conhecer a doença de que é vítima.

### **- Dados clínicos referidos pelo instrumento**

Foi possível colher informações e perceber relações entre fatores emocionais e psicossociais, através da aplicação da avaliação neuro-funcional no setor de Prevenção de Incapacidades (PI), constatando-se que a totalidade do paciente possuem abalos emocionais, não têm conhecimento profundo acerca da doença e desejam ficar curados sem nenhuma

seqüela.

A relevância do olhar do paciente:

*“...Apareceu em mim uma mancha bem grande na minha perna esquerda...”(Ana)*

*“...Eu tinha manchas e dormência nas manchas, nas mãos e nos pés...”(João)*

*“... Eu notei que estava com algum problema porque tinha mancha em todo meu corpo...”(Joaquim)*

O paciente esconde as manchas do corpo com roupas, cobrindo os membros superiores e inferiores, por não aceitar perguntas inconvenientes sobre as manchas, e não encontrar respostas que satisfaçam as pessoas curiosas. Escondem-se de si mesmos. A principal pergunta é: quando as manchas desaparecem?

### **- Percepção da doença no processo de sociabilização**

A imagem corporal é o principal fator para a valorização do corpo do paciente. Esta imagem, que cada um tem de seu corpo e de seu movimento é modificada sem cessar, a medida que a doença se instala e modifica com o tempo. No relato dos pacientes foi freqüente essa representação da doença pela sociedade.

*“... fui colocado para fora de meu emprego quando falei ao meu patrão que estava coma a doença. Agora nego a doença para todos, pois arranjei outro emprego e não quero perder...”(Fernando)*

*“... Afastei-me do trabalho por causa da doença, não digo para ninguém que tenho a doença com medo de ser discriminado...”(André)*

A constatação da doença, levou os pacientes a tomarem atitudes de afastamento diante da sociedade. Percebe-se nestes depoimentos que o isolamento social é predominante por causa do preconceito e estigma gerados pela representação da sociedade com relação à doença. Os pacientes sentem vergonha de serem reconhecidos como hansenianos, apresentando insegurança quanto a aceitação no meio social. Neste sentido, alguns relatos de pacientes são muitos eloqüentes:

*...“ proibi meus filhos de falarem da minha doença para os outros...”(Paula)*

*...“ A doença é o maior desgosto da minha vida.... as vizinhas e amigas se afastaram de mim com medo de pegarem a doença....”(Marlene)*

A doença é encarada pelo paciente como uma frustração, por que se torna um

obstáculo tanto físico como social, favorecendo o aparecimento de estados depressivos, de insatisfação e insegurança, podendo desencadear reações agressivas de impulsividades, e necessidade de auto-firmação. O profissional deve ajudar o paciente a compreender o seu “estar doente”, e que este processo logo poderá ser superado.

### **- Percepção do discurso do hanseniano diante do projeto de humanização**

Alguns pacientes conseguem recuperar a auto-estima, quando são tratados de forma respeitosa, digna e sem preconceitos.

A auto-estima tem dois componentes inter-relacionados:

Auto-eficiência, que é um censo básico de confiança diante dos desafios da vida, ou seja, a segurança pessoal. E o outro, o auto-respeito, que é um censo de merecer a felicidade, é sentir-se confortável ao expressar suas idéias, vontades e necessidades, tendo a sensação de que o prazer e a satisfação são seus direitos naturais (Branden, 1995).

Através, da auto-estima e da certeza de sua cura foi ouvido este depoimento:

*“... Eu sei dos meus direitos de paciente. Eu já estou curada, com força de vontade tudo é vencido. A doença mexe muito com a auto-estima, e a ignorância do preconceito é o que me preocupa...”(Anita)*

Apesar da paciente citada acima, sentir-se curada, o preconceito continua sendo um fator predominante, fazendo com que os profissionais que lidam com estes pacientes possam avaliar seus próprios valores com a finalidade de não dificultar suas ações.

A maioria das pessoas subestima o seu poder de mudar e crescer, diante dos desafios e doenças que possam contrair. Elas acreditam que o padrão de ontem tem de ser o de amanhã. É raro saberem o quanto podem fazer por si mesma, se tiverem como meta uma auto-estima mais elevada, procurando sempre fazer o que é possível.

Foi muito relevante poder estar em contato com os pacientes hansenianos, deixando um grande aprendizado, para que possamos perceber e atuar com uma tarefa de olhar o sujeito como um ser vivente, com alma, idéias, sentimentos e desejos, como pessoa humana, e como cidadão que deve ser incluído na sociedade.

