

ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO EM HANSENÍASE COM A INTRODUÇÃO DA POLIQUIMIOTERAPIA*

Francisco Carlos Félix Lana**

RESUMO: Pretendeu-se caracterizar a organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a poliquimioterapia, tomando-a como uma nova tecnologia, significando um conjunto de saberes e instrumentos apropriados para intervir no problema. Para a análise do processo de trabalho elegeu-se uma unidade de saúde e utilizou-se de dois instrumentos: observação direta das ações dos agentes e entrevistas com agentes e clientes. A poliquimioterapia orientou a inserção de outros profissionais, estabeleceu novas relações sociais, sofreu influências marcantes das condições históricas e sociais e criou novos instrumentos destinados a atender a finalidade de uma assistência individual e curativa, relegando o controle do processo saúde-doença no plano coletivo. O trabalho da enfermagem se mostrou parcelado em tarefas independentes.

ABSTRACT: The present investigation was conducted with the aim of characterizing the technological organization of leprosy treatment with the polychemotherapy, considered to be a technology, signifying a conjunction of knowledge and specific tools appropriate for treatment of leprosy. For the analysis of the work process one health center and two instruments were used: observation of the actions by the agents and interview with the agents and clients. Polychemotherapy determined the induction of the professionals into the work process, permitted new social relationships, suffered the notable influence of the social and historic conditions of the time, and created new tools to attend the aim of an individual and curative treatment. The control of the health-disease process as a whole was considered to be secondary. The nursing routine has turned out to be divided into separate and independent tasks.

1. INTRODUÇÃO

A análise histórica das práticas de saúde relativas à hanseníase no Brasil aponta para um baixo impacto sobre sua situação epidemiológica, determinando uma tendência crescente da endemia. As razões comumente apontadas para o baixo impacto dessas práticas, estão ligadas ao insuficiente conhecimento científico-tecnológico que instrumentaliza as práticas, e a problemas relativos a questões sociais, tais como econômicos, políticos e culturais, que comprometem a correta aplicação das medidas técnicas de controle.

Para NEMES⁽¹¹⁾, as razões apontadas acima são fruto de uma concepção hegemônica da medicina e das práticas de saúde, ou seja, as práticas são concebidas como derivadas exclusivamente do conhecimento científico-tecnológico que se supõe capaz de, num processo cumulativo e linear do conhecimento, produzir formas de ação concreta cada vez mais eficazes sobre o controle da doença.

A poliquimioterapia (PQT), estratégia atual de controle para a hanseníase, foi recomendada pela OMS e adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 1986. Constitui-se na adoção de um esquema terapêu-

* Este artigo é uma condensação da Dissertação de Mestrado, defendida e publicada em outubro de 1992, junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Trabalho financiado em parte pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Apresentado como tema livre no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Recife-PE, 28 de novembro a 3 de dezembro de 1993.

** Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

tico tríplice, composto de uma droga bactericida (rifampicina) e duas bacteriostáticas (dapsona e clofazimina), cuja eficácia possibilitaria a redução drástica do tempo de tratamento; e numa nova filosofia assistencial. Exige uma organização dos serviços diferente da usual com o tratamento tradicional, também denominado DNDS (Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária), compreendendo a instituição adequada da terapêutica, a realização oportuna de ações de prevenção de incapacidades, educação para a saúde do indivíduo, família e comunidade e a introdução de outros agentes.

Nessa perspectiva, percebeu-se que há uma tendência em direção a uma nova caracterização do trabalho em hanseníase: novo saber, incorporação de outros profissionais de saúde no processo de trabalho e, portanto, alterações nas relações sociais. Constituindo assim, numa nova tecnologia, a poliquimioterapia inauguraria uma nova fase do controle doença.

Baseado nestes pressupostos, procurou-se verificar, ao nível de um serviço de saúde, como estaria funcionando a operacionalização do programa, concebida no plano teórico de sua formulação⁽⁵⁾ (Normas Técnicas e Procedimentos para utilização de esquemas de poliquimioterapia no tratamento da hanseníase, 1990), a caracterização de sua organização tecnológica presidida pelo novo saber, ou seja, pretendeu-se buscar as dimensões internas, mais descritivas do processo de trabalho determinado neste serviço e sua articulação com a dinâmica social.

Desta forma, a presente investigação teve por objetivo analisar a organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a implantação da poliquimioterapia num serviço de saúde.

2. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

2.1. Referencial teórico

Para o desenvolvimento deste estudo elegeu-se o conceito de “Organização Tecnológica do Trabalho em Saúde”, desenvolvido por MENDES-GONÇALVES⁽⁸⁾, por constituir uma alternativa metodológica para investigar as transformações ocorridas na assistência à hanseníase, a partir da implantação de novo esquema terapêutico para o controle da doença: a poliquimioterapia. Parte-se do pressuposto de que, as práticas de saúde em hanseníase, se articulam com as práticas gerais de saúde que, por sua vez, também se encontram articuladas com os demais processos sociais.

Considerando que a tecnologia, enquanto conjunto de saberes e instrumentos específicos apropriados para a reprodução das relações sociais, constitui-se dentro do processo de trabalho, fez-se necessário, para a compreensão do conceito de “organização tecnológica do trabalho em saúde”, recorrer à categoria “processo de trabalho”, formulada por MARX⁽⁷⁾ e utilizada na saúde por MENDES-GONÇALVES⁽⁸⁾.

MARX⁽⁷⁾ aponta três elementos componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e os meios ou instrumentos de trabalho.

As duas vertentes sobre as quais o trabalho em saúde se organizou no capitalismo constituíram-se em dois modelos polares de organização tecnológica em saúde, conforme MERHY⁽⁹⁾, MENDES-GONÇALVES⁽⁸⁾ e NEMES⁽¹¹⁾: o epidemiológico, destinado a controlar as doenças na sociedade, com uma concepção de doença como fenômeno coletivo; e o clínico, destinado a recuperar força de trabalho, numa concepção de doença como fenômeno biológico-individual.

