

DA LEPROSA À HANSENÍASE: POLÍTICA PÚBLICA,
O COTIDIANO E O ESTIGMA A PARTIR DA
MEMÓRIA DE SEUS ATORES – GOVERNADOR
VALADARES (DÉCADA DE 1980)

*From leprosy to Hansen Disease: health government
policy, daily life and the stigmas from the memory
of its actors (Brazilian Countryside (Governador
Valadares-MG) in the eighties of the last century)*

Patrícia Falco Genovez*
Flávia Rodrigues Pereira**

RESUMO

As discussões sobre a lepra, assim denominada antes da terminologia Hanseníase, remontam à Idade Média e seguiram até os dias atuais com a participação de inúmeros pesquisadores internacionais e brasileiros, pautados na etiologia e na terapêutica da doença. As políticas de saúde da Hanseníase configuraram uma trajetória de repercussões sociais que estão ligadas à implementação de políticas rigorosas, instituídas pelos governos e médicos especialistas da área, caracterizadas pelo isolamento, tratamentos dolorosos e de pouca eficiência (até a década de 1940) e pelo estigma e preconceito históricos. Diante dos contextos históricos da saúde pública no Brasil e do conhecimento de algumas políticas públicas da Hanseníase que determinaram seu controle no país, pontuar-se-á a Hanseníase na cidade de Governador Valadares/MG. Este município, situado no leste do Estado de Minas Gerais, na mesorregião do Vale do Rio Doce, será focado privilegiando-se a década de 1980. A intenção, portanto, é aproximar os leitores das apropriações dos sujeitos, das memórias coletivas, das suas percepções em relação

* Pesquisadora do NEHT e do Observatório Interdisciplinar do Território/Univale. Docente do curso de História e do Mestrado em Gestão Integrada do Território/Univale.

** Enfermeira CREDEN-PES/SMS/GV/ Docente do Curso de Enfermagem/Univale.

às ações de saúde, entrelaçadas ao tempo e espaço vivido por alguns sujeitos desse processo.

Palavras-chave: hanseníase; Governador Valadares; memória.

ABSTRACT

Leprosy as an academic issue of research and its social uneasiness, even after the use of Hansen Disease as its new word expression, reaches back to the Middle Ages and comes up to the present day. In this health field one finds the works of researchers coming from several countries and from Brazil as well having as their ground the medical etiology and modern medical treatment of this disease. As one could imagine the struggle between the cultural point of view and medical academic and governmental health policies on Hansen Disease paved an intricate road of social repercussions that also are related to some implementation of somewhat stiff health policies, imposed by Brazilian Government and medical specialists. These ones characterized by isolation, painful treatments were even so low-efficient (at least up to the decade of 1940) and do almost nothing against stigmata and social prejudice. Having as background the historical context of public health in Brazil and the information of the governmental policies on Hansen Disease that reach at the end, a control of this disease in Brazil, here one finds and a special focus on this issue in the city of Governador Valadares, Minas Gerais (Brazilian Eastern Countryside in the middle of the Rio Doce Valley). From all the health policy of this district on Hansen Disease one finds here an special attention on the decade of 1980 and some actions at that time. The way through which some people made their own these collective memories and their own the perceptions of the health actions are the main issue here. All these are brought together in a process where time and space are lived as an intertwined experience in the life of these peoples.

Keywords: leprosy; Governador Valadares; memory.

Diante de um levantamento da literatura pertinente aos contextos históricos da saúde pública no Brasil, algumas políticas públicas da Hanseníase e as ações do Programa de Hanseníase em Governador Valadares, decorrentes de uma dissertação de mestrado, será pontuado, nesse artigo, o delineamento das ações de saúde, em especial da Hanseníase no município, considerando que sua história não está desconectada do que se passou no Brasil.

Será, por assim dizer, um voo de reconhecimento ao processo que envolve as políticas de saúde, o cotidiano e o estigma, na tentativa de identificar os acontecimentos importantes que justifiquem situações e eventos que marcaram a trajetória da Hanseníase no Brasil e, em especial, em Governador Valadares.

Alguns obstáculos foram encontrados, como a falta de documentos que retratassem a saúde em Governador Valadares, nas décadas de 1970 e 1980. Contudo, o esforço foi necessário, tendo em vista que este panorama, mesmo palmilhado de lacuna, pôde fornecer algum subsídio para o aprofundamento de como a saúde foi sendo desenhada, de como o imaginário e as representações coletivas foram formadas, da importância do contexto político, social e econômico do município frente aos acontecimentos nacionais, da determinação de ações de saúde e no posterior conhecimento sobre as ações de Hanseníase que, ao serem verbalizadas por alguns de seus atores, tornaram-se hoje fontes documentais.

Os estudos sobre Hanseníase no Brasil

Tomada como evento biológico, a Hanseníase foi e é objeto de vários estudos no mundo e no Brasil, assim como a saúde pública. A publicação do livro *Sobre a lepra* pelos leprologistas Danielssen e Boek, em 1847, e a Primeira Conferência Internacional da Lepra (Berlim/1897), em que foi defendido o caráter hereditário da doença, são considerados marcos desses estudos.¹ Um único trabalho brasileiro foi inscrito nos Anais dessa Conferência, o do médico Adolpho Lutz, então diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo. Em 1827, o médico Joaquim Cândido Soares de Meirelles defendeu sua tese de doutorado em Paris, com enfoque na elefantíase e na lepra, e com outras publicações posteriormente sobre a diversidade entre as duas.²

1 COSTA, D. F. A. C. *Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. 2007. 421 f. Tese (Doutorado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2007.

2 MACIEL, L. R. *Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade: uma historia das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. 2007. 380 f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2007.

Os estudos realizados sobre a lepra no Brasil, na primeira metade do século XIX, foram marcados pela investigação do fenômeno patológico da doença, permeado por fatores ambientais, humorais, terapêuticos e com pouca ênfase na profilaxia. Nas três últimas décadas do século XIX, o Hospital de Lázarus no Rio de Janeiro se firmou como importante centro de estudos, os quais eram voltados para a terapêutica e a etiologia da doença.

Dentre os vários médicos pesquisadores e algumas publicações sobre a lepra, no Brasil, destacam-se Adolpho Lutz, Souza-Araújo, Arthur Neiva, Ernani Agrícola, Luiz Marino Bechelli, Orestes Diniz e Abraão Rotberg, que se ocupavam ainda da etiologia e da terapêutica da lepra, com enfoque no isolamento do paciente em leprosários (século XX e ligados ao Serviço Nacional da Lepra e ao Instituto Oswaldo Cruz). Nas décadas seguintes a 1970, os estudos continuaram com o ingresso de novos pesquisadores. Entretanto, desde as primeiras décadas do século XX, estudos e publicações sobre a Hanseníase foram complementados com uma perspectiva prática, capitaneada pelo governo brasileiro por meio de políticas públicas de saúde que orientassem, especialmente, os profissionais da área médica, voltada para o controle e tratamento da Hanseníase.

