



e-ISSN 2446-8118

REPERCUSSÕES SOCIAIS: HISTÓRICO DA HANSENÍASE

SOCIAL IMPACTS: HISTORY OF LEPROSY

IMPACTO SOCIAL: LA HISTORIA DE LA LEPRO

Reinaldo Antonio da Silva Sobrinho¹
Marcos Augusto Moraes Arcoverde²
Adriana Zilly³
Oscar Kenji Nihei⁴
Débora Christina Santos Souza⁵

RESUMO

O estudo examina a hanseníase, em relação ao preconceito e estigma sofrido pelos indivíduos afetados em diferentes períodos históricos, demonstrando as formas abordadas pela sociedade e autoridades governamentais no trato aos doentes. Suscita a descoberta do agente causador da doença como um marco confirmatório para o isolamento compulsório, como medida única para proteger dos lázaros a sociedade saudável, demonstrando que o pensamento médico foi o único conhecimento norteador das políticas de controle da doença. Por fim, o advento de medicamentos reconhecidamente capazes de promover a cura da doença, apresentou-se como esperança para o desencarceramento/desospitalização. Em um longo caminhar, o tratamento passou do hospital para a comunidade com a chancela da Organização Mundial da Saúde e, o Brasil está no percurso de uma abordagem multiprofissional de cuidado, tendo como pilar a Estratégia Saúde da Família.

DESCRITORES: Hanseníase; História; Preconceito; Estigma Social; Saúde Pública.

¹ Enfermeiro. Doutor em Ciências. Docente de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação (Stricto Sensu) Saúde Pública em Região de Fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Campus Foz do Iguaçu – PR, Brasil.

² Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Campus Foz do Iguaçu – PR, Brasil

³ Bióloga. Doutora em Ciências Biológicas. Docente de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação (Stricto Sensu) Saúde Pública em Região de Fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Campus Foz do Iguaçu – PR, Brasil.

⁴ Biomédico, Doutor em Ciências Biológicas. Docente de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação (Stricto Sensu) Saúde Pública em Região de Fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste, Campus Foz do Iguaçu – PR, Brasil.

⁵ Nutricionista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação (Stricto Sensu) Saúde Pública em Região de Fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Campus Foz do Iguaçu – PR, Brasil.

ABSTRACT

The study examines leprosy, focusing on the prejudice and stigma suffered by the individuals affected in different historical periods, demonstrating the ways addressed by society and government authorities in dealing to patients. Raises the discovery of the causative agent of the disease as a landmark for confirmatory compulsory isolation as the only measure to protect the Lazarus healthy society, showing that the doctor thought was the only guiding knowledge of disease control policies. Finally, the advent of known drugs that can promote healing of the disease, was presented as hope for extrication / deinstitutionalization. In a long hike, the treatment went from hospital to the community with the backing of the World Health Organization, Brazil is on course for a multidisciplinary approach to care, with the pillar to the Family Health Strategy.

DESCRIPTORS: Leprosy; History; Social Stigma; Public Health.

RESUMEN

El estudio examina la lepra, en relación con el prejuicio y el estigma que sufren las personas afectadas en diferentes períodos históricos, lo que demuestra las maneras dirigirse las autoridades de la sociedad y del gobierno en el trato a los pacientes. Eleva el descubrimiento del agente causal de la enfermedad como un punto de referencia para el aislamiento obligatorio de confirmación como la única medida para proteger a la sociedad sana Lázaro, lo que demuestra que el médico pensó que era el único conocimiento rector de políticas de control de la enfermedad. Por último, la llegada de medicamentos conocidos que pueden promover la curación de la enfermedad, se presentó como esperanza para extricación / desinstitucionalización. En una larga caminata, el tratamiento fue del hospital a la comunidad con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, Brasil está en camino de un enfoque multidisciplinario a la atención, con el pilar de la Estrategia Salud de la Familia.