No modelo epidemiológico, os instrumentos de trabalho que se desenvolveram, foram o saneamento e educação em saúde. Este modelo traz dentro de si uma contradição complexa: a doença enquanto fenômeno coletivo, podendo ser tomada como “natural” ou “social”. Para MENDES-GONÇALVES⁽⁸⁾, a assunção desta ou daquela posição vai levar a consequências políticas, práticas e tecnológicas diferentes. As práticas de saúde decorrentes da posição do fenômeno como natural tendem a ser mais conservadoras, e aquelas decorrentes da posição do fenômeno como social tendem à negação potencial da estrutura vigente, isto é, para produzir saúde é preciso mudar a sociedade.

Já o modelo clínico entende a doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano. Utilizou como instrumentos principais os conhecimentos da fisiologia, patologia e farmacologia.

O modelo clínico e o epidemiológico diferenciam-se na compreensão e na apreensão do objeto de trabalho, e daí decorrem suas características tecnológicas: as formas de ação, na prática instrumentalizada por estas apreensões diferentes, serão também diferentes. No concreto, não existe uma organização tecnológica clínica ou epidemiológica, e sim o predomínio de uma ou outra, pois representam uma unidade, se complementam.

2.2 - Estratégias de Investigação

Pretende-se, neste tópico, relacionar as etapas operacionais desenvolvidas no trabalho de campo, procurando retratar o processo de pesquisa no tocante à sua parte empírica e metodológica.

2.2.1 - Escolha do Serviço Objeto de Estudo

Elegeu-se o Estado de Minas Gerais e mais precisamente a região de abrangência da Diretoria Metropolitana de Saúde como área de estudo, pelo estágio de desenvolvimento da poliquimioterapia, com implantação em larga escala; pela facilidade de realização do estudo na área e pelo envolvimento do pesquisador com a implantação e desenvolvimento do programa.

Primeiramente, listou-se os serviços que já trabalhavam com hanseníase antes da implantação da poliquimioterapia, a fim de captar as possíveis transformações ocorridas no processo de trabalho com as duas tecnologias: o tratamento tradicional e o poliquimioterápico. Com este critério, selecionaram-se sete serviços de um total de quarenta.

Através da análise de dados colhidos junto à Coordenadoria de Controle da Hanseníase da Secretaria de Estado da Saúde, relativos ao tempo de trabalho com a hanseníase e com a poliquimioterapia, estrutura física, recursos humanos e dados epidemiológicos, selecionou-se o Centro de Saúde de Citrolândia: serviço que se localiza no município de Betim, próximo à Colônia Santa Izabel, antigo "leprosário" construído na década de 30 com a finalidade de isolar os leprosos. Entre os serviços do estado, é o que reúne maior número de doentes: 953 em 1990. Possui boa estrutura física, equipe mínima, praticamente 30 anos de história de trabalho com a hanseníase e que foi escolhido em 1987 para implantar a poliquimioterapia, em caráter de "projeto piloto", juntamente com mais 23 serviços distribuídos em outras unidades da federação.

2.2.2 - O Trabalho de Campo

O trabalho de campo pretendeu verificar empiricamente, ao nível do serviço de saúde selecionado, o processo de trabalho determinado pela poliquimioterapia e sua articulação com o processo histórico da hanseníase.

Foram escolhidos dois instrumentos de pesquisa, a observação direta e a entrevista que, segundo MEN-

DES-GONÇALVES⁽⁸⁾, constituem as formas para se apreender a dinâmica do processo de trabalho em operação e captar sua lógica interna.

As observações procuraram captar a dinâmica interna dos serviços, seguindo inicialmente o fluxo do cliente. Guiou-se através de roteiros próprios baseados em ALMEIDA⁽¹⁾, para entender como cada uma destas atividades é realizada, o seu conteúdo, as técnicas utilizadas, o diálogo estabelecido, as orientações e o registro da ação.

Com base na experiência de MENDES-GONÇALVES⁽⁸⁾, optou-se por entrevistas semi-estruturadas, organizadas em roteiros contendo questões fechadas e abertas, onde o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre os temas, evitando assim respostas pré-fixadas. Foram entrevistados 14 profissionais de saúde, membros da equipe de hanseníase de cada serviço, significando quase a totalidade dos agentes envolvido.

Além dos agentes, buscou-se também captar a visão do cliente portador da hanseníase, através da relação que ele estabelece com o serviço; optando-se por aqueles que mudaram do tratamento tradicional (DNDS) para o poliquimioterápico, aqueles ainda submetidos ao tratamento tradicional e um outro grupo composto por aqueles doentes "novos", que já iniciaram o tratamento com a nova tecnologia. Foram realizados cinco entrevistas com os clientes. Ao todo, foram realizadas 23 entrevistas gravadas em fita cassete e transcritas posteriormente.

2.2.3 Análise e Interpretação dos Dados

Para o desenvolvimento desta fase apoiou-se em alguns passos propostos por MINAYO⁽¹⁰⁾: 1ª etapa, ordenação e classificação dos dados; 2ª etapa, leitura transversal, onde se realizou uma classificação por tópicos ou temas mais relevantes, que permitiu estabelecer os recortes históricos de acordo com o saber que os presidiu e, assim, tornou capaz a construção das diversas organizações tecnológicas por que passou a assistência à hanseníase no serviço.

A 3ª etapa, análise final, apoiou-se fundamentalmente na proposta apresentada por MINAYO⁽¹⁰⁾, a junção da hermenêutica e da dialética, uma vez que trazem um caráter complementar: enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo, e através da compreensão, procura chegar ao sentido do texto, destacando a mediação, o acordo e a unidade de sentido, a crítica dialética se dirige contra seu tempo, enfatizando a diferença. o contraste, o dissenso e a ruptura do sentido.

3. MODELOS TECNOLÓGICOS DO TRABALHO EM HANSENÍASE

Pretende-se aqui apresentar apenas alguns dados bastante sucintos sobre a história das práticas de saúde em hanseníase, tomando como referência os grandes marcos de saber em hanseníase identificados em Citrolândia: o isolamento como estratégia de controle, o surgimento da dapsona mudando o curso clínico da doença, a adoção do modelo da programação e, se detendo mais na discussão da poliquimioterapia.