Políticas públicas da Hanseníase no Brasil

As políticas de saúde da Hanseníase configuraram uma trajetória de repercussões sociais que estariam ligadas à implementação de políticas rigorosas, instituídas pelos governos e médicos especialistas da área, caracterizadas pelo isolamento, tratamentos dolorosos e de pouca eficiência (até a década de 1940) e pelo estigma e preconceito históricos,³ o que parece ser um resultado da própria trajetória histórica da Hanseníase internacional e nacional, relacionada talvez com o que se conhecia sobre sua transmissibilidade.

Ducatti sugere que o poder político poderia, então, ter garantido aos hansenianos menos estigma e preconceitos se não tivessem instituído

3 MACIEL, L. R. *Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960/200)*: catálogo de depoimentos. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2010.

a interrupção da vida social de forma violenta, como foi a partir da política de isolamento compulsório, sem considerar a vontade do doente. O autor também questiona a autonomia da ciência e do pensamento científico como justificativa das ações políticas, a exemplo do eugenismo, salientando o predomínio da vertente biológica sobre a social no plano da Saúde Pública.⁴

Sob esse ponto de vista de Ducatti, percebe-se um entrelaçamento entre o poder estatal (normas) e a execução das políticas por profissionais de saúde (retirando o sujeito do convívio social e familiar e o isolando em instituições específicas) em contraponto ao cotidiano, quando o doente não era reconhecido como portador de uma vontade e, portanto, não se levava em conta o que ele sentia com o isolamento. Acrescenta-se que, em alguns momentos, também o profissional de saúde encontrava-se nesse ponto de disjunção, frente às representações dessas ações, um exemplo claro da dominação pelo Estado/normas técnicas/profissionais sobre os pacientes portadores de Hanseníase.

Em consonância com o projeto de saneamento da cidade do Rio de Janeiro, para captação de investimentos para o Brasil no governo do presidente Rodrigues Alves, verificam-se as normativas relacionadas à Lepra em 1902, relativas ao Serviço de Higiene de Defesa da Capital da República, regulamentando o Decreto nº 4.464 de 12/07/1902, no qual a lepra ulcerada foi incluída como doença de notificação obrigatória, junto com a varíola, a difteria e outras. Já em 1903, Oswaldo Cruz, então diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, inspirou o Código Sanitário, que, por meio do Decreto nº 5.156, de 08/03/1904, fortalecia a lepra como doença de notificação compulsória. No entanto, esse instrumento normativo tinha pouca eficácia nas regiões fora do Rio de Janeiro.⁵

Até a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV) em 1920, pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a Lepra não era uma prioridade do país. A IPLDV foi a primeira política pública de combate à lepra a partir da Reforma Carlos Chagas. Com a criação da IPLDV, a lepra tornou-se uma questão nacional, com uma centralização técnica e administrativa rigorosa diante dos Estados.

4 DUCATTI, I. Discurso científico e legitimação política: hanseníase e isolamento compulsório (Brasil, Século XX). *Projeto História*, São Paulo, n. 34, p. 303-315, jun. 2007.

5 SANTOS, L. A. C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil. *R. Bras. Est. Pop.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jan./jun. 2008.

O regulamento de 1920 mantinha a doença de notificação obrigatória, exames periódicos em comunicantes (familiares e/ou residentes domiciliares do doente) e o isolamento nosocomial (institucional) ou domiciliar do leproso.⁶

Durante o período do Governo Provisório (1930 a 1934), as mudanças não foram significativas nas políticas relativas à lepra. No ano de 1934, devido às mudanças nos órgãos federais (extinção do DNSP e, conseqüentemente, da IPLDV), as políticas contra a lepra ficaram sem um órgão específico para sua condução, até que a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República assumiu as atividades de combate à lepra e designou-as à Inspetoria dos Centros de Saúde do Distrito Federal e às Diretorias de Serviços Sanitários, nos Estados. Dessa forma, as ações perderam a uniformidade nesse período.⁷

Em 1934, Gustavo Capanema assumiu o Ministério da Educação e Saúde e redirecionou as ações de saúde, e em especial da lepra, ao solicitar um Plano Nacional de Combate à Lepra, em parceria com os Estados, elaborado por João de Barros Barreto e com colaboração de Joaquim Mota e Ernani Agrícola, em 1935. Tal plano impulsionou a construção de novos leprosários, de preventórios e dispensários, no chamado tripé de combate e prevenção da lepra ativo até 1960, na elaboração de pesquisas, nos censos e regulação de algumas práticas com força de lei. Uma reorganização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), em 1941, resultou na criação de órgãos como o Serviço Nacional da Lepra (SNL), entre outros, como da Tuberculose e Malária.⁸

Além das inaugurações de várias colônias, da criação do SNL e da descoberta das sulfonas como tratamento medicamentoso, o ano de 1941 teve grande relevância pelo contexto normativo em relação à lepra, exposto na Primeira Conferência Nacional de Saúde do Brasil, com o objetivo de firmar os laços entre Municípios, Estados e União na sistematização das ações sanitárias.⁹

6 COSTA, 2007, *op. cit.*, p. 336.

7 CUNHA, V. S. *O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. 2005. 150 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Osvaldo Cruz, 2005.

8 MACIEL, 2007, *op. cit.*, p. 107.

9 CUNHA, 2005, *op. cit.*, p. 10.

Já nos anos de 1950, a manutenção da estrutura tripé se apresentava com alto custo para o Estado e os avanços dos estudos terapêuticos ampliaram a discussão sobre a persistência da política de isolamento, já que o número de doentes crescia, mesmo diante da intervenção rigorosa de segregação, apontando para a manutenção do dispensário como instituição de investimento público de controle da lepra. A Campanha Nacional contra a Lepra, embora tenha sido iniciada por volta de 1954, no Rio de Janeiro, e com expansão para todo o Brasil em 1956, tornou-se lei em 11 de fevereiro de 1959 (nº 3.542), com a direção do SNL, então ligado ao DNS do Ministério da Saúde.¹⁰

A partir dos anos de 1950, as discussões entre os pesquisadores começam a considerar os malefícios do isolamento compulsório e do estigma criado em torno da doença e, em 1957, em Cambuquira, na 5ª Reunião de Leprólogos, Orestes Diniz anuncia novas estratégias de profilaxia da lepra, como o tratamento de pacientes em Unidades de Saúde e campanhas educativas. Era o prenúncio da queda da Política de Saúde Isolacionista.¹¹

Com as discussões internacionais e nacionais sobre a manutenção ou não das políticas isolacionistas da lepra, foi aprovado o Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962, baixando normas técnicas especiais para o combate à Lepra, que incluíam tarefas aos serviços especializados: estudos e pesquisas, preparo técnico de pessoal, educação sanitária, inquéritos epidemiológicos e busca de novos doentes, tratamento e assistência social, vigilância sanitária e limitação da movimentação das fontes de contágio, supondo discretas nuances de um relaxamento do isolamento compulsório em instituições leprosas determinadas aos pacientes.

