

# Afetos e afecções na formação de conhecimento sobre a hanseníase: contribuições para prática educativa em saúde

Affects and affections in the formation of knowledge about leprosy: contributions to the educational practice in health

## Nívea Maria Silva Silveira

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB); Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, BA, Brasil;  
E-mail: nivea.msa@gmail.com; ORCID: 0000-0002-0180-054X

## Eliana Amorim de Souza

Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, BA, Brasil;  
E-mail: amorim\_eliana@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0002-9653-3164

## Paulo Rogers da Silva Ferreira

Doutor em Antropologia pela Université Laval (UL), Canadá; Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, BA, Brasil;  
E-mail: paulo.rogers@ufba.br; ORCID: 0000-0003-3686-2449

## Alba Benemérita Alves Vilela

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil;  
E-mail: albavilela@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2110-1751

Contribuição dos autores:  
NMSS contribuiu com a concepção e delineamento; aquisição, análise e interpretação de dados; elaboração do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. EAS contribuiu com a concepção e delineamento; aquisição de dados; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. PRSF e ABAV contribuíram com a concepção e delineamento; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 27/06/2023

Aprovado em: 30/03/2024

Editor responsável: Jacks Soratto

**Resumo:** O artigo faz uma reflexão sobre a relação entre o conhecimento formado sobre a hanseníase com a teoria dos afetos do filósofo Benedictus de Spinoza, utilizando o referencial cartográfico de Deleuze e Guattari, enquanto modo de produção de conhecimento. O objetivo foi apreender os afetos e afecções envolvidos na formação de conhecimento sobre a hanseníase, na vivência dos acometidos. A pesquisa, qualitativa, foi realizada em um Centro de Referência em Hanseníase de uma cidade de médio porte do nordeste brasileiro, com informantes cadastrados em tal Centro. Para a produção dos dados, realizou-se entrevista semiestruturada e observação participante. Os dados foram analisados a partir da triangulação de dados. Os resultados apontaram para uma fragilidade no diagnóstico da hanseníase e que o uso de tecnologias mais relacionais no processo de trabalho em saúde, a percepção das singularidades, a inclusão da família, a viabilização de experimentações e a demarcação de fatores de motivação individuais, são vitais ao processo educativo. Conclui-se que, no planejamento das atividades educativas, devem ser levados em consideração as singularidades dos indivíduos alvo das ações. Além disso, a formação do conhecimento não se dá, exclusivamente, pelo contato com o profissional e nem se restringe ao conhecimento técnico e biologicista da doença. Assim, pensar um processo educativo que cumpra seu propósito transformador requer do profissional muito mais que conhecimento técnico-científico sobre a doença.

**Palavras-chave:** Educação continuada; Educação em Saúde; Hanseníase.

**Abstract:** The article reflects on the relationship between the knowledge formed about leprosy and the theory of affections of the philosopher Benedictus de Spinoza, using the cartographic reference of Deleuze and Guattari, as a way of producing knowledge. The objective was to apprehend the affects and affections involved in the formation of knowledge about leprosy, in the experience of those affected. The qualitative research was carried out in a Leprosy Reference Center in a medium-sized city in northeastern Brazil, with informants registered in that center. For data production, a semi-structured interview and participant observation were carried out. Data were analyzed from data triangulation. The results pointed to a weakness in the diagnosis of leprosy and that the use of more relational technologies in the health work process, the perception of singularities, the inclusion of the family, the feasibility of experiments and the demarcation of

individual motivation factors, are vital to the educational process. It is concluded that, in the planning of educational activities, the singularities of the individuals targeted by the actions must be taken into account. In addition, the formation of knowledge does not occur exclusively through contact with the professional and is not restricted to the technical and biologist knowledge of the illness. Thus, thinking about an educational process that fulfills its transforming purpose requires much more from the professional than technical-scientific knowledge about the disease.