3.1. O Isolamento

A análise histórica nos mostra que, no período anterior à Proclamação da República, a hanseníase não foi objeto de intervenção estatal e não se constituíram práticas de saúde, realizadas mediante uma forma organizada de trabalho, destinadas a legislar e atuar na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doentes. Havia asilos mantidos pela caridade pública, onde o isolamento dos doentes era feito para afastá-los da sociedade, a exemplo de marginais e mendigos. FOUCAULT⁽⁶⁾ denominou esta medida de “tecnologia social de exclusão, de purificação do espaço urbano”.

No período republicano, compreendido entre 1889 a 1925, caracterizado pela filiação das práticas sanitárias à corrente bacteriológica, inaugura-se a utilização das campanhas e da polícia sanitária como principais instrumentos de ação. A hanseníase ganha o caráter de doença de notificação compulsória, e o isolamento adquire novo sentido: passa a ser indicado para proteger a população sadia. O médico é incorporado à prática voltada para a hanseníase como representante do Estado.

Entre 1926 e 1934 ocorre a montagem das estruturas necessárias ao isolamento para o controle da hanseníase: os leprosários, os dispensários e os preventórios. Em Minas Gerais foram criados 6 leprosários, dentre eles, a Colônia de Santa Isabel, inaugurada em 1931, após enorme pressão social para a sua conclusão.⁽¹⁴⁾

O tratamento destinado aos doentes na Colônia Santa Isabel eram experimentais, ainda sem confirmação de sua eficácia. Eram aplicados por pessoas leigas que, após algum treinamento, transformavam-se em “enfermeiros”. Os médicos faziam exames mensais que consistiam em examinar as “manchas” e determinar a colheita de linfa.

Num movimento de resistência à segregação, à desagregação familiar e social, as famílias dos doentes iniciam processo de transferência para junto da Colônia, através da aquisição de terrenos e de invasões. Mesmo contra as normas do Estado, já em 1940, formou-se um pequeno povoado denominado “Limas”, que mais tarde passou a se chamar Citrolândia.

O pequeno povoado foi gradativamente crescendo, também às custas de um outro movimento, este interno, a pressão dos “doentes” para sair da Colônia. Esse processo inicialmente se deu de forma brutal, através de fugas, onde invariavelmente eram “caçados”, pelos guardas da Colônia.

3.2. O Surgimento da Dapsona

A dapsona surge em 1943, transformando o curso clínico da doença, a ponto da recomendação de isolamento passar a incidir apenas sobre os casos abertos até a negatificação baciloscópic. É incentivada a realização do tratamento nos dispensários, onde os doentes eram “fichados” e recebiam os medicamentos necessários. Nesses dispensários havia um médico especialista em lepra, o leprólogo. O cuidado médico aparece sob a forma de diagnóstico precoce, representando uma nova tecnologia para o controle da doença.

No período 57/58, com a nova política de controle, o número de casos novos encaminhados para tratamento nos dispensários supera o número de casos encaminhados para tratamento nos leprosários.⁽⁴⁾ Em 1962, o isolamento é revogado através do Decreto nº 968 de 07/05/62, sendo compulsório apenas em casos especiais⁽²⁾. Até essa revogação, proliferaram 36 leprosários por todo o país.

Com o advento da sulfa, de novos conhecimentos científicos acerca das formas clínicas da doença e sua transmissibilidade e, ainda, devido ao baixo impacto epidemiológico obtido pela estratégia de isolamento, deu-se o rápido crescimento de Limas e transformações no interior da Colônia. O reconhecimento desse movimento transparece com a inauguração de um pequeno posto de saúde (precursor do Centro de Saúde de Citrolândia) na comunidade de Limas.

Em decorrência do processo de segregação e discriminação social, surgem estratégias de sobrevivência apoiadas em ganhos secundários, tais como as aposentadorias e a atividade dos “bate-gatos”, denominação que recebem aqueles doentes que pedem donativos por carta ou pessoalmente.

A organização tecnológica desse período caracterizou-se inicialmente pelo isolamento. Como decorrência desse modo de conhecer a hanseníase, estabeleceram-se relações sociais de exclusão e de policiamento, propiciando o surgimento de mecanismos de subsistência como a atividade dos “bate-gatos”. A assistência caracterizou-se por uma bipolaridade dos recursos humanos: o médico e o auxiliar. Não exigia a ação de nenhum outro profissional. Aparece também, nesse período, a necessidade de uma comunidade, de uma organização social peculiar, embora à margem da sociedade, que lhes desse a representação de solidariedade e, ao mesmo tempo, de resistência ao processo de segregação social imposto.

3.3. O modelo da programação

A programação se estabelece como organização tecnológica da assistência à saúde, tendo como objetivo principal ampliar e diversificar as ações dos centros de saúde, através de um plano de funcionamento, voltado para atender grupos populacionais específicos tais como gestantes, crianças, adultos e programas dirigidos a danos específicos como hanseníase e tuberculose.

Tendo em vista a racionalização dos recursos existentes, principalmente aquele mais escasso, o médico, criam-se atividades como a pré-consulta, a pós-consulta e o atendimento de enfermagem, todas elas realizadas por pessoal de enfermagem.

No programa de hanseníase, são normalizadas e padronizadas todas as ações. Assim, a hanseníase perde sua independência relativa, e as atividades de controle anteriormente desenvolvidas nos dispensários são assumidas pelos centros de saúde. Teoricamente, propõe-se tratar a hanseníase como as outras doenças, procurando atenuar ou eliminar fatores que subjetivamente provocam a rejeição. A eliminação do isolamento e da segregação, a troca do nome lepra para hanseníase são algumas das tentativas objetivas implementadas a fim de se eliminar o estigma⁽¹³⁾.