Ocorre que, nos Estados de Minas Gerais e São Paulo, houve uma certa “desobediência” no que se refere ao fim do isolamento compulsório em leprosas, justificada pela não determinação de uma lei específica com o mesmo peso jurídico de sua instituição.¹²

A iniciativa do médico e professor paulista Abraão Rotberg, no início dos anos de 1970, que anuncia a mudança da terminologia lepra para Hanseníase, foi uma tentativa de diminuição do estigma da doença. Pode-se acrescentar a essa tentativa a percepção sobre os modos como vinham sendo

10 MACIEL, 2007, *op. cit.*, p. 273; MACIEL, 2010, *op. cit.*, p. 19.

11 MACIEL, 2007, *op. cit.*, p. 241.

12 MACIEL, 2010, *op. cit.*, p. 19.

tratados os doentes e a própria doença, uma preocupação inicial, portanto, da Hanseníase como evento social.¹³

Esse momento aponta para um caminho inverso dos alicerces já definidos pelo aparato estatal, pois essa iniciativa se relaciona não somente à nomenclatura de uma doença, mas a uma mudança de paradigmas frente às ações campanhistas dos movimentos sanitários da saúde pública. A saúde pública foi evidenciada na primeira metade do século XX, tanto nas cidades quanto no meio rural, já que as endemias eram consideradas de grande importância para a consolidação do Brasil como nação, pois retardavam o desenvolvimento e o progresso econômico e social e a construção da nacionalidade.

Tal mudança ainda aponta para uma nova leitura da própria doença. A Hanseníase deixava de ser passível de internação, podendo ser tratada como outras doenças, em ambulatórios, com medicações específicas e de fácil administração. Vale ressaltar que a tentativa de mudança de nomenclatura foi difundida para outros países por Rotberg; no entanto, não foi adotada como regra, permanecendo o termo lepra.¹⁴ Mas, no Brasil, o Decreto nº 76.078, de 4 de agosto de 1975, determinou que a Divisão Nacional de Lepra e a Campanha Nacional Contra a Lepra passassem a denominar-se, respectivamente, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) e Campanha Nacional contra a Hanseníase.

A partir dessa mudança considerável, a política de controle da Hanseníase passou a obedecer a normas, dispostas na Portaria nº 165, de 14 de maio de 1976, que determinaram a redução da morbidade, a prevenção das incapacidades, a preservação da unidade familiar e o estímulo da integração social dos doentes, conforme cada caso.

Dentre as várias recomendações dessa portaria, algumas inovam o controle da doença: apresentação voluntária de doentes, suspeitos e contatos em serviços de saúde; educação em saúde continuada; integração das ações de controle em serviços gerais de saúde; distribuição gratuita de medicamentos; avaliação dermatoneurológica dos contatos anualmente; realização de prevenção de incapacidades como rotina; abolição da separação entre

13 OPRMOLLA, P. A.; MARTELLI, A. C. C. A terminologia relativa à hanseníase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 80, n. 3, 2005. Disponível em: <j:\3-mestrado\3-bibliografia\1-hanseníase\terminologia\Anais Brasileiros de Dermatologia - Terminology related to hansen's disease.mht>. Acesso em: out. 2010.

14 MACIEL, 2007, *op. cit.*, p. 285.

pais doentes e filhos; realização de planejamento familiar para as mulheres com Hanseníase.

Acrescenta-se a estimulação de internação, quando necessária, em Hospitais Gerais e o desdobramento dos Asilos-colônias em Asilos, Colônias e Hospitais, de acordo com as especificidades locais. E, como prática de reintegração social do doente, determinou-se a abolição do termo “lepra” e seus derivados, incentivando o respeito à dignidade humana e familiar e o desenvolvimento das potencialidades do doente ou ex-doente, além de incentivar pesquisas que analisassem as barreiras culturais que dificultaram a integração dos doentes.

Nota-se que essa mudança indica uma reconfiguração da Hanseníase no Brasil, a partir da Portaria nº 165, de 14 de maio de 1976, que antes se apresentava fortemente ancorada na política estatal e, agora, pode ser lida sob uma perspectiva integrada em que a doença, o doente e a sociedade podem se relacionar.

Em Minas Gerais, no ano de 1987, havia recomendações para que o tratamento fosse ambulatorial, em qualquer tipo de forma clínica: em Unidades de Saúde previdenciárias, universitárias ou privadas e, em casos de intercorrências cirúrgicas ou clínicas, prosseguiriam a internação em Hospitais Gerais.

Durante o tratamento, o paciente tinha o direito de permanecer em seu trabalho e se ausentar mediante as intercorrências e, para as incapacidades definitivas, eram asseguradas as aposentadorias; e a educação em saúde se apresentava como importante estratégia de divulgação da doença. O controle dos doentes ainda era feito pelos exames dermatoneurológicos anuais, para as formas não contagiosas, e semestrais, com acréscimo do exame baciloscópico, para as formas contagiosas. Para os contatos de pacientes contagiantes, eram recomendados exames anuais durante cinco anos e só depois liberados, após esclarecimentos e orientações.¹⁵

Assim, com uma proposta voltada aos efeitos do preconceito sobre a Hanseníase e para esclarecer dúvidas, em 1981 foi criado o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), uma entidade sem fins lucrativos, com trabalho voluntário de pacientes e ex-pacientes de Hanseníase e pessoas simpatizantes da causa. Entre suas ações

15 MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. Programa de Hanseníase. *Informe Técnico: noções de Hansenologia*. Belo Horizonte, 1987.

destacaram-se o Jornal Informativo e o Telehansen gratuito, de repercussão nacional.¹⁶

Em relação às ações de controle da Hanseníase, aconteceu um fato de extrema importância, a partir da reunião do grupo de estudos em quimioterapia da lepra para Programas de Controle da OMS, em Genebra (1981), que definiu novos regimes terapêuticos eficazes e aplicáveis à doença. Esses regimes terapêuticos propuseram a Poliquimioterapia (PQT) ou terapia combinada, com os objetivos de destruir o *Micobacterium leprae* em tempo curto e a prevenção da emergência de mutação de cepas desse bacilo, evitando-se, assim, o fracasso do tratamento. Os medicamentos indicados foram os antibióticos Dapsone, Rifampicina e Clofazimina.¹⁷

A PQT trouxe consigo novas oportunidades para os portadores da Hanseníase em relação ao tratamento e também uma nova perspectiva de cura que poderia fomentar as suas representações: a transição de uma doença sem cura para o anúncio da perspectiva de cura e, conseqüentemente, políticas públicas que levassem em consideração o doente e não só a doença.