DESCRIPTORES: Lepra; Historia; Estigma Social; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

Estigma refere-se à situação do indivíduo impossibilitado da aceitação social plena, acarretando discriminação de uma pessoa que apresenta algum tipo de diferença significativa^{1,2}. O preconceito, na visão de Amaral³, é definido como uma atitude favorável ou desfavorável, positiva ou negativa, anterior a qualquer conhecimento. Logo, o estigma é gerado pela desinformação e pelo preconceito⁴.

O estigma pode ser classificado em três tipos: relacionado com as deformidades físicas; relativo às culpas de caráter individual; e o que diz respeito àquele ligado a tribos, raças, nação e religião. Todos estes convergem em um sentido único, ou seja, o sujeito que, na relação social, possui uma característica que demanda atenção especial^{1,4,5}.

Na problemática da hanseníase, o estigma é gerado em função da imagem do corpo, pois normalmente a pessoa adoecida apresenta manchas, lesões e até deformidades físicas⁵.

No decorrer da história da humanidade, os conceitos e imagens associados às doenças, e neste caso, à hanseníase, veem sendo aceitos, naturalizados e tidos como verdadeiros, decorrendo do processo de construção do preconceito, do estigma e da exclusão social. Neste contexto, o estigma pode ser considerado como uma marca, que se atribui às pessoas com certos aspectos e que se incluem em determinadas classes ou categorias diversas, porém comuns na categoria da desqualificação social⁴.

Os indivíduos constroem suas representações em seus grupos sociais através de conversas, das visões e das crenças veiculadas. Nesse sentido, a presente análise

visa discutir historicamente as repercussões sociais, o estigma, o preconceito e os modos de cuidados da “lepra”, a hanseníase.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo reflexivo com abordagem retrospectiva. Para contextualizar e aprofundar o conhecimento sobre o tema foi utilizado a pesquisa bibliográfica, os estudos deste tipo têm objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis⁹.

Para esse estudo foi consultado o site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Em decorrência da pequena quantidade de artigos encontrados, optou-se em consultar o site de buscas “google acadêmico” de onde se selecionou outras referências, foram escolhidas aquelas com fonte de publicação institucionais confiáveis e artigos cujas revistas eram ranqueadas no banco de dados Qualis/Capes da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível

Superior (Capes). Os descritores utilizados para a busca dos artigos, de acordo com o DECS (Descritores em Ciências da Saúde) foram: hanseníase, estigma e preconceito, além da inclusão de trabalhos publicados em livros.

Para análise foram selecionados os artigos pela leitura dos seus resumos e no caso de contemplarem o objeto deste estudo, passou-se à análise dos textos para possível aplicação. Na totalidade, foram utilizadas vinte e oito referências para a fundamentação deste artigo, organizadas conforme os interesses da argumentação pretendida, às quais, foram aliadas questões procedentes da prática e experiência profissional dos autores, permitindo estabelecer as reflexões sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa possibilitou aos autores a construção de um Quadro síntese das características dos períodos históricos e as dimensões que marcaram a representação sobre a doença no diferentes momentos (Quadro 1).

Quadro 1. Períodos históricos e as principais dimensões de intervenção/atenção em hanseníase

PERÍODO	TEMPOS ANTIGOS	SÉCULOS XIX e XX	SÉCULO XXI
DIMENSÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social com conotação moral e religiosa. - Associação da doença à impureza moral. - Isolamento terapêutico. - Controle exercido pelas instituições religiosas e do Estado sobre os doentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Descoberta do bacilo em 1873. - Reforço do isolamento terapêutico como única resposta para garantir a sanidade da coletividade - Descoberta do medicamento na década de 1940, século XX. - Brasil: Políticas públicas voltadas ao isolamento terapêutico até a década de 1970. - A partir de 1983, ocorreu a proposta de desospitalização do doente. - Busca de reparação econômica e prevenção do preconceito/estigma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção Integral à Saúde. - Continuidade na busca de prevenção dos efeitos sociais da doença. - Diagnóstico precoce e prevenção de incapacidades físicas. - Atenção Primária como <i>locus</i> de cuidado. - Reabilitação baseada na comunidade (RBC). - Metas para eliminação da doença como problema de saúde pública.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tempos Antigos

Desde os tempos bíblicos, a hanseníase tem sido descrita como uma doença que causava horror por conta da aparência física do doente associada a diversas formas de estigma^{5,6}.