O Centro de Saúde de Citrolândia, até 1983, contava com um hansenólogo, um clínico geral, um dentista e cinco auxiliares de saúde, cuja atividade consistia praticamente em fornecimento de medicamento. A área física era limitada e a circulação dos clientes era totalmente independente daquela destinada aos funcionários. Nota-se a segregação e discriminação na organização do espaço físico. Havia uma divisão também entre os funcionários residentes em Citrolândia e os de “fora”, o que significa não somen-

te uma separação física, mas uma determinada relação social mediada pela doença, estabelecendo-se não só uma relação de poder, entre os agentes e os clientes, como também entre os próprios agentes.

O período 1983/1986 significou um ciclo importante do Centro de Saúde de Citrolândia com a implantação de um programa de controle da hanseníase e uma nova forma de conceber a doença, além da melhoria das estruturas físicas e de recursos humanos. A ascensão do Centro de Saúde de Citrolândia no panorama de controle da hanseníase na região metropolitana de Belo Horizonte coincide com o processo de descentralização da assistência em hanseníase, objetivando a ampliação da cobertura assistencial.

O processo de trabalho na assistência à hanseníase no Centro de Saúde de Citrolândia altera-se com a introdução de um novo saber (ocorre uma “substituição” do hansenólogo por dois dermatologistas), que traz para a prática novas concepções sobre a hanseníase, afirmando a possibilidade de cura, de liberar o indivíduo do tratamento medicamentoso e de evitar ou, pelo menos, minimizar deformidades. Este novo processo acaba com a assistência polarizada entre o hansenólogo e o atendente, com a introdução de outros agentes no processo de trabalho, como o enfermeiro e o assistente social, antes não pensados.

A finalidade não é mais o isolamento e a assistência ao corpo anátomo-biológico; há uma alteração em relação ao processo anterior, no sentido de que era necessário avançar sobre as questões relativas ao controle da doença no plano coletivo, através de instrumentos como o cadastramento da população, exames da coletividade e reuniões de sensibilização. Além destes instrumentos, também foram incorporados outros dois: a pré-consulta e a pós-consulta, com o objetivo de otimizar as consultas médicas, liberando o médico para a atividade específica do diagnóstico e tratamento.

Esta nova forma de se trabalhar com a hanseníase trouxe implicações no relacionamento de médicos e auxiliares de saúde com a clientela, uma de ordem interna, funcional, através da quebra das barreiras existentes na organização do espaço físico do Centro de Saúde e outra, na forma de se conduzir a questão das aposentadorias. Esta implicação reduziu na comunidade a expectativa quanto a este tipo de ganho secundário, a qual se refletiu nas taxas de detecção da doença em Betim: em 1980, a taxa era de 118,5/100.000 hab., caiu para 75,8/100.000 em 1983, e para 18,39/100.000 habitantes em 1985⁽³⁾.

3.4 A Poliquimioterapia em Citrolândia

Citrolândia experimentou um crescimento vertiginoso (atualmente com cerca de 14.000 habitantes) nas duas últimas décadas, que se deve a dois movimentos complementares: de um lado, a liberalização da Colônia, de outro, o avanço da crise econômica pressionando as populações de baixa renda a ocupar espaços dantes nem imaginados, porém mais baratos, lotes desvalorizados pela própria discriminação que toda a região carrega e pela ausência de equipamentos públicos. Os problemas que se colocam nesse processo de urbanização da região dizem respeito à legalização dos lotes, à obtenção do título de propriedade, pois a maioria dos terrenos pertencem ao Estado. A população trabalhadora está vinculada, principalmente, à atividade agrícola e de prestação de serviços. Da população em idade produtiva, cerca de 40% encontra-se aposentada pela hanseníase.

Para a implantação da poliquimioterapia no Brasil, o Ministério da Saúde resolve criar “unidades piloto”, com a finalidade de funcionar como centro de treinamento. Em Minas Gerais, a escolha recaiu sobre o Centro de Saúde de Citrolândia, levando em consideração o fato de que, dos serviços da região, era aquele que atendia os critérios de seleção, tais como, ter uma equipe mínima composta por dermatologista, enfermeiro, bioquímico e assistente social, além de ter um número expressivo de doentes em seu registro ativo.

Para a implantação da poliquimioterapia foram abertas cinco frentes de trabalho: a reforma da área física visando a montagem da sala de prevenção de incapacidades; a aquisição de equipamentos e materiais, a contratação de pessoal, principalmente um fisioterapeuta e um terapeuta ocupacional, o treinamento da equipe em poliquimioterapia e a organização do serviço, com adequação do fluxo, implantação dos impressos necessários e reestruturação do sistema de registro. Esse processo ocorreu de forma lenta, devido a entraves burocráticos.

A primeira experiência com a poliquimioterapia no Centro de Saúde de Citrolândia ocorreu tão logo a equipe retornou do treinamento realizado no Rio de Janeiro, em 1987. A equipe já havia notado uma certa resistência da comunidade e do MORHAN - Movimento de Reabilitação do Hanseniano com a idéia da “multidroga” (primeira denominação que recebeu a poliquimioterapia): diziam que era “remédio demais”, e que estavam “servido de cobaia”.

A equipe se viu acuada frente à resistência da comunidade, a cobranças das instituições financiadoras (CERPHA - Comissão Evangélica de Reabilitação e Prevenção da Hanseníase e A.L.M. - American Leprosy Mission), e a críticas de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde, que diziam que eram os profissionais que não estavam dando conta do problema.

Entretanto, a crítica mais lúcida foi assim expressa por um membro da equipe:

“Ninguém sabia fazer, não se pensou em momento nenhum que esta comunidade tinha necessidades, que precisava ser o primeiro passo para a implantação desse trabalho tinha que ter sido um trabalho muito estruturado e muito profundo com a comunidade para dar em alguma coisa, porque se começou do final da ponto, começou a dar remédio ao paciente sem nem fazer sensibilização do próprio paciente, então acho que começou errado”.