Em 1987, o DNDS, por intermédio da Portaria nº 001, de 09 de outubro, expediu as instruções normativas para o desenvolvimento das ações de orientação e acompanhamento do Programa de Controle da Hanseníase. Esse emaranhado de normativas, de leis e decretos, que partiram das esferas de Atenção em Saúde dos governos federal e estadual, aponta a presença do Estado na determinação de ações de controle da Hanseníase, no sentido de suas políticas públicas, como esferas de poder na regulamentação dos movimentos humanos. O que facilita a compreensão do delineamento de territórios¹⁸ marcados pela obrigatoriedade da permanência em determinados espaços pelos pacientes e seus familiares, modificando as suas práticas sociais e cotidianas.

Enfim, a lógica de autoridade sanitária e de segregação pareceu apontar para uma delimitação de lugares desses indivíduos dentro da socie-

16 DORNELLES, M. M. *A hanseníase e a política de saúde em Uberlândia*. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2005.

17 OMS - Organização Mundial de Saúde. *Manual para o controle da lepra*. 2. ed. Washington, 1989.

18 HAESBAERT, R. *O mito da desterritorialização: do fim dos “territórios” à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2010. p. 79. O autor considera as relações sociais ou culturais e seu contexto histórico: “o território pode ser concebido a partir da imbricação de múltiplas relações de poder, do poder mais material das relações econômico-políticas ao poder mais simbólico das relações de ordem mais estritamente cultural”.

dade, instigada pela memória coletiva da lepra, reforçando uma discussão territorial, ilustrada ao retomar o Decreto nº 968, que, em relação ao cuidado específico do doente, discorria sobre o tratamento cirúrgico e a prevenção de deformidades, do tratamento em domicílio, dispensários e sanatórios, de forma gratuita e por instituições oficiais, de regras como a submissão a exames de três em três meses. No entanto, inova em relação à educação sanitária, que deverá ser realizada junto aos doentes, de suas famílias a partir de líderes. Nesse contexto, vale ressaltar que indivíduos diagnosticados já não eram isolados de forma tão pontual, algumas Unidades de Saúde no Brasil já acompanhavam os doentes ambulatorialmente.

Quanto aos filhos nascidos nos leprosários, esses eram separados imediatamente da mãe e entregues aos familiares, preferencialmente. Na ausência dos familiares, eram entregues em estabelecimentos especializados. Novamente, a leitura do decreto convida à reflexão sobre os lugares para os quais esses indivíduos (doentes e familiares) eram enviados e, embora não seja a intenção desse item, fica a curiosidade em saber como eram percebidas essas mudanças repentinas de ambientes, não só para os pacientes, mas, também, para parentes, amigos e vizinhos.

Em suma, diante das normativas referidas, não foi encontrada, de forma explícita, a voz daqueles que passaram pelos processos normativos ou que fizeram parte desse processo, como os profissionais de saúde que funcionavam como ponte entre as normas e os pacientes, entre Estado e o sujeito doente. Ficou a ideia de que a trajetória histórica das políticas públicas da Hanseníase tinha como fim maior o enquadramento de uma doença em padrões aceitáveis, de acordo com indicadores nacionais e internacionais e, além disso, o objetivo de eliminar essa doença sobrepuja aos interesses dos doentes.

Talvez essa seja a resposta por ela não ter sido ainda eliminada: reduzir a incidência de uma doença secular, carregada de estigmas, pautando-se apenas na sua história natural e biológica, não foi possível em função da desconsideração dos atores envolvidos no seu processo. Neste sentido, o estudo focado no município de Governador Valadares pode trazer nuances significativas ao considerar alguns atores que viveram a doença e as práticas de saúde na década de 1980.

A Hanseníase em Governador Valadares

Governador Valadares situa-se no Leste do Estado de Minas Gerais, com uma população atual de 263.594 habitantes.¹⁹ Nesse caso, o município representa, inicialmente, um território jurídico-administrativo, mas o interesse em estudá-lo vai além dessa demarcação política/estatal, uma vez que tem sido alvo de estudos acadêmicos pela sua trajetória na formação territorial, permeada por relações de poder, conflitos de interesses e uma rica história em torno de sua saúde e do saneamento.

A cidade foi emancipada em 1938, se tornando polo de investimentos de capital financeiro e da migração nacional e internacional, entre as décadas de 1940 e 1970. Mas, desde as primeiras décadas do século XX, fatores como investimentos em infraestrutura, uma rede de transporte importante (rodovia BR-116 e Estrada de Ferro Vitória-Minas/EFVM) e um rápido crescimento populacional favoreceram o ordenamento de capital, de instituições e de pessoas.²⁰

O processo histórico de ocupação do Vale do Rio Doce aponta para um contexto de mobilidade humana (migração) e de enfrentamento às doenças endêmicas, em certa temporalidade (1903-1960) e para uma espacialidade específica (Rio Doce, EFVM e floresta tropical). No que diz respeito à temporalidade, 1903 marca o início da construção da ferrovia e 1960 o fim do convênio entre os governos brasileiro e norte-americano (firmado para sustentar a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública-SESP). É também a década do último Censo do IBGE, em que os indicadores sociais e econômicos apresentavam elevação em relação ao decênio anterior.²¹

19 GOVERNADOR VALADARES. *Sala do Estudante*. Disponível em: <http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/aspectos_gerais>. Acesso em: fev. 2012.

20 ESPÍNDOLA, H. S. *et al.* Apropriação de terras devolutas e organização territorial no Vale do Rio Doce: 1891-1960. In: ABREU, J. L. N.; ESPÍNDOLA, H. S. (Org.). *Território, sociedade e modernidade*. Governador Valadares: Ed. Univale, 2010. Disponível em: <http://www.univale.br/central_arquivos/arquivos/territoriosociedademodernizacao_eletronico.pdf>. Acesso em: maio 2011.

21 ESPÍNDOLA, H. S. Práticas econômicas e meio ambiente na ocupação do Sertão do Rio Doce. *Caderno de Filosofia e Ciências Humanas*, Belo Horizonte, n. 14, p. 67 -75, 2000; GENOVEZ, P. F.; VILARINO, M. T. B. Entre práticas sanitárias e saberes tradicionais: a territorialização do saneamento no Médio Rio Doce. In: ABREU, J. L. N.; ESPÍNDOLA, H. S. (Org.). *Território, sociedade e modernidade*. Governador Valadares: Ed. Univale, 2010. Disponível em: <http://www.univale.br/central_arquivos/arquivos/territoriosociedademodernizacao_eletronico.pdf>. Acesso em: maio 2011.