**Keywords:** Education continuing; Health education; Leprosy.

## INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença sistêmica, infectocontagiosa, com potencial incapacitante. Gera comprometimento dos nervos periféricos e pele, podendo, também, envolver outros órgãos e tecidos<sup>1</sup>. Compõe a lista de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) da Organização Mundial de Saúde (OMS), que se refere a um grupo diversificado de doenças infecciosas, relacionadas a pobreza<sup>2</sup>, sendo o Brasil, o segundo país do mundo, em número de casos<sup>3</sup>.

Tendo em vista a magnitude do problema, o foco da educação em saúde deve ser o de propiciar, a estes indivíduos, o conhecimento necessário para autonomia na quebra da cadeia de transmissão e para a prática do autocuidado, a fim de prevenir a proliferação da doença e evitar complicações e incapacidades decorrentes<sup>1</sup>. Dessa forma, justifica-se esse estudo na perspectiva de trazer reflexões acerca dos fatores que influenciam na formação do conhecimento sobre a hanseníase, de modo a subsidiar os processos educativos em saúde.

O estudo se propõe a refletir sobre a relação entre o conhecimento formado, enquanto processo subjetivo, com a teoria dos afetos do filósofo Benedictus de Spinoza, utilizando o referencial cartográfico de Deleuze e Guattari, enquanto modo de produção de conhecimento.

A fim de entender o que é um afeto, precisa-se da concepção de “corpo”. Para Spinoza<sup>4</sup>, o corpo é uma potência em ato, capaz de afetar e ser afetado por outros corpos. Esta capacidade produz afecções, que são as

transformações decorrentes desse processo. Estas podem aumentar ou diminuir a potência do corpo para a ação. Assim, um afeto é a variação dessa potência de agir. As afecções ocorrem, portanto, a partir de encontros entre os corpos, que resultam em transformações de ambos, produzindo novos afetos. Há três afetos imanentes a todos os corpos: desejo, alegria e tristeza<sup>4</sup>.

Assim, o desejo, afeto primário, é a essência do homem, que se esforça para perseverar em seu ser. O homem é movido pelo desejo. A alegria é uma variação de estado, no qual o homem passa de uma “perfeição” menor para uma “perfeição” maior. Já a tristeza, ao contrário, é a passagem de uma maior “perfeição” para uma menor. Assim, a alegria aumenta o desejo (força produtiva), e a tristeza o diminui<sup>4</sup>.

Nesse contexto, objetivo deste estudo é apreender os afetos e afecções envolvidos na formação de conhecimento sobre a hanseníase, na vivência dos acometidos.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa é de natureza qualitativa. Utilizou a Cartografia como modo de produção de conhecimento, a qual se aplica a pesquisas de campo, cujo foco é o acompanhamento de processos e subjetividade<sup>5</sup>.

O termo Cartografia, na filosofia de Deleuze e Guattari, trata do mapeamento de territórios existenciais, evidenciados nos processos de vida, compondo-se, decompondo-se e recompondo-se no espaço das relações. A Cartografia é um dos princípios do rizoma. Este último traz a imagem do pensamento múltiplo, formado por platôs (regiões de multiplicidades e intensidades conectáveis pelo meio), refletindo as intensidades, em conexão, do objeto de estudo. O rizoma pode ser cartografado, pois funciona como um mapa aberto, conectável, desmontável, sujeito a modificações, preparado por um único indivíduo ou por grupos e formações sociais<sup>6</sup>.

A pesquisa ocorreu em um município de médio porte do nordeste brasileiro, em um Centro de Referência (CR) em Hanseníase, que faz atendimento na perspectiva da atenção à saúde, levando em conta a prevenção, o diagnóstico, tratamento e monitorização dos indivíduos com hanseníase do município. Atende por demanda espontânea ou por encaminhamento de

outras unidades de rede de atenção à saúde. Possui uma equipe composta por dermatologista, equipe de enfermagem, fisioterapeuta e farmacêutico. Faz, além das atividades rotineiras de consultas e aplicação do tratamento, atividades educativas de grupo e visitas domiciliares para busca ativa de faltosos e vigilância de contatos. É importante frisar que, no momento da pesquisa, por conta da pandemia de COVID-19, todos os trabalhos educativos em grupo estavam suspensos.