Para uma melhor visualização das opiniões e sentimentos dos pacientes, mostraremos a seguir um quadro representativo das falas de quatro dos vinte sujeitos entrevistados. Com esses sujeitos foi aplicada a técnica da Clínica de Discurso. Após o contato com os vinte sujeitos fizemos levantamento relativo às reações no decorrer do tempo.

Foram escolhidos aqueles que ultrapassavam mais de dois anos de tratamento, por serem os que haviam passados por todas as fases medicamentosas e emocionais.

Vemos a seguir o quadro da caracterização dos discursos, dividido em três temas nucleares:

	<b>Humanização Acolhimento</b>	<b>Auto-estima</b>	<b>Mudança</b>
<b>1</b>	- Tratamento ótimo desde o assistente social e todos os profissionais - Não me senti excluído pelos pacientes e doutores	- Creio na cura, primeiro em Deus, depois com ajuda dos médicos	- Deixou de trabalhar
<b>2</b>	- Relação de confiança com o profissional  - Receber um bom tratamento dos profissionais	- Acredita na cura	- Por que aconteceu isso comigo?  - Trabalhava normal e hoje não trabalha mais da mesma forma
<b>3</b>	- Relação de confiança e até de amizade com os profissionais  - É bem tratada e bem atendida pelos profissionais	- Se sente vitoriosa e capaz  - É uma etapa vencida na vida  - Sente-se curada	- Era preconceituosa e amadureceu  - A doença serviu para crescer
<b>4</b>	- Profissional passa muita confiança  - Tira todas às dúvidas e nos trata muito bem	- Só o tempo dirá se ficará curado  - Tenho muitas seqüelas, mas estou aprendendo conviver com elas	- Não imaginava que tinha essa doença, achou uma novidade  - Tem trauma por não trabalhar



Sobre a relação com os profissionais podemos perceber a satisfação predominante do paciente marcado pela crença da cura. Apenas um quarto paciente entrevistado apresentou um olhar diferente dos demais em relação ao atendimento. Mesmo com confiança no profissional e certeza de suas dúvidas esclarecidas, o paciente não sente-se curado, devido as inúmeras seqüelas e a sua auto-aceitação. É necessário mudar o olhar desse paciente, trabalhando no desenvolvimento de sua segurança pessoal, de sua independência, tornando-o responsável e útil à sociedade.

## APÊNDICE

### Entrevista Clínica Individual Estruturada para Pacientes com Hanseníase

#### 1. Dados pessoais

- a) Nome: Iniciais
- b) Endereço:
- c) Data de Nascimento:
- d) Sexo:
- e) Naturalidade
- f) Estão civil:
- g) Profissão:
- h) Família:

1. O que significa para você ser hanseniano?
2. Como você se sente diante da sociedade?
3. O que mudou em sua vida ao saber que estava com Hanseníase?
4. Como é a relação entre profissional e paciente? É de confiança?
5. É ouvido pelo profissional, tendo suas dúvidas esclarecidas?
6. Recebe atendimento digno, atencioso e respeitoso?
7. Acredita que vai ser curado?
8. Como você se vê hoje? E qual a sua maior preocupação?

## Considerações Finais

A Hanseníase expõe as conseqüências sociais, culturais, psicológicas e aspectos físicos, à necessidade de uma atenção que possa abrangê-la de maneira mais global, fazendo a compreensão do ser humano como um todo. Neste sentido, este estudo, vem contribuir ao paciente hanseniano o apoio profissional também no que diz respeito à prevenção de suas incapacidades físicas, no âmbito preventivo, funcional e reabilitatório, e no enfrentamento das restrições psicossociais que ele vivencia estimulando a desenvolver e/ou redescobrir a sua auto-estima, para que os mesmos consigam em sua individualidade se adaptar em situações difíceis, valorizando seu eu dentro da sociedade.

Este estudo teve por objetivo compreender o sentido das Ações de Humanização em Saúde, desenvolvidas em pacientes com hanseníase em um Centro de Referência Nacional, conhecer como a humanização desenvolve uma interface no discurso entre paciente e profissional e perceber no discurso do paciente hanseniano uma nova identidade decorrente da intervenção do projeto de humanização.

Vinte sujeitos com hanseníase foram entrevistados durante o período de junho à dezembro de 2006, passando por um entrevista individual estruturada, tendo com foco a satisfação, o atendimento, o acolhimento do sujeito junto ao profissional, dentro de uma investigação qualitativa.