As condições sanitárias dessa região foram citadas como responsáveis pelo atraso da construção da ferrovia (EFVM), depois de sua retomada após a I Guerra Mundial, já que o impaludismo dizimava os seus trabalhadores, que eram assistidos pelo médico da própria empresa.²² Nas décadas entre 1900 e 1930, o serviço de saúde era precário, o atendimento era realizado por dentistas e farmacêuticos práticos. Poucos médicos formados chegavam à região, em oposição à crescente presença de endemias e baixas condições de saneamento, aliadas ao crescimento urbano desordenado.²³ Esse panorama muito lembra o panorama nacional remanescente do início da história da saúde no Brasil.

Inserida na região do médio Rio Doce, Governador Valadares se apresentava como fronteira agrícola no contexto brasileiro de industrialização e urbanização, atendendo à demanda de produção de alimentos de menores preços e servindo como fonte de matéria-prima, como madeira e minérios, na década de 1930.²⁴ Na década de 1940, em conformidade com a situação nacional das Políticas de Saúde, houve mudanças na estrutura do DNS, como a criação de órgãos de atuações nacionais no interior do país, a exemplo do SESP, resultado do convênio firmado entre o Ministério da Educação e Saúde (MES) e o Instituto de Assuntos Inter-Americanos (IAIA).

O principal objetivo do SESP era o controle da malária no Vale do Rio Doce e na Amazônia, regiões produtoras de matérias-primas como ferro e borracha que, diante da situação de guerra, interessavam aos Estados Unidos.²⁵ A ação do SESP, em Governador Valadares, portanto, está ligada à história da saúde pública do Brasil, em que os interesses econômicos estatais apontavam para a sobreposição às necessidades sociais e de saúde naquele período.

22 ROSA, Lea Brígida Rocha de Alvarenga. *Companhia Estrada e Ferro de Vitória a Minas (1890-1940)*. 1976. Dissertação (Mestrado) – USP. São Paulo, 1976.

23 VILARINO, M. T. B. *Entre lagoas e florestas: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce (1942 e 1960)*. 2008. Dissertação (Mestrado) – UFMG. Belo Horizonte, 2008.

24 ABREU, J. L. N. Ciência, saúde e território em Minas Gerais (1895-1930). In: _____; ESPÍNDOLA, H. S. (Org.). *Território, sociedade e modernidade*. Governador Valadares: Ed. Univale, 2010. Disponível em: <http://www.univale.br/central_arquivos/arquivos/territoriosociedademodernizacao_eletronico.pdf>. Acesso em: maio 2011.

25 PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: _____ (Org.). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPJSV, 2010. cap. 4. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em: out. 2010.

Assim, os serviços prestados pelo SESP, nos sertões brasileiros, contribuíram para mudanças no aspecto campanhista de promover e tratar a saúde, ainda que o objetivo inicial fosse prestar assistência médico-sanitária às regiões produtoras de materiais estratégicos (minério e borracha). Mudanças retratadas por algumas inovações de programação e avaliação de métodos de capacitação de pessoal, atenção domiciliar e implantação de redes hierarquizadas de atenção à saúde, com serviços preventivos e curativos, com profissionais em regime de dedicação exclusiva.²⁶

O SESP e a Hanseníase

A malária foi a grande responsável pela implantação do Programa Rio Doce e, a partir dele, pela evolução dos demais serviços de saúde em Governador Valadares. No entanto, em relação a outras doenças, como verminose e parasitoses, situações específicas de gestantes e crianças, a tuberculose e a Hanseníase foram coadjuvantes nesse processo histórico.

A Hanseníase, em Governador Valadares, tem seu primeiro registro na Ficha Epidemiológica e Clínica (FEC) 001 que data de 1935, preenchida e assinada pelo médico Josefino Aleixo. Atualmente, a ficha encontra-se nos arquivos do CREDEN-PES²⁷. Ao manusear tal ficha, foram observadas algumas situações curiosas a respeito de datas e informações nela contidas. Em relação à descrição nominal da ficha como Serviço Nacional de Lepra, nesse caso, é importante recordar que esse Serviço ainda não existia, já que foi instituído em 1941. Outra incoerência foi o segmento de descrição da doença: o item abordava a classificação de Madrid²⁸, estabelecida somente em 1953. Ficando subtendido que, possivelmente, a FEC 001/1935 foi resultado de uma transcrição retroativa de dados em prontuários e livros não encontrados durante a pesquisa.

26 MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap. 3.

27 Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais.

28 Classificação clínica das formas da Hanseníase, recomendada no Congresso Internacional de Madri, em 1953.

Apesar dessas contradições, a FEC 001/1935 é de grande importância histórica, pois se trata de um primeiro documento que se tem conhecimento do marco inicial das ações de controle da Hanseníase em Governador Valadares, na época, lepra.

Nota-se que as políticas de saúde voltadas para a lepra, nesse período, foram relacionadas ao combate e ao controle da expansão da doença, com ênfase aos leprosários, dispensários e preventórios, ações implementadas pelo SNL. Observando a historiografia da saúde no município, nesse período, a estrutura organizacional do setor não era bem definida. Tem-se conhecimento de que os médicos vinham de outras localidades do Estado, em determinados períodos, para realizarem os atendimentos necessários, como foi citado pelo senhor Olmário Francisco Vieira, auxiliar de saneamento em 1951:

Mesmo antes desta data já existia uma casa de madeira ao lado de um laboratório especializado, onde eram atendidos “leprosos”. Vinham de todos os cantos, em quantidades variadas para as consultas de pele, e os remédios eram distribuídos pelos funcionários. Depois que surgiu o trabalho do SESP, o barracão foi demolido e o atendimento passou a ser onde funciona hoje o setor de Dermatologia Sanitária.²⁹

Fato também citado por Zeus³⁰, o que sugere um delineamento de território da Hanseníase: o barracão, o Centro de Saúde III e o setor de Dermatologia Sanitária. Já nesse período, percebe-se um entrelaçamento entre saúde, SESP e Hanseníase, fato percebido nos relatos dos profissionais de saúde da época, aposentados ou ainda trabalhando nos serviços municipalizados.

O Projeto para Implantação de Esquema Multidrogaoterapia em Hanseníase, de Governador Valadares, traz, ainda que de forma sucinta, a

29 GOVERNADOR VALADARES. *Projeto para implantação de esquema multidrogaoterapia em hanseníase*. Governador Valadares, 1987. p. 26.

