

ESTIGMA: PERMANÊNCIA CULTURAL DA HANSENÍASE

Stigma: cultural stay of leprosy

1 **Gabriel Rocha da Silva**, Graduado em História pela UESPI,
gabrielr5431@gmail.com .

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5099336993201452>

2 **Dário Henrique Alvarenga Vale**: Graduando em Medicina da UFPI

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5454291394897525>

3 **Antonia Valtéria Melo Alvarenga**: Professora Adjunta dos
Cursos de História da UESPI/UEMA,

valterialvarenga@cchl.uespi.br . Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/7675169176166259>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5684-6473>

Resumo: A hanseníase é uma doença contagiosa que, ao longo dos tempos, vem mostrando capacidade de potencializar-se quando associada a fatores socioculturais negativos. A sua trajetória internacional é marcada por episódios de discriminação e sofrimento daqueles que desenvolvem a doença. O Brasil, desde o final do século XIX, integra as políticas internacionais de controle e combate a essa enfermidade, o que o levou a adotar práticas segregatórias entre a terceira década do século XX e os anos 80 desse mesmo século, como medida profilática de controle e combate a endemia. Através dos esforços do Estado e da sociedade foram mantidos os infectados, por quase quatro décadas, em leprosários, estruturados como instituições totais (GOFFMAN,1998). Os avanços no campo da medicina na segunda metade do século XX, fez a comunidade médica internacional decidir pela alteração do protocolo de tratamento dessa endemia. O Brasil, mais uma vez, buscou acatar as novas orientações de saúde, iniciando o tratamento ambulatorial. Visando reduzir os efeitos culturais da doença foi modificada sua nomenclatura (por meio da Lei nº 9.010), quando a mesma deixou de ser denominada de lepra para ser chamada de hanseníase. O objetivo desse estudo foi analisar alguns fatores culturais que colaboram para permanência dessa enfermidade no Brasil. O recorte temporal e espacial para a pesquisa foram: a cidade de Teresina e o período de 2006 a 2016. Os resultados mostraram que a endemia continua fortemente associada a fatores socioculturais e, o estigma produzido sobre a doença é importante para compreender a maneira como a sociedade e os indivíduos se comportam em relação ao seu diagnóstico e tratamento.

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

Abstract: Leprosy is a contagious disease that, over time, has been showing the ability to become more potent when associated with negative socio-cultural factors. Its international trajectory is marked by episodes of discrimination and suffering from those who develop the disease. Since the end of the 19th century, Brazil has integrated international policies to control and combat this disease, which led it to adopt segregatory practices between the third decade of the 20th century and the 1980s of that same century, as a prophylactic measure of control and combating the endemic. Through the efforts of the State and society, the infected were kept, for almost four decades, in leprosariums, structured as total institutions (GOFFMAN, 1998). Advances in the field of medicine in the second half of the 20th century, made the international medical

community decide to change the treatment protocol for this endemic disease. Brazil, once again, sought to comply with the new health guidelines, initiating outpatient treatment. In order to reduce the cultural effects of the disease, its nomenclature was modified (through Law No. 9,010), when it ceased to be called leprosy to be called leprosy. The aim of this study was to analyze some cultural factors that contribute to the permanence of this disease in Brazil. The time and space for the research were: the city of Teresina and the period from 2006 to 2016. The results showed that the endemic disease remains strongly associated with socio-cultural factors and the stigma produced about the disease is important to understand the way in which society and individuals behave in relation to their diagnosis and treatment.

Keywords: History. Leprosy. Stigma. Public policy.

1 Introdução

A hanseníase, anteriormente conhecida como Lepra, possui longevidade histórica por ser uma doença milenar que mostra indícios de sua presença na antiguidade. A extensão temporal e espacial da enfermidade, produziu no imaginário social uma relação entre a doença e a falta de civilização, resultando em medos e na manifestação do estigma que levou à diferentes formas de discriminações dos infectados. A problemática em questão é histórica no Brasil, estando atrelada ao crescimento das cidades e da concentração urbana, conforme podem ser observadas na instalação de aparelhos e medidas públicas destinadas ao controle e combate à endemia, ao longo do período republicano.

Esse contexto desenvolvimentista-modernizante foi propulsor das políticas públicas, notadamente das voltadas para a saúde da população. Hochman (1998) fundamentando-se em conceitos desenvolvidos por Norbert Elias (1980), a exemplo dos de interdependência, configuração e coletivização, mostrou que os temores produzidos sobre as endemias foram importantes para a concretização dos projetos civilizatórios. Dessa forma, em prol da coletivização dos serviços públicos de saúde, educação e outros foi implementado o aparato estatal moderno, fundamental para a centralização do poder público e fortalecimento do Estado.