A equipe procurou aprofundar a seguinte questão: o paciente tem o direito de recusar o tratamento ou cabe aos profissionais de saúde, mais especificamente ao médico, a decisão terapêutica? A resposta lógica para a equipe é que o paciente não tinha o direito de escolha. A prática, entretanto, não confirmou esta lógica, pois muitas vezes o paciente não cumpria o receituário. A discussão remete a uma questão crucial em relação à implantação da poliquimioterapia em Citrolândia: a suma implantação era necessidade de quem? A necessidade não estava colocada pela comunidade de Citrolândia, mas pelas instituições de saúde.

O fluxo do cliente inscrito no programa de hanseníase compreende os seguintes setores: recepção, pré-consulta, consulta médica, consulta de enfermagem, prevenção de incapacidades, atendimento social, pós-consulta e administração da dose supervisionada.

3.4.1 A Recepção e o Sistema de Registro

Na recepção, os auxiliares de administração dividem-se na tarefa de abertura de prontuário, marcação de consultas, triagem, orientação, encaminhamentos, preenchimento de impressos e organização do arquivo. Para o cliente portador da hanseníase são utilizados os seguintes impressos, além daqueles gerais: ficha de acompanhamento do caso de hanseníase, ficha epidemiológica e clínica (FEC), ficha de evolu-

ção da poliquimioterapia, fichas de avaliação de incapacidades (mãos, pés e olhos), ficha de reavaliação clínica, movimento mensal de controle ambulatorial de doentes e contatos, e formulário estatístico anual de pacientes em poliquimioterapia.

O cliente em tratamento de PQT é atendido prontamente; sempre se consegue uma vaga para sua consulta, dificilmente ele volta sem atendimento; a sua vinda ao serviço é muito valorizada. O cliente percebe isso manipulando o atendimento, no serviço, de várias maneiras, de acordo com o seu interesse: problemas de liberação no trabalho, fuga a um determinado atendimento, esquecimento, dentre outros motivos. Percebe-se aí que há uma relação dialética entre a equipe e clientes, pois os profissionais têm autoridade para controlar a demanda, impor a medicação, estabelecer horários, marcar consultas, mas o hanseniano percebe que os profissionais precisam da sua participação para exercerem o controle da doença.

Não se observou diferenças qualitativas quanto ao atendimento na recepção entre as duas clientela, o portador de hanseníase e os demais. A qualidade deste atendimento varia muito de profissional para profissional e de caso para caso. Os clientes geralmente são muito conhecidos dos funcionários que trabalham na recepção, pois todos residem em Citrolândia, e acredita-se que isto favoreça a relação em algumas situações e dificulte em outras. Eles não são "externos" aos problemas da comunidade, mas a instituição confere poder e autoridade, permitindo ao funcionário justificar e atribuir a responsabilidade de alguns dos problemas enfrentados, ao cliente.

O programa de hanseníase é o único programa organizado no Centro de Saúde. Possui os instrumentos necessários ao seu desenvolvimento, controle e avaliação, com rotinas bem estabelecidas. São poucos os casos registrados no tratamento tradicional que estão sob controle, pois o programa tem voltado todos os seus esforços para os clientes em PQT. Mesmo assim, o setor em discussão sofre críticas quanto à sua capacidade organizativa para conduzir o sistema de informação no interior da unidade: os lançamentos, aprazamentos, atualização dos dados nas fichas, convocação de faltosos e estatística, nem sempre estão funcionando como deveriam.

3.4.2 A Consulta Médica

A consulta médica polariza o fluxo do cliente portador de hanseníase. O médico, responsável pelo diagnóstico clínico e o tratamento, faz o "fichamen-

to" através da FEC. Seu trabalho articula-se diariamente com o trabalho da enfermagem através da consulta de enfermagem, pré-consulta, administração da dose supervisionada pelo auxiliar, vacinação e entrega de medicamentos; com o trabalho do setor de prevenção de incapacidades, através da avaliação com a terapia ocupacional e os demais procedimentos do pessoal no setor e, de forma menos direta, com o atendimento psicossocial.

O médico destaca que, quando o cliente chega e ele faz o diagnóstico clínico, já vai iniciando o tratamento, às vezes sem o resultado de exame.

Na sequência, acompanha os resultados de exames e encaminha para a prevenção e atendimento social. Para o profissional, a finalidade primeira da assistência é o paciente se curar mais rápido em função dos problemas sociais (família e trabalho) que a doença acarreta.

A ansiedade em iniciar imediatamente o tratamento apenas com os dados obtidos no exame clínico, sem esperar os exames subsidiários e as informações sobre condições sociais que porventura viessem a auxiliar no processo diagnóstico, são evidências da necessidade de levar ao doente uma possível solução "científica", isto é, a terapêutica medicamentosa.

Observa-se que há uma preocupação para que haja uma articulação com os demais trabalhos no Centro de Saúde. Entretanto, essa articulação passa por uma relação de subordinação desses trabalhos ao trabalho médico. A consulta médica goza de certa autonomia para o seu desenvolvimento, ao contrário dos demais trabalhos, que dependem dos encaminhamentos e soluções que se dão fora deles.

Quanto às características desse objeto, o médico nota diferenças entre o cliente novo, residente em outra localidade, daquele cliente morador de Citrolândia: são mais irregulares e abandonam mais o tratamento.

Os clientes são tomados pelo medo da discriminação e do estigma que envolve a hanseníase, principalmente por causa das lesões incapacitantes que a doença pode trazer, onde muitas vezes o médico é levado a omitir o Código Internacional de Doenças - CID - nos atestados que fornece aos trabalhadores.

Sintetizando, pode-se dizer que o trabalho médico volta-se para o diagnóstico clínico e o tratamento numa assistência curativa e individual. A consulta médica constitui-se no centro do atendimento no serviço, à qual se subordinam todas as outras atividades. O controle da doença na coletividade, controle de

contatos, avaliação dos indicadores de incidência e prevalência, são preocupações secundárias.

3.4.3 O Trabalho da Enfermagem

A caracterização do trabalho da enfermagem foi feita, fundamentalmente, a partir da observação da realização da pré-consulta, consulta de enfermagem, curativos na sala de prevenção de incapacidades e administração da dose supervisionada pelo auxiliar.