30 Um dos 8 depoentes entrevistados em 2011, que foram identificados por nomes fictícios, para a dissertação de mestrado: PEREIRA, F. R. *O drama da hanseníase numa perspectiva territorial: por uma polifonia dos seus atores*, em Governador Valadares, na década de 1980. 2012. 203 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) - Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2012.

trajetória histórica das ações voltadas para a Hanseníase. Esse projeto decorreu da indicação do Município como uma unidade-piloto para avaliação da factibilidade dos esquemas terapêuticos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1982, ou seja, se a PQT seria realmente viável como novo tratamento da Hanseníase, assim como relata Zeus:

O projeto-piloto do Estado de Minas Gerais adotou o centro de saúde da Passos e Citrolândia, se eu não me engano e a fundação SESP foi acionada pelo Distrito Federal como a instituição que deveria implantar o projeto piloto em cada estado. Pelas características da equipe, localização, uma cidade com muita Hanseníase, Valadares foi escolhida para sediar este projeto piloto aqui em Minas Gerais. Na ocasião, através desse convênio federal, onde os estados participariam com a sua unidade e o governo Federal com sua unidade, existia aqui em Governador Valadares um processo muito interessante.

Os organizadores desse projeto justificam a dificuldade encontrada para o relato histórico pela falta de dados e pautaram-se em relatos dos funcionários antigos da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) e do médico Ozires Prates Dias, então coordenador e supervisor do Programa de Hanseníase do Centro Regional de Saúde.³¹

Embora Governador Valadares não tenha sido sede de leprosários, a prática de isolamento repercutiu por aqui, pois muitos pacientes foram forçosamente levados, conforme relato do doutor Waldemar Marcus, chefe da Unidade Sanitária no período de 1949 a 1951: “existia, na composição da Vitória-Minas, um ‘vagão sanitário’ onde eram levados os ‘leprosos’ para a Colônia Santa Izabel. O vagão era o último para que não se misturassem com outras pessoas. Não retornavam aos seus lares”.³²

Zeus acrescenta os tuberculosos a esse vagão e, sobre os procedimentos realizados para o envio dos leprosos aos leprosários, informa que esses eram denunciados à polícia e aos agentes de saúde que existiam na época e “eram retirados das suas casas [...] então eram colocados nas colônias [...] e essas pessoas passariam a viver na fase de segregação em leprosários”. Esse vagão sanitário, presente nas memórias de depoentes,

31 GOVERNADOR VALADARES, *op. cit.*, 1987, p. 26.

32 GOVERNADOR VALADARES, *op. cit.*, 1987, p. 26

pode também apontar para um território da Hanseníase em Governador Valadares, citado por outra entrevistada, Afrodite³³:

[...] a gente tinha aqueles pacientes que já haviam saído de leprosários, estavam em acompanhamento conosco, eles contam, [...] era, era terrível, eles eram levados a Belo Horizonte, por policiais, é, a Companhia Vale do Rio Doce designava o último vagão do trem como vagão sanitário, esse paciente era praticamente, eu lembro, eu me recordo muito bem, de um senhor, [...] ele conta que quando foi pro leprosário, que descobriram, ele tava muito edemaciado, muito cheio de nódulo, foi feito o diagnóstico, então, a polícia foi à casa dele buscá-lo e ele fala que eles pegavam uma vara de goiaba, é, um pedaço de madeira, de árvore, pau e iam tocando para eles andarem mais rápido, sem contato físico, como faz com animal, tocar gado, iam tocando esses pacientes, pra esses pacientes entrarem no último vagão, esse paciente fala que perdeu a família, ele fala que eles eram colocados como animais né, e chegavam nesse leprosário, eles viviam num mundo separado, num mundo à parte, nesse mundo eles simplesmente viviam a doença, eles não viviam outra coisa, quem às vezes, quem atendia era o doente, aí montavam as estruturas nesses leprosários, né, eram verdadeiras cidades, casa, armazém, farmácia, tudo, eles não tinham contato com o mundo lá fora [...].

O seguimento das ações da Hanseníase, segundo o relato histórico expresso no Projeto, se relaciona com as atividades nacionais e estaduais de cada período. Uma dessas atividades de grande importância, com repercussão no município, foi a Campanha Nacional contra a Lepra. Em Minas Gerais, a Campanha teve início por intermédio de grupos de trabalho; no entanto, Governador Valadares não foi, inicialmente, sede desses grupos, sendo as ações executadas pelos médicos que atendiam toda a região, junto ao SESP, ainda em conformidade com as recomendações anteriormente vigentes.

Tal Campanha, implantada no Rio de Janeiro em 1954, tinha como propósito a mudança da estratégia de combate à doença voltada para o isolamento hospitalar³⁴. Sobre essa Campanha em Governador Valadares, Zeus discorre:

33 Outra depoente entrevistada, em 2011; acervo da autora.

34 MACIEL, 2007, *op. cit.*, p. 285.

Mas já em 1958, seguindo as Políticas de Saúde Pública no Brasil, [...] foi feita a campanha nacional da lepra, essa campanha nacional da lepra feita pelo Ministério da Saúde, ela não contemplou Valadares, contemplou Caratinga, talvez Teófilo Otoni, outros lugares, mas Valadares não foi contemplada como sede do projeto, foi contemplada como uma cidade que existia uma unidade federal do SESP, tinha algumas pessoas, e tinha o tal barracão que eu citei no início, onde essas pessoas vinham trabalhar isso, e é, essa chamada campanha nacional da lepra, cuja responsabilidade foi do doutor Ozires Prates Dias na época, ela terminou em 1975, ano exatamente em que começaram a atuar os centros de saúde do estado aqui.

No entanto, mais tarde, a partir de 1962, Governador Valadares se torna uma sede do grupo de trabalho da Campanha Nacional contra a Lepra, com atendimentos aos doentes, familiares e toda a comunidade, nas dependências da FSESP. Nesse período, o médico era ameaçado pela população e a polícia, muitas vezes, era acionada. Embora o Projeto não relate um aprofundamento sobre essa questão, ela convida a uma reflexão hipotética: o que levava a população a ameaçar um médico que, a princípio, tratava-se de um profissional tão respeitado e, pelo que se sabe, era muito esperado, já que vinha periodicamente? Seria o envio dos doentes aos leprosários, em consequência das políticas de isolamento, que despertavam nos familiares a revolta? Ou seria a falta de um número maior de profissionais para atender tantos doentes? Essas e outras indagações lembram o conflito entre doentes, técnicos de saúde e Estado, permeados por questões simbólicas que envolvem o embate entre a medicina científica e as tradições locais.

O que se sabe é que a Campanha teve seu término, sendo os funcionários e o programa passados para o nível estadual. Em 1975, a FSESP assume o trabalho e as atividades de controle da Hanseníase no Vale do Rio Doce, justificando por que os sujeitos apontam, através de suas memórias, a sua história entrelaçada ao SESP, já que não fazem a distinção com FSESP³⁵.