Tendo em vista interesses gerais relacionados ao alto grau de incapacitante da doença e sua preferência pela população economicamente ativa, além do

deslustre relacionado ao desenvolvimento dos estigmas em suas fase mais avançada, o governo Vargas (1930-1945) adotou a política de segregação dos enfermos. O isolamento compulsório foi a medida profilática implantada na primeira fase do seu governo, mantida por seus sucessores e que sobreviveu até a década de 1980. Após os anos 60 do século XX, a orientação dos organismos internacionais de saúde foi pela desospitalização e retorno do doente ao convívio social. Segundo Alvarenga (2013), a partir da década de 1980 o Brasil passou a utilizar a poliquimioterapia (Rifampicina, Dapsona e Clofazimina) recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no tratamento dos enfermos.

No entanto, os anos de reclusão fortaleceram o estigma¹ que acompanhou

¹ Segundo Goffman (1982) o estigma está relacionado com a situação do indivíduo que encontra dificuldades da aceitação social plena, tendo como consequência a discriminação pelo fato da

ESTIGMA: PERMANÊNCIA CULTURAL DA HANSENÍASE

a doença ao longo de sua trajetória, trazendo dificuldades para um resultado satisfatório a essa política. Assim, apesar dos avanços obtidos na área médica, a doença tem se mantido como uma preocupação para as autoridades de saúde e para a sociedade em geral. O Brasil, que mudou a nomenclatura da enfermidade para hanseníase² e vem procurando seguir os protocolos internacionais estabelecidos para o combate e controle à doença, ainda não conseguiu atingir as metas pretendidas³. Muitos fatores colaboram para os resultados apresentados pela hanseníase no país, mas os aspectos culturais negativos são vistos como elementos importantes nesses resultados.

Sendo assim, diante dessa situação, a importância desse estudo residiu na oportunidade de contribuir para o entendimento da caminhada da doença pela cidade de Teresina (2006-2016), dez anos depois do segundo período estabelecido pela OMS para o alcance da meta. De acompanhar algumas de suas nuances, de formas de sobrevivência no seu habitat preferencial: as zonas periféricas da cidade. A pesquisa englobou estudos que vão além da literatura sobre História da Saúde e das Doenças, incluindo discussões sobre a periferização urbana e pobreza, considerando que os pobres são historicamente os mais afetados pelas doenças tropicais negligenciadas (DTNs)⁴.

Metodologicamente, o estudo constituiu-se como abordagem qualitativa por seu objetivo voltar-se para a compreensão das relações entre a espacialização da hanseníase em Teresina e o processo de periferização da cidade, nos últimos 10 anos (2006-2016). Quanto a sua natureza, trata-se de uma pesquisa básica, por procurar produzir conhecimentos novos, úteis para o avanço da História do Brasil, da História Local e para o fortalecimento do campo da História da Saúde e das Doenças.

No que diz respeito aos objetivos, a proposta possui características de uma pesquisa analítica, partindo da formulação de problemas que visam orientar as explicações sobre a relação que existe entre o processo de expansão da hanseníase e o perfil socioeconômico das áreas de maior incidência da doença. Para tanto, foram utilizados dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde/DATA SUS, Secretaria Estadual de Saúde e Fundação Municipal de Saúde. Foram utilizadas, ainda, informações produzidas pela Empresa Teresinense de Processamento de Dados (PRODATER) a respeito das regiões populacionais: vilas, bairros e favelas em Teresina, no período entre 2006 e 2016. Por fim, foram analisados dados sobre a incidência da doença na cidade, fornecidos pela Fundação Municipal de Saúde, sendo possível investigar mais especificamente a situação de cada região, através de gráficos que foram produzidos com o intuito de deixar mais evidente a trajetória da doença nas suas zonas.

mesma apresentar algum tipo de diferença significativa. Deformidades físicas; culpas de caráter individual e vinculação com tribos, raças, nação e religião.

² Lei nº 9.010/95, que oficializou a mudança no uso do termo lepra para hanseníase

2 Hanseníase e desenvolvimento urbano: uma análise da realidade teresinense (2006- 2016)

A modernidade teve como uma de suas características a promoção do desenvolvimento urbano. Isso exigiu a transformação dos espaços, das práticas e dos valores que formaram as sociedades que precederam esse fenômeno. A vida humana tornou-se mais complexa produzindo a conquistas, mas exigindo sacrifícios que afetaram e continuam afetando as formas de viver dos diferentes grupos sociais. Segundo Elias (1980), a experiência moderna fortaleceu as cadeias de interdependências tornando as relações entre os indivíduos não apenas mais próximas, como também necessárias. Utilizando o conceito de configuração, o sociólogo procurou identificar as teias de interações, como um jogo onde os participantes ao mesmo tempo atuam conforme seus desejos, mas simultaneamente agem de acordo com as ações dos demais jogadores:

Por configuração entendemos o padrão mutável criado pelo conjunto dos jogadores — não só pelos seus intelectos, mas pelo que eles são no seu todo, a totalidade das suas ações nas relações que sustentam uns com os outros. Podemos ver que esta configuração forma um entrançado flexível de tensões. A interdependência dos jogadores, que é uma condição prévia para que formem uma configuração, pode ser uma interdependência de aliados ou de adversários (ELIAS, 1980, p.142).