Os sujeitos participantes mostram sentimentos em que, a relação profissional/pacientes seja uma relação de confiança, respeito e amizade, dentro de um processo de humanização.

A convivência com a dor e o medo da hanseníase, a relação estabelecida com os familiares, o estigma caracterizado pela sociedade em relação à doença, referidos pelo contexto de vida dos sujeitos participantes deste estudo, revelou-se como uma ambigüidade, pelas alterações bruscas de mudanças no seu estilo de vida. Tanto o tratamento profilático, como outras medidas alternativas de lutar pela cura da doença, foi algo registrado nas falas e/ou depoimentos. Partindo do princípio de que o ser é único, singular, e que seu modo de existir, bem como adoecer têm suas características próprias, de maneira original e individual,

e tendo em vista que o conhecimento dos aspectos psicossociais pode nos favorecer a compreensão deste sujeito, é muito importante que neste período o paciente hanseniano necessite do apoio da família, dos amigos, do local de trabalho e de todos que permeiam sua vida, para que a ansiedade do paciente diminua em relação à novidade da doença, possa ocorrer uma assimilação de novas informações e se consiga uma participação produtiva do paciente no sentido de um tratamento bem sucedido.

Assim, a Construção do Discurso Humanizado, dentro do setor de Prevenção de Incapacidades no Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia proporciona inserir no indivíduo a exposição de seus sentimentos, porque se torna um obstáculo tanto físico, social ou mesmo pessoal, dificultando a satisfação de suas necessidades e desejos, através do uso das atividades relacionadas para que se consiga novas funções e/ou habilidades em sua vida de acordo com sua real situação.

É de fundamental importância que este objeto de leitura não seja apenas de psicólogos, assistentes sociais ou fisioterapeutas, pois a intenção é de que os diversos profissionais da área da saúde e ciências sociais aplicadas possam refletir e instrumentalizar-se a uma série de questões relacionadas a pacientes com hanseníase.

É necessário observarmos como o paciente se vê, para podermos ajudá-lo a compreender o seu estar doente e suas limitações físicas, para uma melhor vivência de seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS

ANTROPOLOGIA 21A.218 Identidade e Diferença, Aula No.11 *A grande representação/seqüência dos tópicos Estigma – (Erving Goffman)* Disponível em: <[http://www.universiabrasil.net/mit/21/21A218J/PDF/outline\\_\\_stigma\\_\\_902.pdf](http://www.universiabrasil.net/mit/21/21A218J/PDF/outline__stigma__902.pdf)>

BARBOSA, J.P. História da Saúde Pública do Ceará. Fortaleza. Ed. UFC.1994.47p.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Hanseníase no Ceará: Análise da Evolução da Detecção da Hanseníase no Ceará no Período de 1970 a 2001. Fortaleza: Secretaria de Saúde, n.3, 2002.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO E OPERACIONAL DA HANSENÍASE, Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, v.2, n.,, 2001.

BORSOI,I.C.F., SCOPINHO,R.A.**Velhos Trabalhos, Novos Dias:** Modos Atuais de Inserção de Antigas Atividades Laborais. Fortaleza: Ed.UFC, 2007.

BRANDEN, N. **Auto – Estima e Seus Seis Pilares;** tradução Vera Caputo – São Paulo; Saraiva, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Controle da Hanseníase.** 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994. 156p.

BROWNE, S. G.; **Lepra na Bíblia:** estigma e realidade. Tradução Vera Ellert Ochsenhogfer. Viçosa: Ultimato, 2003. 80p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia/Análise de Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Ceará.** Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado, 2004.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Normatização em Atenção à Saúde/Adulto e Idoso. Núcleo de Epidemiologia/Vigilância Epidemiológica/Informação em Saúde. **Boletim Estadual de Avaliação Epidemiológica e Operacional da Hanseníase no Ceará ano 2002.** V. 3 n. 3., 2001.

DUERKSEN, Frank; VIRMOND, Marcos. **Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase.** Bauru: ALM International, 1997. 363p.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário** da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nona Fronteira; 1986

GOMES, A.M.A, RUIZ, E.M; **Vida e Morte no Cotidiano:** reflexões com o profissional da saúde. Fortaleza: Ed. UECE, 2006.

\_\_\_\_\_. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de epidemiologia, 1994.

\_\_\_\_\_. **Guia para o Controle da Hanseníase:** Cadernos de Atenção Básica – nº 10.

Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Hanseníase Hoje: Situação da Eliminação da Hanseníase em Alguns Países da América Latina.** Brasília: Gráfica e Editora Positiva Ltda, 2001.