O trabalho do enfermeiro no Centro de Saúde consiste no atendimento ao cliente portador de Hanseníase e seus comunicantes, no controle e supervisão do trabalho da enfermagem e em articular este trabalho aos demais. É realizado por dois enfermeiros, sendo que um deles ficou grande parte do tempo somente na supervisão dos curativos da sala de prevenção.

Avaliou-se que a implantação da consulta de enfermagem foi lenta, com muitas dificuldades no início. Um depoimento sugere três razões possíveis para isto: foi bloqueada pelo poder médico, pela insegurança dos enfermeiros, ou foi evitada pelo enfermeiro para não se sobrecarregar, assumindo um outro trabalho.

A consulta de enfermagem somente adquire um certo valor quando o médico já não consegue sozinho dar conta da demanda. Esta é uma das visões captadas sobre o trabalho do enfermeiro:

“É um tratamento crônico demais, então como é que um médico só vai fazer toda a consulta, dar a dose supervisionada, dar orientação, escutar o cara, então não tem jeito, aí então eu vejo o enfermeiro...”

Este depoimento reforça a tese de que o enfermeiro participa do programa com a finalidade de liberar o médico para a atividade de diagnóstico e seguimento dos casos mais complicados, aliviando a pressão da demanda sobre esse profissional, de modo que o programa não sofra solução de continuidade. A consulta de enfermagem sofre a ação também do cliente que, em determinadas ocasiões, resiste a ela.

Pelas observações pode-se apreender que o enfermeiro busca sua afirmação através de um atendimento mais pessoal e integral ao cliente, embora o centro de suas ações ainda seja a assistência clínica direcionada pelo saber médico. O enfermeiro procura diferenciar seu trabalho como complementar ao do médico, buscando uma certa autonomia, atuando em um campo no qual o médico ainda não atuou e que outros

profissionais, como o assistente social e o psicólogo, não conseguiram penetrar.

A pré-consulta é uma atividade destinada a preparar o cliente para a consulta médica. Consiste basicamente da verificação da pressão arterial e do peso. Geralmente são muito rápidas, os diálogos são monossilábicos, e destituídos de qualquer significado no conjunto da assistência. Foi incorporada aos serviços com a programação, e atualmente está esvaziando-se em relação ao conteúdo. É uma atividade formal, destinada somente a reorganizar os prontuários depois da recepção, e executar algumas medidas antropométricas.

A administração da dose supervisionada frequentemente é realizada pelo médico ou enfermeiro, como uma ação inerente à consulta. Na ausência destes, outros profissionais treinados poderiam assumir a tarefa específica de “dar a dose” e “entregar os remédios”. Observou-se, pela análise de prontuários, que apareceram doses ministradas pelo auxiliar de saúde e até mesmo, pelo assistente social e o terapeuta ocupacional, mais raramente.

Os auxiliares de saúde, de um modo geral, não participavam efetivamente na implementação da poliquimioterapia; foram excluídos do processo de implantação e da execução. Só agora, circunstancialmente, com as férias do médico e com a falta de disponibilidade dos enfermeiros, é que se lança mão efetivamente do auxiliar. Este dado nos remete à participação pessoal de enfermagem como um todo no desenvolvimento da poliquimioterapia. Houve relatos de que o auxiliar não participava.

“Ele não participava, estava fora da equipe, com mil críticas, falando mal, às vezes, porque eu acho que a visão que a população tem é muitas vezes a visão do auxiliar que mora aqui, eles também não acreditam tanto nessa coisa, então eu acho que essa visão perpassa por aí esse tempo todo. Eles não foram inseridos por isto, e também porque eles não tinham o desejo de fazer isto, porque não acreditavam também”.

Este depoimento abre espaços para uma discussão mais ampla sobre as relações sociais entre os trabalhadores de saúde do Centro de Saúde de Citrolândia. A introdução de um novo saber, com um instrumental diferenciado, novas formas de se atuar sobre o objeto e a ampliação da equipe, com a entrada de outros profissionais, alterou as relações sociais e a estrutura de poder. O trabalho dos funcionários da

enfermagem e de outros setores da unidade perderam poder para o novo grupo “vindo de fora”, isto é, fora de Citrolândia é de sua cultura. Significou o embate entre o “antigo” e o “novo”, entre a “lepra” e a “hanseníase”, além do que, reforçado por uma outra divisão, estabelecida de antemão pela formação educacional.

A atividade de pós-consulta se reduz à entrega de medicamentos e da mesma forma que a pré-consulta, é destituída de conteúdo. Na vacinação, realizam-se duas ações ligadas ao programa de hanseníase: a aplicação e a leitura do teste de Mitsuda e a aplicação da vacina BCG nos contatos.

O trabalho de enfermagem, portanto, é parte de um processo, cuja divisão técnica o decompõe em tarefas isoladas, exigindo sua integração através de uma hierarquia de profissionais, com a finalidade de aumentar a produtividade. A racionalização do trabalho em saúde é determinada pela separação das atividades em níveis de complexidade. As mais simples são destinadas ao pessoal de menor qualificação e as mais complexas ao de maior qualificação. Isto permite que a oferta de determinadas ações possam ser ampliadas a um custo menor, graças à delegação de função. Estes resultados não são exclusivos do modelo da poliquimioterapia, estando presentes em outros programas de saúde. Em ROCHA⁽¹²⁾, aparecem alguns desses resultados, quando se debruça sobre o processo de trabalho da enfermagem na puericultura.

3.4.4 O Trabalho no Setor de Prevenção de Incapacidades

A prevenção de incapacidades ou simplesmente a prevenção, como é denominada pelos agentes, desenvolve as seguintes ações: avaliações neuro-musculares e oftalmológicas, avaliações ortopédicas, curativos simples e complexos como bota de Unna e de gesso, talas e calhas gessadas, enfaixamentos e adaptações de calçados.

A prevenção, da implantação até o presente, passou por três momentos: a demanda espontânea, a organização da demanda e a demanda atual, baseada na incorporação da avaliação primária.