Ao definir a configuração social dessa maneira, Elias (1993) mostrou uma compreensão de sociedade em que os indivíduos estão cada vez mais integrados. Fugindo à noção determinista das condições estruturais, presentes nas abordagens marxistas de sua época, mostrou também um afastamento do liberalismo tradicional, ao pensar os indivíduos em interação, em interdependência, na medida em que entende que as atividades de um, exercem influência nas ações dos demais sujeitos. Tais análises são importantes para o entendimento do impacto produzido pelas transformações urbanas, formas de comportamentos dos indivíduos e dos grupos sociais aos quais pertencem.

Pensar a sociedade a partir desses conceitos permite atribuir a todos os ganhos e os desafios sociais, mesmo que alguns não estejam diretamente vinculados à determinados fenômenos. Por exemplo, as questões de saúde, segurança e educação são serviços públicos que, na concepção de Elias (1993), pelos quais todos devem pagar, mesmo que setores específicos possam responder individualmente pelos custos de suas necessidades. Hochman (1998) mostra como essas interações são organizadas através da criação dos serviços e das políticas públicas desenvolvidas pelo Estado moderno. Um exemplo importante dessas redes de configurações é o enfrentamento das doenças nas sociedades modernas.

Paralelamente a essa concepção sobre essas interações e seus resultados coletivos e individuais, surgiram nas ciências de saúde, modelos explicativos do processo saúde-doença que passaram a integrar cada vez mais determinantes sociais como relacionados à situação de saúde da população. A definição de saúde como um “estado de completo bem estar físico, mental e social”, proposta pela OMS no final da década de 40, é uma nítida expressão de uma concepção que envolve aspectos do ambiente (trabalho, moradia, estrutura

ESTIGMA: PERMANÊNCIA CULTURAL DA HANSENÍASE

sanitária), do indivíduo (estilo de vida, idade, sexo e fatores hereditários) e da sociedade que o cerca (educação, trabalho, redes sociais e comunitárias disponíveis). Apesar disso, na década de 50, com o sucesso da erradicação da varíola, baseado em uma estratégia particular de combate à doença através da aplicação de tecnologias de cura e prevenção, populariza-se entre as políticas o enfoque em campanhas específicas de combate (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007), como foi o caso da hanseníase.

Nesse contexto, com o avanço da ciência e a descoberta dos agentes causadores das enfermidades, foi possível produzir maneiras de intervenções mais eficazes ao combate desses males, mas que exigem grandes investimentos materiais e intelectuais. A necessidade de combater as doenças transmissíveis em uma vasta área territorial, exigiu medidas que estavam além das forças e das condições materiais dos indivíduos, exigindo do Estado, responsável administrativamente por esses territórios e seus sujeitos, uma atuação ativa.

Com os fenômenos da metropolização e periferização intensificaram-se os problemas de falta de infraestrutura e do acelerado crescimento demográfico nas cidades, provocando o aumento das desigualdades e da segregação dos pobres, tanto social quanto espacialmente, pois estes não possuem condições financeiras para residirem em locais com condições de moradias adequadas (LIMA, 2014). Ao longo do processo modernizante das urbes, seus habitantes mais pobres foram obrigados a adaptar-se às condições precárias de sobrevivência.

No caso de Teresina, as contradições geradas pela modernização da capital e as carências sociais que não foram combatidas de maneira eficaz pelo Estado resultaram na falta dos diferentes problemas que vigoram, inclusive, no cotidiano atual. Encontram-se nessas localidades a possibilidade de maior contágio de diversas doenças negligenciadas, como a tuberculose, o Zika vírus, a Covid-19 e a hanseníase, com histórico de maiores danos nas camadas economicamente menos favorecidas da sociedade.

Esses mesmos indivíduos, por não possuírem espaços adequados para habitação, começam a residir geralmente em lugares miseráveis e de risco. Devido à escassez de espaços adequados ocorre o que Lima (2014) denomina de nomadismo urbano: a falta de moradia fixa na cidade, que é uma continuidade da vida errante desse grupo. O rompimento com esse nomadismo é a territorialização, ou seja, a conquista de um espaço para chamar de seu, mesmo que não seja em local adequado, o que na prática configura-se na instalação de vilas e favelas, originando, por consequência, a segregação espacial da população.