Os informantes do estudo foram usuários do serviço. Os critérios de inclusão de participantes obedeceram a alguns requisitos sociodemográficos e relacionados à fase de tratamento. Desse modo, os sujeitos foram escolhidos considerando níveis de escolaridade diferentes, distribuição de residência entre zona urbana e rural, sexos distintos, faixas etárias diversas e fases de tratamento que variavam desde a fase inicial até o pós-alta, com alguma necessidade de continuidade no acompanhamento.

Para a cessação da captação de novos participantes, foi respeitada a disponibilidade de informantes, dentro dos requisitos já explicitados. Tais requisitos foram observados a partir do que trazem Fontanela, Ricas e Turato (2008),<sup>7</sup> ao afirmarem que, ao tratar-se de questões psicossociais, o desempenho de um atributo individual, desvela características que representam seus contextos coletivos, ainda que tais atributos estejam superdimensionados, por indivíduos típicos, em relação a parâmetros específicos de investigação. Assim, a amostra, do tipo probabilística intencional, foi composta por cinco informantes, representantes de contextos relacionados à totalidade de usuários do serviço.

Na perspectiva cartográfica, na vivência com os participantes do estudo, o pesquisador deve “ser afetado” pelos mesmos afetos (...) estando no mesmo plano de intensidade<sup>8</sup>. Assim, a observação participante foi a primeira técnica escolhida para a produção (coleta) de dados. Além disso, foi realizada entrevista com cada informante, semiestruturada e gravada, com uma questão norteadora.

A abordagem inicial se deu no próprio CR, a usuários que atendiam os critérios de inclusão. Ao serem esclarecidos e concordarem em participar do estudo, foram realizadas observações das consultas com profissionais do CR

e outros trânsitos dos informantes dentro do serviço. Após esse primeiro momento, foram agendadas visitas domiciliares para continuidade da produção de dados da pesquisa. A coleta foi realizada entre os meses de março a agosto de 2021, tendo sido realizados cinco encontros com cada participante, entre o domicílio e o CR, que foram registrados em diários de campo. As entrevistas foram realizadas no último encontro e foram gravadas utilizando gravador de voz digital, sendo, posteriormente, transcritas. Importante frisar que, por força do período pandêmico, atentou-se para todos os cuidados de distanciamento físico adequado, uso de máscaras pela pesquisadora e informantes e limpeza de instrumentos (gravador, canetas) utilizados nos encontros. A fim de preservação do anonimato, os informantes foram identificados por pseudônimos relacionadas à botânica, em referência ao rizoma.

Na perspectiva da cartografia, a escrita desses encontros é bastante relevante. Os registros não buscam fazer análises objetivas, mas descrever o que foi captado no plano intensivo da força dos afetos. Assim, é mais que um simples registro de informações, mas um momento em que o cartógrafo pode, a partir da reflexão da vivência para produzir o registro, explicitar o que, até então, estava num nível pré-refletido. Apesar de ser um processo individual, torna-se uma produção coletiva, ao trazer a experiência do encontro de volta<sup>8</sup>.

A análise dos resultados se deu a partir dos dados triangulados da observação participante e das entrevistas e, a partir do referencial cartográfico, no qual buscou-se a articulação entre falas, posturas, práticas e percursos, construindo a cartografia de um mapa rizomático<sup>9</sup>, com a atenção voltada aos afetos e afecções produzidos nas múltiplas e heterogêneas conexões estabelecidas pelos informantes.