O primeiro momento, da demanda espontânea, era principalmente voltado para os curativos nos pacientes bem deformados. Dado o grande movimento em torno dos curativos, o serviço teve de se organizar; primeiro, a fila com a distribuição de fichas e realização de agendamentos segundo, elaborando rotinas para a sua realização.

Notou-se que na sala de curativos, o cliente se coloca mais à vontade para discutir do que nos outros atendimentos observados, talvez por estar partilhando um espaço com outros clientes que possuem os mesmos problemas e “isolados”, longe da clientela que procura o serviço por outros motivos. A própria organização do setor favorece à troca de impressões entre os clientes, e também entre estes e os agentes. Na prevenção estão presentes a “lepra” e a “hanseníase”, no sentido de que a “lepra” reúne elementos de conceituação da doença referentes ao período em que o conhecimento que se tinha era insuficiente para evitar as grandes incapacidades; e a “hanseníase” reunindo um novo conceito, considerado com o capaz de impedir as deformidades e levar à cura. Convivem no setor clientes portadores de deformidades de grau 2 ou 3, às vezes irreversíveis, representantes do primeiro momento junto com os casos mais novos que representariam esta nova fase, onde as ações de prevenção de incapacidades estão articuladas ao programa

O segundo momento significou a passagem do atendimento da demanda espontânea para uma “organização da demanda”. Consistiu de um levantamento para se conhecer o grau de incapacidade da comunidade de Citrolândia, a partir dos prontuários dos clientes. Percebeu-se que os clientes de grau zero e um não estavam sendo trabalhados, pois não se apresentavam espontaneamente e o serviço ainda não havia organizado essa demanda. Houve um redirecionamento da demanda, redimensionando-a em direção à “prevenção de incapacidades de nível primário”, ou seja, trabalhar com os clientes antes do estabelecimento da lesão nos troncos nervosos.

Esta mudança de rota foi a demarcação do segundo para o terceiro momento, uma mudança qualitativa obtida através da experiência acumulada pela equipe. As avaliações começaram a ser feitas; foram criados instrumentos para avaliação das mãos, pés e olhos. O cliente que chega para avaliação vem encaminhado principalmente pelo médico, mas também pelo enfermeiro e o auxiliar de saúde. É rotina o comparecimento semestral e, em casos de intercorrência com episódios reacionais, o período passa a ser mais amíuê.

A avaliação consiste basicamente de inspeção geral, observando condições de hidratação e lubrificação da pele; exploração da mobilidade articular, realização de provas de função muscular, palpação dos principais troncos nervosos e pesquisa de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa.

O trabalho desenvolvido pelo setor de prevenção de incapacidades teve como mote principal a busca de resultados. Houve um entendimento de que somente a partir de “resultados positivos” é que seria possível reverter os aspectos culturais ligados à hanseníase, em Citrolândia, e que estes resultados estariam expressos na limitação das incapacidades físicas e na reabilitação física. A estratégia adotada para superação da falta de credibilidade na ciência, foi a busca de resultados através da cura clínica que a nova terapia podia possibilitar.

O estudo da trajetória do trabalho desenvolvido na prevenção de incapacidades revelou que as transformações ocorridas foram construídas no processo de trabalho, que o setor possibilitou o encontro da teoria com a prática e, numa relação dialética entre os agentes e clientes, criou algo que não estava pensado anteriormente. A “prevenção primária” deixa de ser uma abstração e passa a ocorrer efetivamente em virtude de uma educação vivenciada pela equipe, frente à força da representação da doença que os clientes traziam consigo.

3.4.5 O Trabalho do Assistente Social e do Psicólogo

O Assistente Social e o Psicólogo previram o desenvolvimento de três frentes: atendimento individual, atendimento em grupo e o trabalho com a equipe.

A primeira frente, a do atendimento individual, consistiu em atender a três grupos distintos de clientes: um grupo prioritário, composto pelos clientes que estivessem para ser incluídos na poliquimioterapia; um segundo grupo, com clientes que apresentassem dificuldades no seguimento do tratamento e que seriam reencaminhados para avaliação social; e um terceiro, constituído pelos que estivessem em vias de receber alta por cura, a fim de se trabalhar esta questão na perspectiva da hanseníase.

Observou-se que a clareza da percepção de se trabalhar os valores culturais influenciados pela doença, não foi capaz de gerar uma intervenção concreta na prática. Duas razões foram levantadas para a sua não ocorrência na prática: a primeira diz respeito à dificuldade de a equipe construir algo diferente do que a clínica propõe, o diagnóstico clínico e tratamento; e a segunda, associada a uma dificuldade prática inerente ao trabalho na área social.

O conteúdo da abordagem não ocupou espaço próprio, mas reforçou a clínica, e ainda assim, ficou excluído do fluxo originalmente proposto. O assisten-

te social e o psicólogo não participaram da decisão de inclusão do cliente no esquema poliquimioterápico, a decisão coube ao médico que exercia uma autonomia ancorada no saber clínico.

Pelos depoimentos evidencia-se que as forças foram centradas na cura física, evitando o aparecimento das deformidades, e que com estes resultados transformavam-se os valores culturais. Foi um passo importante, uma vez que até então não havia sido nada organizado nesse sentido. Entretanto, esta não seria a única maneira de intervir, acreditando-se ser a maneira possível, dadas as condições nas quais o projeto foi implantado, e as dificuldades técnicas e operacionais para se trabalhar numa questão tão complexa como esta.

A segunda frente do projeto da área social, o trabalho com grupos, não aconteceu pela recusa do cliente. Essa recusa foi avaliada pela equipe como uma resistência à identificação como “leproso”, pelo menos do ponto de vista do serviço. O cliente era encaminhado para o grupo, ou para o atendimento individual, a partir da necessidade do profissional e não da dele.

A terceira frente, o trabalho com a equipe, procurou trazer a discussão sobre a realidade concreta daquela população e como o serviço poderia mudar. Houve sugestões de se rever o momento do “fichamento” e também reduzir a ansiedade da equipe com a urgência da instituição do tratamento, a fim de que o cliente assumisse o seu tratamento.