Nesse momento, convém destacar alguns fatores de risco da doença. Em recente trabalho realizado em um estado brasileiro, Cunha (2019) define como principais fatores de risco para desenvolvimento de hanseníase em contatos intradomiciliares de enfermos os seguintes aspectos: baixa escolaridade, renda per capita próximo à linha de pobreza, condições de moradia insatisfatórias com aglomerações em pequenos espaços e jovens em idade produtiva.

Dessa maneira, o crescimento urbano teresinense constitui-se em desafio para um número expressivo dos seus habitantes, que integram um cotidiano marcado por situações de desigualdade e desfavorecimento, fato que demonstra

que as políticas públicas de urbanização, apesar de existirem e de terem sido enfatizadas ao longo dos anos, ainda continuam precisando de maior participação dos interessados, para que possam resolver as anomalias sociais identificadas.

Essa é uma questão que exige muito compromisso dos organismos de saúde, dos governos e da sociedade em geral para que o Brasil possa superar o índice de 1,7 enfermos por 10 mil habitantes (ALVARENGA, 2013). Buscando compreender como essa endemia tem se comportado na cidade de Teresina-PI, entre os anos de 2006 a 2016, analisou-se os dados oficiais para o referido período. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu a eliminação dessa enfermidade como problema de saúde pública para o início dos anos 2000, prorrogando após essa data para 2005.

Teresina, diferenciando-se das demais cidades dessa região, iniciou seu desenvolvimento na década de 1940. No período era uma das poucas que apresentava uma população urbana superior a rural. Essa característica populacional decorreu do fluxo migratório rural e, posteriormente, da iniciativa de industrialização da capital (FAÇANHA *et al.*, 2017). Tal traço da cidade em relação aos outros municípios fez surgir uma grande discrepância de progresso entre a capital e as outras áreas do Piauí, muitas das quais, ainda hoje, estão em lento processo de crescimento.

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

A política habitacional local visava atender uma demanda reprimida por moradia nos grupos economicamente menos favorecidos, que colocava em risco o crescimento da cidade. Inicialmente desenvolvidos nas periferias dessa urbe, foi onde passou a se concentrar a parcela mais pobre da população, pois a exemplo do que ocorrera em outros locais do país, esses novos espaços apresentavam infraestrutura precária, com a ausência de serviços básicos para uma vivência humana minimamente digna (FAÇANHA *et al.*, 2017). As alterações demográficas identificadas no perímetro urbano, desde 1991, contribuíram para que a evolução da população residente por área na capital, não apresentasse grandes variações. É o que se percebe em Silva (2017, p.56).

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

Faz-se importante observar que mesmo nos bairros que se consolidaram como regiões populosas, houve necessidade da criação de alternativas

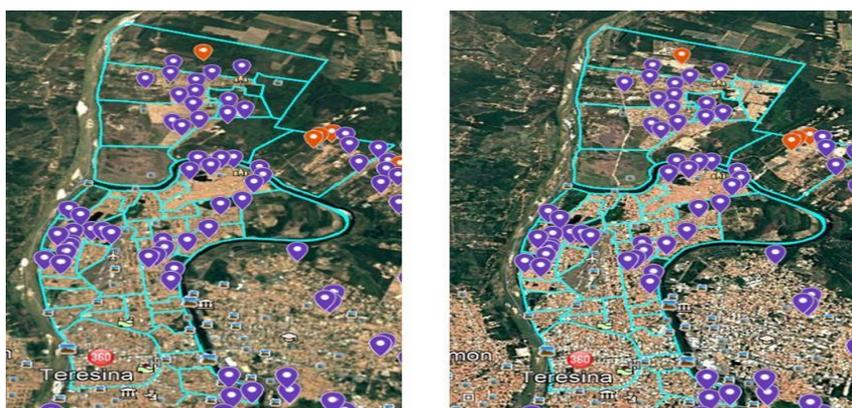
ESTIGMA: PERMANÊNCIA CULTURAL DA HANSENÍASE

habitacionais. Buscando enfrentar os problemas das cidades de médio e grande portes em relação a esse déficit apresentado pelo país, em 2009 o governo federal criou o Programa Minha Casa, Minha Vida, uma política pública que ajudou a incrementar o atendimento a quatro categorias de grupos socioeconômicos, na aquisição da casa própria³: Faixa 1: para famílias com renda mensal de até R\$ 1,8 mil; Faixa 1,5: destinada às famílias com renda mensal até R\$ 2.600,00; Faixa 2: objetiva atender famílias com rendimento mensal até R\$ 4 mil e Faixa 3: Inclui famílias com renda entre R\$ 4.000 e R\$ 9 mil mensais. A população teresinense respondeu de forma muito positiva a essa política, modificando os espaços geográficos, em alguns casos de forma até mesmo pouco adequada ao meio ambiente.