Na Idade Média, os doentes usavam unguentos e barro misturado com sangue menstrual e, para circular nas cidades, deviam exibir símbolos para anunciar a sua condição de “leproso” ou eram obrigados a andar com uma matraca, para afastar os que se aproximavam. Mais tarde, ocorreu na Europa a construção de leprosários, vinculados à Igreja Católica, onde os religiosos realizavam os cuidados e um médico atestava a condição de leproso⁶.

Ressalta-se que, a exclusão do convívio social, através do aprisionamento em leprosários, era considerada uma forma de tratamento. As feridas e as incapacidades geradas pela hanseníase constituíam-se num agravante visto que, eram tidas como uma “desonra física”⁶.

De acordo com Tronca⁷, existem elementos sociais, culturais e políticos que produzem uma concepção estigmatizadora da “lepra”, a história cultural da doença no imaginário social é que dá sustentabilidade e conexão simbólica⁸.

Descobertas do século XIX e suas repercussões no século XX

Como aponta White¹⁰, é curioso que Osvaldo Cruz, no ano de 1900, tenha defendido o isolamento de leprosos, e que o Hospital de Carville, na Louisiana (EUA), um leprosário que aprisionou muitos norte-americanos e imigrantes europeus, tenha servido como modelo para os leprosários do Brasil, como o de Curupaiti, no Rio de Janeiro.

Com a descoberta do bacilo transmissor (*Mycobacterium leprae*), por Gerhard H. A. Hansen, em 1873, o isolamento dos doentes realmente parecia ser a única forma de proteger a população não contaminada¹⁰. Em 1897, na Primeira

Conferência Internacional de Leprologia, Hansen propôs oficialmente o isolamento como única medida possível. Em 1923, na terceira versão deste congresso, já se sabia que a doença não era transmitida por hereditariedade, então se iniciaram discussões pontuais sobre a efetividade do isolamento, visto que o número de casos não declinava⁵.

Como se pode observar, utilizando unicamente as verdades biomédicas, os governos de países endêmicos escolheram realizar intervenções de aprisionamento do doente como caminho a evitar a propagação da doença, a fim de proteger a sociedade sadia do perigo representado pelos doentes¹¹. Relatos indicam que: “A hanseníase está presente no Brasil desde os primórdios da colonização. Estudos sobre as diversas práticas de saúde adotadas ao longo destes últimos 500 anos mostram que, todos eles tinham uma coisa em comum: a marginalização social dos doentes. A imagem medieval da lepra e o leproso, [...] estava firmemente inserida na cultura brasileira, ajudando o governo a garantir o apoio da população para qualquer política profilática [...]”¹¹.

O estudo de Leandro¹² aponta que no início da República, inexistiam políticas públicas para o controle da hanseníase no Brasil. Após a década de 1930, a política de controle da doença sustentou a construção de leprosários⁵. Ainda, registros históricos da saúde pública brasileira demonstram que a preocupação das autoridades, durante as décadas iniciais da República Brasileira, era apenas de extinguir a doença do meio social⁶.

Segundo Nogueira e Marzliak¹³, com o advento da sulfona, no início da década de 1940, a comunidade científica passou a vislumbrar o controle da doença. Por isso, a partir de 1950, o tratamento através do isolamento compulsório poderia ser abolido, sendo substituído pelo regime ambulatorial.