A avaliação que se fez é que a equipe podia até avançar na crítica e na avaliação, mas não conseguia mudar sua atitude por duas razões: uma, de ordem objetiva, ligada à rigidez com que as normas foram incorporadas; e outra, de ordem subjetiva, o temor pela hanseníase.

A análise do trabalho na área social aponta para as dificuldades do trabalho integrado entre os profissionais; o apego à medicação como possibilidade de resolver o problema da hanseníase, e às normas emanadas do Ministério da Saúde, impossibilitando criar regras próprias em Citrolândia; e fundamentalmente, as dificuldades de se trabalhar com categorias como o medo da doença, das deformidades, da “ligação” com o doente, com o descrédito dos clientes na Medicina, nos profissionais, no Estado e no Direito.

3.4.6. Dados Epidemiológicos

No período observado, de acordo com a Tabela 1, tanto o Sanatório, propriamente dito, como o seu Am-

bulatório têm registrado poucos casos novos para tratamento. O Centro de Saúde de Citrolândia assume importância principalmente nos anos 90/91, quando detecta 41 dos 55 casos novos da região. Pode-se sugerir duas razões para a ocorrência deste fato: a primeira, que a hanseníase encontra-se em franca expansão na comunidade de Citrolândia e relativamente controlada nas outras áreas; e a segunda, que não exclui a primeira, que o Centro de Saúde de Citrolândia assumiu a posição de referência para o tratamento da hanseníase na região, com a consolidação da poliquimioterapia, uma vez que o número total de casos em Betim mantem-se estável no período.

Tabela 1: Casos Novos de Hanseníase registrados nos serviços de saúde do município de Betim - Período 1986-1991

Serviços de Saúde \ Anos	Centro de Saúde de Citrolândia	Sanatório Santa Izabel	Ambulatório Sanatório S. Isabel	Centro de Saúde Angola	Betim Total
1986	06	02	07	10	25
1987	12	05	06	07	30
1988	09	-	03	14	26
1989	12	02	02	15	31
1990	19	-*	00	07	26
1991	22	01	-*	05	28

Fonte: Coordenadoria Estadual do Programa de Hanseníase - ATS SES/M.G. (* sem informação)

Ao analisar os casos novos detectados no Centro de saúde de Citrolândia, segundo as formas clínicas, observa-se a força das formas clínicas dimorfa e virchoviana, formas transmissíveis da doença, representando 64 (80%) dos 80 casos diagnosticados no período; e, em contrapartida, a baixa detecção das formas indeterminadas. Esse dado aponta para a necessidade do trabalho de investigação epidemiológica, através de um efetivo controle de instrumentos que orientem sobre a situação de controle dos comunicantes, não havendo um controle específico sobre esta demanda.

Com relação ao esquema de tratamento, observa-se que gradativamente o serviço foi implantando o

regime poliquimioterápico, de início tumultuado, onde havia dois esquemas, o serviço se definindo, exclusivamente pela PQT, conforme orientação do Ministério da Saúde. Em 1987, estavam inscritos apenas 15 doentes no novo tratamento e, em 1991, este número subiu para 135.

A análise da situação de controle aponta para uma situação crítica: há um grande número de abandonos, tanto no esquema tradicional, quanto no poliquimioterápico, fato que se deve a vários fatores: doença crônica com um tratamento prolongado; efeitos colaterais das drogas utilizadas, descrença dos doentes em relação ao tratamento e à cura em hanseníase.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em Citrolândia permitiu concluir que a tecnologia estudada é útil socialmente, que há uma transformação com o objetivo de fazer uma intervenção no corpo anátomo-biológico controlando o aparecimento das incapacidades físicas, e que, no processo no qual foi organizada, os instrumentos destinados ao controle da doença na coletividade ficaram num plano secundário de atuação.

As relações sociais entre os agentes/clientes identificadas, são marcadas pela representação social que têm do processo saúde-doença em hanseníase, categorias estigma, medo e a concepção de cura da doença. Essas relações adquirem complexidade singular influenciando as trajetórias dos trabalhos de saúde coletiva em Citrolândia.

A poliquimioterapia, enquanto saber, técnicas e demais atividades que instrumentalizam o processo de trabalho, não conseguiu atingir plenamente os objetivos propostos, porque as forças sociais não se submetem à prescrição. Citrolândia apresenta determinadas características históricas e sociais, tais como a segregação, as inúmeras experiências de tratamento e, sobretudo, o estigma da doença, acentuado pelas mutilações e deformidades, que posicionam agentes e clientes, o novo e o antigo, o de fora e o de dentro em contradição, constituindo uma condição para superar problemas e obstáculos e dar sustentação a qualquer tecnologia que se pretenda implantar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1991. 297 p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
2. ANTUNES, José et al. A lepra sob a mira da lei. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, v. 48, n. 1/2, p. 29-36, 1988.
3. ARAÚJO, Marcelo Grossi. *Hanseníase na região metropolitana de Belo Horizonte: uma avaliação longitudinal de alguns indicadores epidemiológicos no período de 1980 a 1985 em comparação com o estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 1988. 142 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Lepra. *Manual de Leprologia*. Rio de Janeiro, 1960.
5. _____. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Normas técnicas e procedimentos para utilização de esquemas de poliquimioterapia no tratamento da hanseníase*. Brasília, 1990.
6. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
7. MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Trad. de Reginaldo Sant'anna. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989, v. 1, livro 1.
8. MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, 1986. 416 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
9. MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1987.
10. MINAYO, Cecília. *O Desafio do Conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. Rio de Janeiro, 1989. 365 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
11. NEMES, Maria Inês Baptistella. *A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de sub-programa de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)*. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 194p.
12. ROCHA, Semiramis Melani Melo. *Puericultura e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1987.
13. ROTBERG, Abrahão et al. Lepra x hanseníase. *Ars Curandi*, v. 6, p. 58-69, 1983.
14. SOUZA-ARAÚJO, Heráclito C. *História da lepra no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

Recebido para publicação em 28.11.93.