Todavia, apesar da importância desse programa social, na prática não é possível deixar de reconhecer o traço de discriminação que lhe acompanha esse processo urbanístico, como aponta Rolnik (2015). Ao analisar a eficácia da política pública habitacional, o autor chegou à conclusão que embora a iniciativa aponte para um igualitarismo ocupacional, reforçou problemas históricos como a periferização e a segregação sócio espacial dos mais pobres, mostrando eficácia limitada quanto aos seus objetivos práticos.

A região Sul de Teresina foi a que recebeu maior atenção dessas políticas. Mas, é possível observar pontos espalhados por toda a cidade, como referências aos conjuntos habitacionais construídos. Ocorreram incrementos populacionais nas zonas Leste e Sudeste, “em função do aumento na construção de condomínios fechados, constituindo-se hoje como uma das localidades de interesses das construtoras imobiliárias” (SILVA, 2017). Os mapas abaixo permitem acompanhar essa evolução, através da observação do momento definido para o início da pesquisa em comento, 2006, e o ano final, 2016.

MAPA 1 – ZONA CENTRO-NORTE 2006 MAPA 2 – ZONA CENTRO- NORTE 2016



Fonte: Mapa produzido utilizando a base de dados da SEMPLAN

³ O Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), foi lançado pelo Governo Federal em 2009 com o objetivo de proporcionar ao cidadão brasileiro condições de acesso à moradia própria, tanto em áreas urbanas quanto rurais. Para isso, o governo fornece condições especiais de financiamento, através de parcerias com estados federativos, municípios, empresas e entidades sem fins lucrativos.

MAPA 3 – ZONA SUDESTE 2006

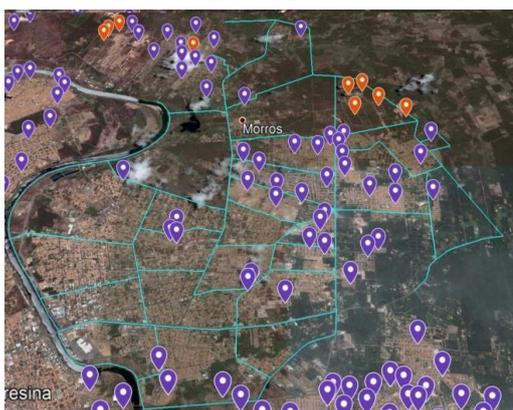


Fonte: Idem

MAPA 4 – ZONA SUDESTE 2016

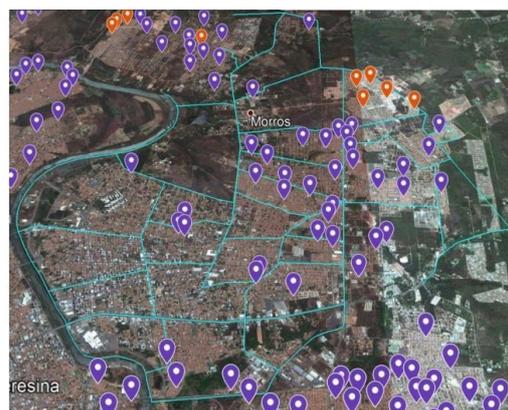


MAPA 5 – ZONA LESTE 2006



Fonte: idem

MAPA 6 – ZONA LESTE 2016



MAPA 7 – ZONA SUL 2006



Fonte: Idem

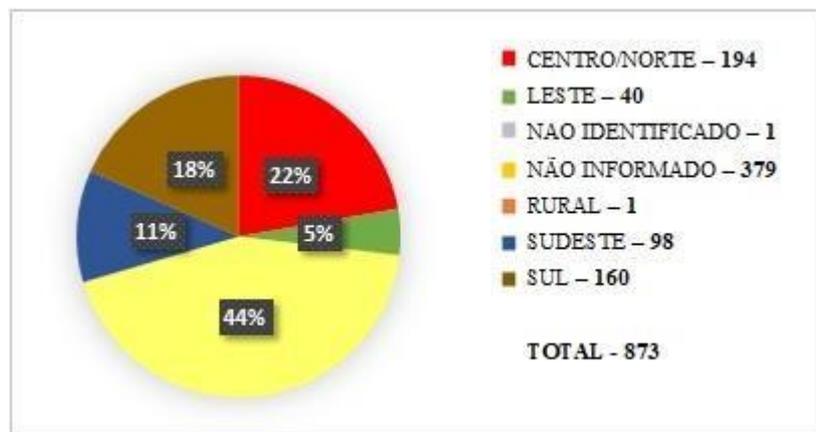
MAPA 8 – ZONA SUL 2016



ESTIGMA: PERMANÊNCIA CULTURAL DA HANSENÍASE

Seguindo a lógica de expansão territorial, observou-se que a doença acompanhou o crescimento populacional nas diferentes regiões da cidade, ramificando-se principalmente nas localidades que recebeu a população mais pobre. Inicialmente observou-se a incidência da doença na cidade, antes da aceleração da expansão da periferia pelo Programa Minha Casa, Minha Vida, identificando quais as zonas apresentavam maiores quantidades de notificações de infectados.