Com a criação dos Centros Regionais de Saúde do Estado de Minas Gerais, em 1976, as atividades relacionadas à Hanseníase foram expandidas

35 O SESP tornou-se em 1960, após o término do convênio com o governo norte-americano, Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP); portanto, esta distinção diz respeito à sua estrutura organizacional e administrativa.

por intermédio da Policlínica Estadual e, em 1977, para o Centro Regional de Saúde de Governador Valadares. O relatório sobre o controle da Hanseníase em Minas Gerais, em 1982, apontava o comportamento endêmico da Hanseníase e o considerava grave, pois abrangia todo o território mineiro, e a prevalência de 5 doentes a cada 1.000 habitantes conferiu o *status* de hiperendemicidade e, ainda, sugeriu que seu controle estava deficiente no município.³⁶

Tal relatório atribui essa deficiência à descentralização das ações, ainda em fase de desenvolvimento para os níveis regionais e locais; o pequeno envolvimento dos médicos generalistas; o comprometimento de treinamentos e capacitações profissionais por questões financeiras e administrativas; o distanciamento das diversas instituições médico-educacionais, assistenciais e profissionais na organização do combate à endemia e o fator estigma como obstáculo de expansão do programa (o que poderia justificar as atitudes da população).

Observando os relatos de alguns depoentes da dissertação *O drama da Hanseníase numa perspectiva territorial: por uma polifonia dos seus atores*, em Governador Valadares, na década de 1980, constatou-se uma tendência de ações com implicações territoriais, que as assimetrias do poder estatal não foram capazes de contornar, pois fugiram da significação ou conceituação física de território e partiram muito mais para situações simbólicas e cotidianas.

Nesse contexto de descentralização e regionalização, as ações de controle da Hanseníase, na década de 1980, em Governador Valadares, eram assim distribuídas nos serviços de saúde, de acordo com a estrutura: a) na rede municipal, não eram realizadas ações de Hanseníase; b) na rede estadual (01 Policlínica e 06 Centros de Saúde nos bairros), eram executadas ações como diagnóstico, tratamento e exames de pacientes, familiares e comunidade; c) na FSESP (01 Unidade Básica – Setor de Dermatologia Sanitária e 08 Unidades tipo L1 – nos bairros e zona rural) o atendimento era completo e parcial, respectivamente; d) e nos consultórios particulares dos médicos Ozires Prates Dias (também funcionário da FSESP), Lincoln Miranda Alvarenga e Vera Silva Ramalho se executavam algumas ações.³⁷

36 MINAS GERAIS. Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais. *Relatório sobre o controle da hanseníase em Minas Gerais em 1982*. Belo Horizonte, 1983.

37 GOVERNADOR VALADARES, *op. cit.*, 1987, p. 29.

Alguns desses atendimentos são relatados por Zeus:

Existia um núcleo de pacientes muito grande na unidade [do bairro] Vila Isa e quando eu comecei a chegar e atender aqui em 1980, eu passei a assumir esse papel que outrora era feito pelo doutor Rocha, que era médico que atendia esse programa. Então eu passei a atender a hanseníase a partir da década de 80, lá, basicamente no Vila Isa e quem fazia o restante do atendimento era o SESP central, no setor chamado de Dermatologia Sanitária ou o setor que tratava dos leprosos. Existia naquela época também o setor de pneumologia onde o doutor Piana atendia a turma da tuberculose. E como eu cheguei aqui, como polivalente, eu atendia tudo, fazia pediatria, pré-natal, clínica de adulto, atendia essas unidades descentralizadas e cobria o programa de tuberculose e hanseníase por ocasião de férias desses profissionais titulares, digamos assim; e fazia o atendimento dessas pessoas de bairro, nessa época eu já tinha, tive oportunidade de ter contato com casos de hanseníase antes de vir a Valadares, eu passei a fazer uma triagem basicamente em gestantes, pessoas adultas que iam consultar e encaminhar para a unidade da SESP esses pacientes para iniciar o tratamento, já que nessas unidades descentralizadas não se fazia o início do tratamento, fazia apenas o controle durante o tratamento. É interessante notar que, já nesta época como nos períodos anteriores, não existia alta por cura, o que existia era alta por óbito, então o indivíduo portador da hanseníase tinha alta para morrer. Essa questão da alta, se não me engano, começou a partir de 85, não lembro bem, com uma das portarias ministeriais, chamada EOSTQ, que era em observação pós-tratamento sem terapêutica onde as pessoas ficavam em média 5 anos em revisões periódicas e uma vez que eles estavam inativos sem medicamentos, então eles recebiam alta definitiva. Posteriormente, o ministério acabou com isto e com as experiências da poliquimioterapia, então se passou a dar alta na sexta dose por paucibacilar, hoje multibacilar por 24 doses, tomadas até 36 meses e com o passar do tempo as experiências foram sendo melhores, reduzindo esse tratamento de 24 doses para 12 doses que o tratamento atualmente usado, paucibacilar 6 doses até 9 meses e multibacilar de 12 doses até 18 meses.

Além da estrutura de serviços disponibilizados no município, na década de 1980, a imprensa era divulgadora das ações para o controle da

Hanseníase. Alguns registros das notícias veiculadas pelos jornais da época foram guardados pelo médico do CREDEN-PES, Alexandre Castelo Branco.

Embora o uso da nomenclatura lepra já houvesse sido abolido no Brasil, ainda assim, em 1985, o Jornal *Porta-Voz de Valadares*, em sua 4ª edição, teve como capa a chamada: “Lepra – 950 doentes aqui”, o que aponta um alto número de doentes inscritos no serviço; no entanto, embora não haja registrado em nenhum documento datado de 1985 quantos pacientes eram de fato valadarenses, acredita-se que seja um total de inscritos resultante da somatória de doentes de Governador Valadares e outros municípios, cadastrados no Programa.

O texto da página 3, do mesmo jornal, faz alusão à mudança do termo lepra para Hanseníase, ao número de doentes conhecidos em Governador Valadares, além da iniciativa da FSESP em esclarecer a população sobre os principais sintomas da doença, utilizando o termo “conscientizar” por meio de reuniões com doentes e indivíduos saudáveis. A Hanseníase também foi tema de reuniões de Associações de Moradores dos bairros Vila Isa e Vila Ozanan, para esclarecimentos pelos profissionais de saúde da FSESP.³⁸

Foi esse número elevado de doentes de Hanseníase em Governador Valadares que o classificou como município endêmico, em 1987, e o credenciou como uma unidade-piloto para implantação da PQT aos pacientes ali assistidos.³⁹

Nesse momento, Governador Valadares se apresentou como um território endêmico. Para a implantação dessa nova modalidade de tratamento medicamentoso em Governador Valadares, dados importantes foram divulgados pelo Projeto de Implantação da Multidrogaterapia de 1987, ressaltados pela carta enviada em junho de 1988 à Diretoria Regional de Minas Gerais, pelo escritório da Fundação SESP do Rio de Janeiro. O projeto foi parabenizado, tendo sido citado o nome do então médico responsável Alexandre Castelo Branco pela condução do projeto e pela implantação da PQT em Governador Valadares.⁴⁰

Para a execução do Projeto no município, a proposta inicial teve como carros-chefe a capacitação de profissionais e a melhoria da infraes-

38 Calendário das Uniões Comunitárias. *Diário Valadarense*. Página do Povo. 30 de agosto de 1986. p. 2.

39 GOVERNADOR VALADARES, *op. cit.*, 1987, p. 54.

40 FSESP. *Ofício enviado à Diretoria Regional de Minas Gerais*. Rio de Janeiro, 9 de junho de 1988.

trutura do serviço público de saúde relacionada à Dermatologia Sanitária. As capacitações foram previstas para o ano de 1988, direcionadas para atendentes e visitadoras, enfermeiras, médicos e outros profissionais de nível superior, com enfoques em ações básicas de controle e na prevenção de incapacidades da Hanseníase.