A pesquisa é parte do Projeto “Integração de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças tropicais negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de chagas no SUS no sudoeste do estado da Bahia”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia, sob número de CAAE: 89044418.3.0000.5556. O objetivo desta

pesquisa foi inserido, por meio de emenda, tendo sido aprovada pelo parecer número 4.428.373.

Todos os informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento, uma vez que um dos informantes era menor. A assinatura foi realizada após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, riscos, benefícios, garantia de anonimato e outros itens orientados pelas resoluções 466/12 e 510/16.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir do referencial cartográfico, os resultados são explanados, majoritariamente, a partir de narrativas. A discussão lança um olhar sobre os diversos encontros/ conexões, a fim de evidenciar uma cartografia reveladora de um mapa rizomático, demonstrando os afetos e as afecções, a partir dos referenciais filosóficos e literatura científica sobre os temas emergentes.

### **Produção de conhecimento e gerenciamento do processo de trabalho em saúde no diagnóstico da hanseníase**

Nesse primeiro item, será feita uma breve apresentação dos informantes e pretende-se discutir afetos e afecções relacionados à vivência do diagnóstico da hanseníase, considerando que esta vivência traz um novo saber aos informantes, mas reflete, também, sobre o saber profissional, enquanto parte do processo de trabalho em saúde.

*Jasmin: adulto de 22 anos de idade, morador da zona urbana, dividindo sua casa com a mãe e um irmão. Possui ensino médio completo. Apresenta postura retraída, corpo semiencurvado, sorridente. Apresenta mão em garra móvel, como sequela da hanseníase. Descobriu a hanseníase há cerca de dois anos. Começou a sentir dormência nas mãos e apresentar ferimentos decorrentes. Foi ao médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu bairro, mas demorou até que este o encaminhasse a um dermatologista, por conta das feridas. Quando encaminhado, obteve o diagnóstico, tendo sido referenciado ao CR. À confirmação do diagnóstico, Jasmim teve medo das possíveis sequelas informadas pelos profissionais (Diário de Campo).*

*Orquídea: Adolescente de 17 anos de idade, cursa o fundamental 2. Moradora da zona urbana, divide sua casa com oito pessoas. Estava em seu primeiro dia de tratamento farmacológico. O avô foi diagnosticado com hanseníase em 2018, encerrando o tratamento em 2019. Durante a vigilância dos contatos, a jovem tinha uma mancha suspeita. Apesar disso, não voltou ao serviço e nem o serviço fez busca. Voltou em 2021 porque o avô insistiu e ela começou a sentir dormência, dor, formigamento. Disse que não voltou antes porque “não sabia de nada, era muito nova na época” (Diário de campo). Na entrevista, relatou:*

*Só que aí começou a piorar, minha perna tava dormente, aí começou a parecer mais manchas, aí fiquei preocupada. Aí eu falei: não, vou lá! Aí eu vim (Orquídea).*

*Margarida: Idosa de 67 anos de idade, serena e bem-humorada, estava iniciando o tratamento medicamentoso no primeiro contato da pesquisa. Mora na zona rural, onde vive com o esposo e vende frutas que produz. Como seu genro teve hanseníase, logo suspeitou de ter sido acometida, ao apresentar uma mancha com alteração de sensibilidade na perna. Procurou um dermatologista, que fez o diagnóstico e encaminhou ao CR. Em sua primeira consulta médica no CR, foi examinada a fim de definir o tempo de tratamento e recebeu uma grande variedade de informações relacionadas ao processo terapêutico (Diário de campo).*

*Carvalho: Idoso de 67 anos de idade, residente da zona urbana, mora com sua esposa e dois filhos adultos. Está se tratando de hanseníase há três meses. Bastante ativo, apesar de já estar aposentado, trabalha como ambulante. Está sempre acompanhado da esposa. Carvalho descobriu a doença já numa fase avançada. Não faz ideia de como contraiu, pois afirma nunca ter conhecido ninguém que tivesse, nem sequer ouvido falar em hanseníase. Só procurou um médico porque apresentou muitas ulcerações pelo corpo e não aguentava mais trabalhar por conta disso (Diário de Campo).*