GRÁFICO 1 – NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS EM TERESINA - 2006

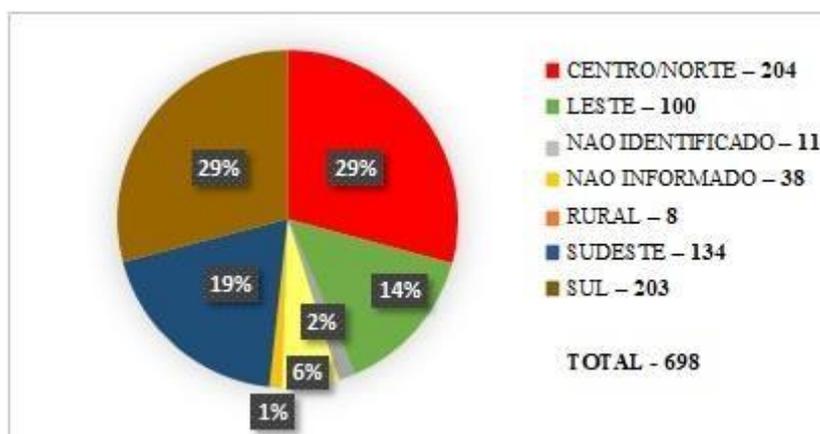


Fonte: Gráfico produzido pelos autores, com base em dados da FMS.

De imediato é possível observar que a maior porcentagem de casos se concentra como “Não informado”, o que mostra que a maioria dos infectados preferiu não identificar seu domicílio. Do total de 873 casos, 44% deixaram de comprovar o domicílio, o que pode encontrar explicação em duas hipóteses: A primeira relacionada à falta de controle das instituições públicas responsáveis pela notificação; a segunda, atrelada aos aspectos históricos da doença. Essa segunda possibilidade é uma evidência do peso do estigma sobre o infectado pelo bacilo *Hansen*. Mesmo buscando ajuda em um serviço público de saúde, decide por manter sigilo sobre aspectos de sua identidade. Temem pelos danos morais e materiais que a exposição de sua situação de saúde pode produzir. Procuram, com essa atitude negativa, evitar sofrer os efeitos de atos depreciativos por parte dos sujeitos saudáveis (GOFMAN, 1988).

A segunda situação torna-se compreensível pelo receio dos doentes de que sua situação se torne de conhecimento público, pois a hanseníase ainda carrega os traços estigmatizantes da lepra que representavam um tipo de morte social em seu diagnóstico, quando mesmo fisicamente o indivíduo encontrando-se bem, era jogado em uma realidade alheia àquela que vivia até o momento do diagnóstico (MACIEL, 2007). Em razão do alto número de casos em que não foram informadas as regiões de origem dos pacientes, não foi possível concluir em quais áreas da cidade se encontravam os maiores números de infectados.

GRÁFICO 2 – NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS EM TERESINA - 2010



Fonte: Gráfico produzido pelos autores, com base em dados da FMS.

No gráfico 2, ao contrário do anterior, é possível visualizar melhor a disposição dos casos notificados por regiões. Ocorreu uma redução dos percentuais para origem “não informada”. Se em 2006 a porcentagem era de 44%, após quatro anos esse índice caiu para apenas 6%, além da diminuição do número total de detecção que decresceu para 698 casos, uma redução de 20%. A redução da carga da doença pode ser explicada com a ampliação das políticas de combate à doença que se tornaram mais eficazes em todo o país, notadamente depois do Brasil não ter conseguido alcançar a meta definida pela OMS. Inferiu-se, também que esse pode ter sido a razão para intensificar a identificação e acompanhamento desses sujeitos.

Outra explicação plausível para essa mudança de caráter das informações obtidas sobre os casos notificados pode ser a adoção de uma estratégia proposta pelo ministério da saúde no combate à enfermidade. Assim como consta na última edição do Guia de Vigilância em saúde, publicado pelo próprio ministério em 2019, a busca ativa constitui parte obrigatória do protocolo de condução de “casos novos” notificados pelo profissional de saúde. Essa estratégia consiste no convocamento de todos os contatos intradomiciliares dos últimos 5 anos do enfermo. Nesses casos ocorrem a triagem para busca de novos diagnósticos de hanseníase e a aplicação de nova dose da vacina BCG para aqueles em que a doença foi descartada. O documento destaca, ainda, a importância da criação de um vínculo entre a equipe de saúde na atenção primária e as famílias dos enfermos, de modo a monitorar a evolução da doença, adesão ao tratamento e surgimento de novos casos. Tal estratégia de proximidade entre equipe de saúde e paciente pode contribuir para uma melhor caracterização dos “casos novos” de forma que o resultado seja o melhor preenchimento das fichas de notificação com as informações do paciente.