Entretanto, a inexistência de uma rede de serviços funcionais passou a ser um entrave na luta contra a doença. Apesar da descoberta de novas drogas, como a Clofazimina e a Rifampicina, nas décadas de 1960 e 1970, muitos pesquisadores demonstraram indícios de um novo problema,

a resistência medicamentosa à monoterapia sulfônica em razão do uso irregular deste esquema terapêutico¹³.

Conforme Moreira¹⁴, a partir de 1983, o Brasil passou a utilizar a poliquimioterapia (Rifampicina, Dapsona e Clofazimina) recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como nova estratégia para a cura. A estratégia previa o tratamento de todos os casos com as novas drogas e a desospitalização⁵, além de que se acreditava que as medidas levariam ao desaparecimento do estigma frente às pessoas outrora doentes.

É evidente a mudança no perfil epidemiológico da hanseníase no Brasil quando se observa os coeficientes de prevalência dessa doença ao longo das décadas, todavia, somente o uso da poliquimioterapia não foi suficiente para tratar e reintegrar socialmente as pessoas atingidas, vitimadas pelo preconceito¹⁴.

Kleinman¹⁵ descreve que existem três setores parcialmente sobrepostos e interligados de cuidados de saúde presentes nas sociedades: setor informal (conhecimento leigo); popular ou “*folk*” (composto por curandeiros) e o profissional, formado pelos profissionais da saúde, que oferece uma ínfima parte da assistência. Ocorre que, no mundo ocidental, o modelo biomédico e suas práticas são regulamentadas por leis, conferindo a esses agentes o poder de rotular indivíduos, confinar pessoas em hospitais, indicar tratamentos e padrões sociais e econômicos¹⁶.

No século XX, o modelo biomédico expandiu-se no mundo e tornou-se a prática dominante de cura na maioria dos países, formando o alicerce do setor profissional em saúde, limitando o “pluralismo nos cuidados de saúde”¹⁵.

No âmbito dos direitos universais do homem, existem segmentos como o MORHAN (Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase), que desde 1981 participam da elaboração das políticas de atendimento aos portadores de hanseníase e trabalham para esclarecer sobre a doença⁶.

Enfim, por meio da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e, devido ao Brasil ser signatário da OMS num esforço global para a eliminação da hanseníase, o

Ministério da Saúde, em 1991, elaborou o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, prevendo o tratamento e a reinserção dos indivíduos à sociedade¹⁷.

Século XXI e o cuidado às pessoas acometidas pela hanseníase

No entanto, ainda no presente século, a hanseníase é uma doença que a sociedade desconhece e muitas pessoas ainda não são conscientes de que a doença é curável¹⁸.

O Ministério da Saúde¹⁹ tem promovido capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para a compreensão do aspecto subjetivo da hanseníase, com vistas ao enfrentamento do preconceito e do estigma social. Mesmo assim, muitos profissionais de saúde alegam que não atendem pessoas com hanseníase porque não se sentem seguros quanto aos procedimentos. É lamentável afirmar que o preconceito contra o doente se dá inclusive entre pessoas esclarecidas^{9:20-21}.

Segundo Nunes, Oliveira e Vieira²⁰, o Brasil, em 1974, foi pioneiro na substituição do termo “lepra” por hanseníase, visto que a palavra “lepra” é considerada como sinal de castigo, maldição, isolamento e sofrimento. A nova nomenclatura conclamou a reescrita na conduta de tratamento da doença, através do diagnóstico precoce, uso adequado da poliquimioterapia, prevenção e tratamento das incapacidades físicas, busca de comunicantes e ações de educação em saúde que visam à eliminação da doença.

Destaca-se ainda outra modalidade de estigma, o autoestigma, que ocorre quando o doente apresenta dificuldades em aceitar a doença, levando à instabilidade emocional. O medo sobre a opinião da sociedade leva ao sigilo sobre a doença, até com relação à família²⁰.