*Gardênia: adulta de 42 anos de idade, mora sozinha num bairro periférico da cidade. Está em tratamento há cerca de dois anos. Recebeu alta por cura em 2019, após um ano de tratamento, mas, cerca de três meses depois, apresentou nódulos pelo corpo e dores. Com diagnóstico de reação hansênica, retornou ao tratamento. Inicialmente, não associou à hanseníase,*



*pois os sintomas foram diferentes. Gardênia supõe que contraiu hanseníase por volta de 2012, num período em que teve conflitos com a lei e precisou ficar numa instituição prisional. Relata que lá havia uma interna que foi diagnosticada com hanseníase. Em 2015, começou a apresentar manchas na barriga, mas não fez nenhuma associação. Dois anos depois, cursou com dormência nas mãos. Procurou um médico, queixou-se das manchas e tratou como se fosse outra doença de pele. Até que, pela inocuidade do tratamento, procurou um dermatologista, que fez o diagnóstico correto (Diário de Campo).*

A partir das narrativas anteriores, o primeiro encontro a ser assinalado é o próprio encontro com o bacilo de Hansen. Essa interação de corpos, resulta no que Deleuze e Guattari<sup>6</sup> chamariam de um “mau encontro”. Todo corpo luta para perseverar em seu ser; logo, o bacilo, em si, não é “mau”, apenas luta por sua sobrevivência ao encontrar organismos propiciadores de sua manutenção biológica. Mas o encontro, este sim, é “mau”. Os corpos dos informantes não se “compõem” com o corpo do bacilo. Ocorre, então, o aparecimento de lesões dermatoneurológicas e possíveis graus de incapacidade. Situações que têm como consequência uma diminuição da potência, expressas pelos sinais, sintomas e complicações que, muitas vezes, se tornam empecilhos às atividades cotidianas.

Tal pensamento contribui com as práticas educativas, de modo a trazer uma compreensão e uma necessidade de singularização desse “mau encontro”, fazendo pensar em qual proporção isso se dá para cada indivíduo, tanto por alterações físicas, quanto por ferramentas pessoais e sociais de enfrentamento da situação. Propõe-se, portanto, uma reflexão sobre todas as afecções causadas pela infecção pelo *M. Leprae* e em que medida vão produzindo movimento, engajamento dos indivíduos ou, ao contrário, precisarão ser despertados para acessarem novos recursos a partir do diagnóstico.

Além disso, vai se formando um conhecimento a partir dessas afecções do corpo, do contato com o CR e profissionais de saúde. Até antes disso, as narrativas vão demonstrando as conexões com saberes anteriores, com a experiência de outros, com a busca por resolução do quadro apresentado,

evidenciando um saber novo, construído a partir de relações, além de moverem esses indivíduos em busca da resolução de seus quadros atuais.

Desse modo, a partir da infecção pelo agente etiológico e das transformações/ afecções decorrentes, a cartografia do processo vai demonstrando movimentos de desterritorializações e reterritorializações, a partir das conexões estabelecidas, nas quais novos afetos vão sendo expressos. Um território, na concepção cartográfica, não é meramente geográfico, físico, mas subjetivo e sociológico:

*conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos*<sup>10:323</sup>.

Disso decorre que as mudanças ocasionadas por um diagnóstico médico, o qual trará mudanças cotidianas, com possíveis limitações de várias ordens, fazem com que os indivíduos saiam de uma realidade e entrem em outra, e isto será singular para cada um deles. Assim, para além dos protocolos de tratamento que colocam todos os indivíduos sob uma mesma abordagem, é necessário compreender o que é peculiar a cada um, de modo a singularizar, na medida do possível, o cuidado em saúde.