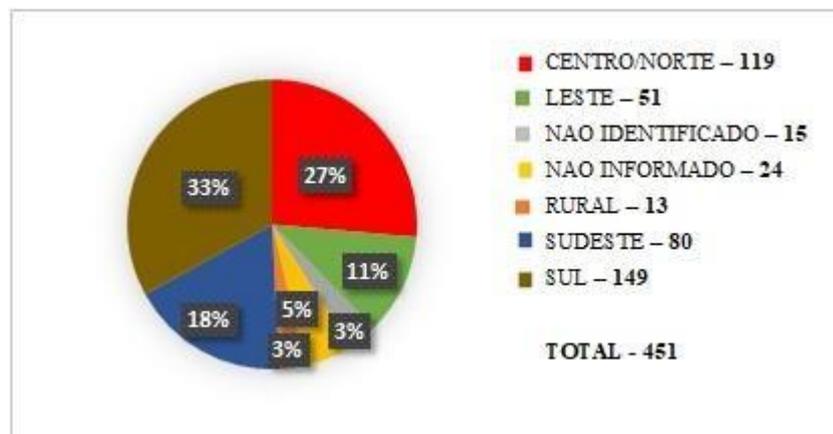
Em relação às zonas com maiores casos de hanseníase em 2010, em primeiro lugar com 29% aparecem duas regiões com índices iguais, a

ESTIGMA: PERMANÊNCIA CULTURAL DA HANSENÍASE

centro/norte e a sul. Em relação à primeira, a situação piorou no que diz respeito a 2006, pois se antes o número de casos era de 194 identificados, no segundo momento houve um aumento de 5%. Na zona Sul a situação elevou-se mais, pois em 2006 eram 160 casos notificados, em 2010 passaram a ser 203, um percentual de 40%. Esses dados, apesar de levar em consideração que no gráfico anterior uma grande parte era “não informada”, pode nos levar à conclusão de que a doença acompanhou o crescimento urbanístico da capital, que teve maior crescimento da população na zona sul, desde a implantação dos conjuntos habitacionais para pessoas de baixa renda, pelos diversos programas de moradias.

É claro que a população da zona sul, também, deve ter sido assistida pelas políticas de saúde que objetivam o combate à doença. No entanto, fatores de ordem socioeconômica que estão presentes nessas realidades, podem ter contribuído para agravar a situação da hanseníase na região, interferindo nos resultados produzidos pelas políticas de saúde para o combate à doença e a outros tipos de endemias com os quais esses grupos de pessoas são obrigadas a conviver.

GRÁFICO 3 NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS EM TERESINA - 2016



Fonte: Gráfico produzido pelos autores, com base em dados da FMS

O gráfico 3 apresenta o número de casos identificados em 2016. Em termos comparativos é possível observar a distribuição dos percentuais de doentes por zonas, resolvendo, de certo modo, a incógnita apresentada pelo gráfico de número 01, com os 44% dos infectados sem localização identificada. Zonas Norte e Sul mantiveram a tendência dos maiores índices, confirmando a predisposição da hanseníase para maior reprodução em regiões com dificuldades socioeconômica.

Em todas as regiões da cidade houve diminuição dos números absolutos de casos notificados. No entanto, analisando o resultado dessa variação de forma proporcional, observa-se uma menor redução dos valores referentes a zona sul. Nessa região, o aumento relativo em porcentagem foi de 4% em relação à 2010, com redução em numeros absolutos de 203 para 149 casos. Esse comportamento coaduna, mais uma vez, com a hipótese de expansão da doença

a partir da ampliação dos espaços urbanos, considerando que esta zona foi a que mostrou maior incremento populacional e desenvolvimento urbano ao longo da década.

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

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

A hanseníase é uma endemia historicamente conhecida por ser negligenciada, atingindo a população socialmente vulnerável, como afirma Alvarenga (2013), ao apontar que não foram encontrados indícios de pessoas acometidas com hanseníase com sobrenome ligados às famílias política e economicamente importantes no Estado, entre os internos do Leprosário da Colônia do Carpina, na vigência do isolamento compulsório do doente.