É surpreendente descobrir que novos doentes manifestam interesse em mudar-se para os antigos leprosários, motivados pelo acesso facilitado aos serviços de saúde e pelo apoio socioeconômico, imaginando assim estarem livres do preconceito. Contudo, no domínio popular, esses locais são perigosos por serem moradia de “leprosos”⁹.

Para Claro²³, a estigmatização social no Brasil é frequente, porém é bem diferente da exclusão que sofre o paciente na Índia, por exemplo, que abandona sua família e seu meio social para se tornar mendigo.

Nesse bojo, verifica-se que parte dos doentes, bem como, da sociedade assimilaram os conceitos otimistas e positivos sobre a doença, influenciados por programas governamentais de educação em saúde e pela mídia¹⁶.

Nos últimos 25 anos, em todo o mundo, o cuidado às pessoas acometidas pela hanseníase migrou do “hospital para o lar, das instituições para a comunidade”, ou seja, a segregação deu lugar a uma abordagem multidimensional, notadamente a reabilitação baseada na comunidade (RBC), estratégia apoiada pela OMS²³.

No Brasil, em face da organização do SUS, é de competência dos municípios, com assessoria dos Estados, a prestação de assistência integral ao doente com hanseníase. Assim, no contexto de reorganização do modelo assistencial, coube à Atenção Básica abraçar a demanda inicial de diagnóstico e tratamento da hanseníase²⁴.

Ainda nos últimos anos do séc. XX, com a criação (1994) e consolidação do Programa Saúde da Família, buscou-se ampliar o acesso à saúde, contudo, apenas em 2006 as ações transforma-se em política pública voltada à universalização do acesso à saúde como bem social e de direito de todos por intermédio da Portaria 648/GM²⁵. Cabe destacar que, no primeiro capítulo desse documento, ele já faz menção à eliminação da hanseníase como uma das temáticas da operacionalização da atenção básica.

Em vários momentos durante a proposta e implementação da reorganização do modelo assistencial a hanseníase foi apresentado como um tema a ser abordado já no nível primário juntos às equipes de saúde as família que estavam sendo propostas e implantadas²⁶. Nesse contexto, são realizados esforços (capacitação de equipe, reorganização de fluxos, etc.) para que o doente seja atendido em sua integralidade e na comunidade, desconstruindo de fato a segregação. Todavia, é necessário compreender que o profissional de saúde

também carrega a representação da doença e ele deve ser considerado como parte do processo, para que as ações de controle da doença sejam aprimoradas.

O controle da hanseníase e de suas intercorrências deve ser norteado pela melhoria das condições de vida da população, que devem estar previstas em políticas públicas atuais. No tocante aos serviços de saúde, a melhoria do acesso, por si só, não reduz o estigma entre as pessoas acometidas pela hanseníase, o que realmente importa é o atendimento de qualidade, não-acusatório, que habilita cidadãos e promove a dignidade humana²⁷.

A exclusão social é fator integrante de um processo histórico, e paralelamente a esse processo existem determinantes sociopolíticos e econômicos constituídos em qualquer grupo organizado de pessoas. Dessa maneira, podem surgir os discriminados, marginalizados e/ou excluídos.

Em relação ao cuidado à pessoa adoecida é de grande magnitude dar ênfase, na rede pública, ao trabalho em equipe interdisciplinar, que incorpore a educação em saúde, de modo a contribuir para que estes indivíduos descubram seus valores, ajudando-os no seu processo de reintegração e reinserção social²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão e a compreensão dos aspectos subjetivos da hanseníase podem ser úteis para a sociedade e os profissionais da saúde, especialmente, devido a seu contato direto com o paciente, e essa característica proporciona a eles a oportunidade de realizar o cuidado integral, ajudando-o a solucionar tanto os problemas físicos quanto os psíquicos e sociais.