Em seu depoimento, Zeus justifica a centralização das ações nessa unidade:

É exatamente aí, onde está a questão da necessidade também de concentrar o programa de hanseníase na fundação SESP, [...] em 1988 nós implantamos aqui, através de um projeto feito em 86, em parceria com a prefeitura, o estado e o SESP. Nós fizemos então um projeto e já visando esta fusão de organizações, não só descentralizar de fato o atendimento ao paciente, como também, propiciar a chamada ideologia das equipes multiprofissionais e multi-institucionais de saúde.

É uma experiência pioneira que nós fizemos na hanseníase aqui, onde profissionais oriundos de várias organizações: médicos do INAMPS, médicos do SESP, enfermeiras do INAMPS, terapeuta ocupacional da FEMIG, gente da prefeitura, enfim, profissionais de várias organizações, se respeitando e formando equipes multiprofissionais para fazer melhor atendimento ao usuário que não seria olhado na ocasião, apenas como usuário que vinha ao serviço receber o medicamento através do estado e depois passava à condição de alta ou ir pra casa. Nós não queríamos apenas isto, nós queríamos o atendimento integral, nós queríamos a cidadania que o indivíduo soubesse onde ele estava inserido e como ele ia executar seus direitos nesse novo governo que nós estávamos fazendo a partir de 88.

No dia 31 de maio, a imprensa publicou que foi o dia primeiro, mas na verdade foi dia 31 de maio e nós então incluímos o primeiro paciente no novo projeto de poliquimioterapia chamada multidrogaterapia, por azar era um indivíduo, é, parente do funcionário, gente da cidade, essa pessoa fez uma baita de uma reação adversa aos medicamentos, foi internada, quase morreu, então aquilo ali foi uma experiência assim que foi um terror, foi o primeiro paciente que foi implantado no programa. Nós fizemos um projeto para contemplar 100 pacientes e ao longo do tempo nós tivemos que trabalhar com uma realidade diferente, com uma realidade que vai do dobro até cinco seis vezes mais pacientes que este projeto esperava.

Em sintonia com a Campanha do Ministério da Saúde de 1988, “Hanseníase – vamos acabar com esta mancha no Brasil”, os serviços de saúde da FSESP, representados pelo médico Alexandre Castelo Branco, esclarecem, em uma matéria jornalística, sobre as características da doença e o tratamento, com a mesma chamada da campanha⁴¹. As informações são expostas no sentido de informar a população sobre os sinais e sintomas da doença e já sobre o novo tratamento, como alternativa de cura e de quebra da transmissão da Hanseníase.

Assim, denota-se um esforço da equipe de saúde em apresentar a Hanseníase à comunidade valadarense sob outro prisma, diferente do utilizado até então, em que eram usadas as imagens históricas da doença, representadas pelos relatos bíblicos e construídas ao longo dos séculos, pelas políticas isolacionistas e pela própria característica de deformidade causada ao seu portador.

Esse longo processo, em janeiro de 1989, apresenta alguns resultados do controle da Hanseníase no município. A página 14 do jornal circulante na cidade revela o número de doentes no ano de 1988, já com uma queda de inscritos, mais precisamente 850, sendo 692 residentes em Governador Valadares, apontando para a eficiência do novo esquema implantado, a PQT, uma vez que, em 1987, eram 950 doentes e já em 1988 12 pacientes tiveram alta do tratamento medicamentoso.⁴² Os médicos que concederam a entrevista ressaltaram que “existem muitos doentes de Hanseníase, por causa do medo e da vergonha, que fazem com que muitos pacientes e seus familiares escondam a doença e não procurem tratamento”.⁴³

Sobrevoar a história das ações de saúde delineadas em relação à Hanseníase em Governador Valadares permitiu constatar que foram poucas as fontes orais sobre esse processo, o que também pode ser percebido na história da Hanseníase no Brasil até 1980, já que a literatura produzida era, em sua grande maioria, voltada para os aspectos epidemiológicos, como o perfil epidemiológico dos pacientes; aspectos clínicos e comportamentos da doença: diagnósticos, formas, transmissão, imunologia e tratamento;

41 Hanseníase – vamos acabar com esta mancha no Brasil. *Diário do Rio Doce*. Governador Valadares, 17 de julho de 1988. p. 26.

42 SESP divulga resultado do controle de hanseníase em 88. *Diário do Rio Doce*. Governador Valadares, 29 de janeiro de 1989. p. 14.

43 *Diário do Rio Doce*, op. cit. p. 14.

as incapacidades físicas; aspectos organizacionais dos serviços de saúde que atendiam os pacientes da Hanseníase e as práticas sanitárias da época.

Um número bem menor de publicações discorreu sobre a perspectiva do paciente/doente em relação à Hanseníase. No entanto, percebeu-se que alguns ensaios sobre a história da Hanseníase foram realizados, ainda discretos no sentido de abarcar outros enfoques interdisciplinares, pois, quando se tratava de história, algumas publicações diziam respeito aos pioneiros da Hanseníase no Brasil, em alguns fatos históricos voltados para as características da doença e até algumas angústias de profissionais em relação à doença.

O resultado prévio da busca pelas publicações reforçou a ideia de que, nessa década, ainda se via a doença muito mais como um evento biológico do que um fenômeno passível de inferências de outros olhares da Ciência, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia.

Nesse sentido, fortaleceu-se a premissa de que a Hanseníase pode e deve ser estudada a partir desses outros olhares, sem a pretensão de estabelecer uma ordem de superioridade entre as diversas áreas do saber. E, ainda, ao agregar os depoimentos (oralidades, silêncios, ruídos) poderão ser reconhecidas outras fontes de estudo sobre uma doença milenar, mas cujo tratamento ainda é tão importante para a saúde pública e para seus portadores, familiares e toda a sociedade.

Recebido em abril de 2013.

Aprovado em dezembro de 2013.