O estudo realizado por Viana e Silva (2017, p. 88) demonstra uma série de análises de casos nacionais e internacionais que convergem com a ideia de que as questões socioeconômicas e educacionais estão relacionadas intrinsecamente com a prevalência da doença: “[...] pode ser que a renda seja uma *proxy* de uma medida mais ampla do desenvolvimento e da situação socioeconômica, de modo que relação causal deva-se a outros fatores, como a educação”.

A partir desse entendimento é possível compreender porque a maioria dos casos de infectados por hanseníase se concentra nos graus de escolaridade inferiores, levando em consideração também o contexto de crises socioeconômicas que dificultam o controle da doença na capital do Piauí.

4 Considerações finais

Acredita-se que a pesquisa desenvolvida contribuiu para ampliar o debate sobre os processos de formação das áreas marginais na cidade de Teresina ao relacioná-la com o objeto dessa pesquisa, bem como alargar o entendimento sobre a situação de vulnerabilidade em que se coloca boa parte das populações nessas áreas, a exemplo da contaminação por agentes causadores de doenças como a hanseníase.

Ao final deste trabalho, reforçou-se a compreensão sobre a necessidade

ESTIGMA: PERMANÊNCIA CULTURAL DA HANSENÍASE

de fomento de Políticas Públicas direcionadas a essas novas áreas habitadas da cidade, além do incremento dos serviços de controle e combate às doenças negligenciadas, em especial àqueles com o intuito de educar os profissionais de saúde e a sociedade em geral, sobre casos como o da hanseníase, pois apesar da redução da incidência da doença ao longo da década, a situação do país exige cuidados.

Para que essas políticas possam atingir o grau de eficiência a que se dispõem é preciso compreender as condições de negociação demonstradas por esses grupos mais vulneráveis à sua incidência. A aceitação da enfermidade, o tratamento, a exposição pública do problema não são apenas casos médicos, mas aspectos de vidas que não se dissociam do que as pessoas são, da maneira como vivem e, das expectativas que possuem em relação ao presente e ao futuro.

Comparando a realidade do Brasil a de outros países, ainda somos o segundo com maior índice de infectados, e Teresina, nesse contexto, apresenta-se em uma realidade que inspira cuidados, demonstrando a relevância em discutir essa problemática em diferentes áreas de conhecimento, de maneira que possa atingir o maior número de pessoas possíveis. Sendo assim, percebe-se que provavelmente somente com a desmistificação dos preconceitos em relação à enfermidade é que se poderá chegar a sua erradicação.

Referências

ALVARENGA, Antonia Valtéria Melo. **Nação, país moderno e povo saudável: política de combate a lepra no Piauí.** – Teresina: EDUFPI, 2013. 343 P.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase.** In: *Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.* – 6.ed. – Brasília: Ministério da Saúde.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico*, IBGE, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori, PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis -Rev Saude Coletiva* 2007; 17(1):77-93.

CUNHA, Maria Heliana Chaves Monteiro da; SILVESTRE, Maria do Perpétuo Socorro Amador; SILVA, Alison Ramos da; ROSÁRIO, Diana Domingas Silva do; XAVIER, Marília Brasil. **Fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase utilizando variáveis clínicas, sociodemográficas e laboratoriais.** *Rev Pan-Amaz Saude* 2017; 8(2):23-30. doi: 10.5123/s2176-62232017000200003.

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

ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador – Formação Do Estado e Civilização.** Rio de Janeiro. Ed. Joger Zahar, 1993.

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

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

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

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

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930 - 1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2007.

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

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

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

LOPES, Ada Kallyne Sousa; LIMA, Antônia Jesuíta de; SOUSA, Karine Cabral de. **O plano diretor de Teresina e a garantia do direito à terra urbana e à moradia – entac 2014 – maceió**

– AL. p. 1558- 1567, setembro. 2004.

MACIEL, Laurinda Rosa. **‘Em proveito dos sãos, perde o Lázaro a liberdade’**: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese defendida no Programa de Doutorado em História Social da Universidade Federal Fluminense-UFF, Niterói, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância em saúde: volume único [Internet]. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

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

OMS-Organização Mundial da Saúde-*Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas*: Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. 2012.

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

SILVA, Fábio José Ferreira; PIRES, Leandro Siani. **Evolução do Desemprego no Brasil no Período 2003-2013**: Análise Através das Probabilidades de

ESTIGMA: PERMANÊNCIA CULTURAL DA HANSENÍASE

Transição. *Trabalhos para Discussão - Banco Central do Brasil* (Online), v. 349, 2014, p. 1-32.

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

Agradecimentos: Os autores agradecem a Universidade Estadual do Piauí-UESPI, Universidade Federal do Piauí-UFPI, Fundação Municipal de Saúde de Teresina-FMS, Secretaria Municipal de Planejamento-SEPLAM e a Academia de Ciências do Piauí-ACIPI.