Isso ainda traz benefícios práticos para as pessoas atingidas por doenças com forte conotação negativa na sociedade, e pode-se concluir que é necessária a realização de novas discussões que busquem questionar as repercussões sociais relacionadas ao preconceito e estigma ligados à hanseníase.

É importante destacar que a valorização da Atenção Básica e a

consolidação da Estratégia de Saúde da Família (e não mais programa) apresenta uma possibilidade de trazer a melhora a saúde e a qualidade dos doentes em tratamento, mas, não obstante, também representam um avanço frente ao combate do estigma da hanseníase. Portanto, julga-se necessário que o profissional da saúde consiga reconhecer este seu papel no tratamento, visto que é ir além de um esquema terapêutica, mas sim propiciar o resgate da dignidade ao ser em tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Goffman E. Estigma. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar. 1982.
2. Nascimento DR. Doença e estigma. *Hist. Ciênc. saúde – Manguinhos* 2002; 9(1): 235-238.
3. Amaral LA. Conhecendo a deficiência (em companhia de Hércules). São Paulo: Robe. 1995.
4. Rangel M. A violência do estigma e do preconceito à luz da representação social. *Rev. bras. Estud* 1993;74(178):639-654.
5. Borenstein MS, et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). *Rev. bras. enferm* 2008;61: 708-702.
6. Cunha AZS. Hanseníase, aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Ciênc. saúde coletiva* 2002;7(2): 235-242.
7. Santos LAC, Faria L, Menezes RF. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Ver. Bras de estud de Popul*, 2008;25(1): 167-190.
8. White C. Carville and Curupaiti: experiences of confinement and community. *Hist. Ciênc. saúde-Manguinhos* 2003;10(1): 123-141.
9. Gil AC. Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias. 4. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002:176.
10. Monteiro YN. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. *Hist. Ciênc. saúde-Manguinhos* 2003;10(1): 95-121.
11. Leandro JA. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. *Hist. Ciênc. saúde-Manguinhos* 2009;16(2): 433-447.
12. Nogueira W, Marzliak MLC. Perspectivas da eliminação da hanseníase no Estado de São Paulo e no Brasil. *Medicina* 1997;30(3): 364-70.
13. Moreira TA. Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos* 2003;10(1): 291-307.
14. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley: University of California Press. 1980.
15. Monteiro YN. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. *Hist. Ciênc. saúde-Manguinhos* 2003;10(1): 95-121.
16. Leandro, JA. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. . *Hist. Ciênc. saúde-Manguinhos* 2009;16(2): 433-447.
17. Pan-American Organization Of Health. Folha informativa sobre Hanseníase nas Américas. O papel do Brasil como pioneiro na luta de eliminação. Disponível em: <<http://www1.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/hansen-info.htm>> Acesso em: 11 jul. 2013.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Secretaria Políticas de Saúde. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

19. Martins PV, Caponi S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva* 2010;15(1):1047-1054.

20. Nunes JM, Oliveira EM, Vieira N, Cunha F. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. *Ciênc. saúde coletiva* 2011;16(1): 1312-1318.

21. Mellagi AG, Monteiro YN. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. *Hist. Ciênc. saúde-Manguinhos* 2009;16(2): 489-504.

22. Cavaliere I, Nascimento DR. Da lepra a Hanseníase: histórias dos que sentiram essa transformação. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

23. Thomas M, Thomas JM. The changing face of rehabilitation in leprosy. *Indian Journal of Leprosy* 2003;75(2): 143-152.

24. Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. *Rev. bras. enferm* 2008;61: 716-725.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS; 2006.

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

27. Nations M, Lira GV, Catrib AMF. Stigma, deforming metaphors and patients' moral experience of multibacillary leprosy in

Sobral, Ceará State, Brazil. *Cadernos Saúde Pública* 2009;25(6): 1215-1224.

28. Baialardi KS. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansenologia Internationalis* 2007;32(1): 27-36.