\_\_\_\_\_. **Hanseníase no Ceará: Evolução da endemia Hansênica no Estado do Ceará, 1970 a 2001.** Fortaleza: Secretaria de Saúde do estado do Ceará, 2003.

**Humanizassus** – Política Nacional de Humanização.

**A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão de Todas as Instancias do SUS.** Série B. Textos básicos de saúde

[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/inpressos/folheto/04\\_0923\\_Fepedf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/inpressos/folheto/04_0923_Fepedf).

\_\_\_\_\_. **Informe Epidemiológico do SUS.** Volume 11, nº 3.,1992.

\_\_\_\_\_. **Informe Epidemiológico Hanseníase.** 7.jun.2006.

<[http://www.saude.ce.gov.br/internet/publicacoes/informestecnicos/informe\\_hanseníase\\_06\\_2006](http://www.saude.ce.gov.br/internet/publicacoes/informestecnicos/informe_hanseníase_06_2006).

LEHMAN, Linda Faye et al. **Avaliação Neurológica Simplificada.** Belo Horizonte: ALM International, 1997. 104p.

LOPES, Reinaldo José. **Hanseníase surgiu na África, sugere DNA.** Folha de São Paulo, São Paulo, p. A14, maio 2003.

LEIKER, D.L.; NUNZI, E. **Leprosy in the light skin: an illustrated manual.** Ed. 4, Bologna: Associazione italiana “Amici di Raoul Follereau”, 1981

\_\_\_\_\_. **Manual de Prevenção de Incapacidades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MCDOUGALL, A. C; YUASA, Yo; [tradução] Jane e Wolfgang Hippke. **O Novo Atlas de Hanseníase: um manual fotográfico para auxiliar aos agentes de saúde e voluntários na detecção, diagnóstico e tratamento da hanseníase.** Tokyo: Sasakawa Memorial Helth Foundation, 2002. 78p.

MC DOUGAL, A. C. & YO YUASA. O novo atlas de hanseníase - Sasakawa Memorial Health Foudation. [S.I.] ALR-Tokio- tapel. 2002.Disponível em <<http://www.google.com.br/almbrasil.com.br/pdf/atlasdahanseníase-htm>> 2005

MINAYO, M. C. de S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.**2ª ed. São Paulo. HUCITEC: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993, 269p

MOTA, Larisse Andrade. **Ocorrência do Grau de Incapacidade em Portadores de Hanseníase em Fortaleza-CE.** 2002. 60f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de enfermagem, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2002.

OLIVEIRA, Maria Leide W. **Hanseníase: cuidados para evitar complicações.** Rio de Janeiro: NUTES/UFRJ, 1995. 32p.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de Hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. 127p.

OPROMOLLA, D. V. A.; URA, S. **Atlas de Hanseníase**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 200. 82p.

OPROMOLLA, D. V. A. e BACCARELLI, R. **Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase**. Bauru: Instituto Lauro Souza de Lima, 2003.27p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE **Hanseníase Hoje** – Plano de Ação Regional OPAS/OMS para Consolidação da Eliminação da Hanseníase das Américas 2000-2005. Brasília: Gráfica e Editora Positiva Ltda, 2000.

OSTERNE, M.S.F.; **Família Pobreza e Gênero: O lugar da Dominação Masculina**. Fortaleza-Ce.Ed. UECE,2001.

\_\_\_\_\_. **Para uma vida melhor: vamos fazer exercícios!**. Belo Horizonte: ALM International, 1997. 68p.

**Reforma Sanitária** – O desconhecimento da Reforma Sanitária e da Legalização do SUS na ... Formato do arquivo: PDF/Adobe Acrobat- Ver em HTML [www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp2/parte4.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp2/parte4.pdf) páginas semelhantes.

SILVA, M. J. P. da **O Amor e o Caminho: maneira de cuidar**. 6.ed. São Paulo: Gente, 2000.

SUS- A formulação e a implantação do sistema Único de Saúde (SUS) é a resultante de um expressivo momento da reforma sanitária.  
[www.sespa.pa.gov.br/sus/sus/sus\\_descen.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/sus/sus/sus_descen.htm)- 20k- Em cache - Páginas semelhantes

VASCONCELOS, S. M. F. **Clínica do Discurso – A arte da escuta**. Ed Premium. Fortaleza-2005.

ZOBÓLI, E. L. C. P. et al. **O Programa da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde**. In: **Manual de Enfermagem**: Instituto pára à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/ universidade de São Paulo, 2001.





# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)