Tal singularização só é possível a partir de um processo de trabalho em saúde bem gerenciado, em todos os seus aspectos. Enquanto tecnologia do processo de trabalho, o conhecimento técnico-científico, bem como os protocolos terapêuticos para abordagem da hanseníase, se constituem em tecnologias leve-duras<sup>11</sup>. Percebe-se, a partir de algumas narrativas, uma fragilidade na utilização de tais tecnologias, no que diz respeito à suspeição e diagnóstico da hanseníase. Espera-se que profissionais generalistas e clínicos estejam aptos, ao menos, para a suspeição do quadro, em especial na atenção básica, por sua capilaridade.

Esses resultados suscitam discussões relativas à formação profissional e à Educação Permanente em Saúde (EPS). Sobre a formação profissional, alguns estudos apontam que, no caso específico da hanseníase, estudantes no final da graduação, se sentem com conhecimentos, apenas, regulares sobre a hanseníase, além de haver uma abordagem mais teórica que prática<sup>12,13</sup>, podendo culminar na dificuldade de diagnóstico precoce, por insegurança acerca da suspeição e conclusão diagnóstica<sup>14</sup>.

A instituição de EPS para profissionais, em especial da atenção primária, para a prevenção e controle da hanseníase, se constitui num potencializador do processo de trabalho em saúde, viabilizando ações eficazes na abordagem da hanseníase, desde o diagnóstico até a implementação de ações educativas, favorecendo a quebra da cadeia de transmissão, o autocuidado, a adesão ao tratamento, conseqüentemente, prevenindo complicações<sup>15-28</sup>.

Além de compreender as peculiaridades relacionadas à vivência com a hanseníase, outro aspecto que é interessante de se compreender, estando ligado a integralidade da atenção, seriam as demais necessidades que estes indivíduos têm para além da condição hansênica. Para tanto, é preciso acessar as tecnologias leves, relacionais<sup>11</sup> no processo de trabalho em saúde. O resultado da utilização destas tecnologias, foi explicitado nos encaminhamentos do CR, não relacionados à hanseníase:

*Gardênia tem histórico de depressão e é acompanhada por psiquiatra e psicólogo, após encaminhamento do CR (...) Jasmin tem uma suspeita relativa à questões de saúde mental, suspeitas levantadas no próprio CR, que fez encaminhamentos à rede de atenção psicossocial do município (Diário de Campo).*

Assim, por meio do trabalho vivo em ato, produzido no momento da relação com os usuários<sup>11</sup>, foram percebidas outras necessidades que desencadearam atitudes de resolutividade e integralidade da atenção. Portanto, é possível dizer que, para além da utilização de tecnologias leves e duras, estas últimas expressas nas medicações, exames e procedimentos, que são de suma importância no manejo da hanseníase, precisa-se considerar as tecnologias leves, relacionais, fruto do trabalho vivo em ato, que se faz no espaço intercessor entre profissionais e usuários, no momento exato do encontro, e servem para nortear a utilização das demais tecnologias. Produzem acolhimento, vínculo e responsabilização e dependem subjetividade dos envolvidos na relação<sup>11,29</sup>.

## Biopolítica, vigilância de contatos e inclusão da família: desafios ao processo educativo

*Nas consultas, há um foco bastante voltado às prescrições de comportamentos relacionadas ao uso de remédios, exames necessários e vigilância de contatos, numa escuta com foco evidente nas questões biológicas, além de uma abordagem mais prescritiva e menos negociadora (Diário de Campo).*

Tal observação remonta à operação de um poder disciplinar sobre os corpos<sup>30</sup> no processo de trabalho. Assim, esse poder disciplinar ou biopoder se manifesta a partir da utilização do conhecimento científico para a prescrição de modos de viver, pelas disciplinas, que ditam como a vida deve ser vivida pelos indivíduos, destacando o conhecimento científico como superior, anulando a subjetividade das pessoas<sup>31</sup>.

Sobre esse assunto em particular, os resultados corroboram outros estudos que trazem que as práticas educativas direcionadas à hanseníase são, muitas vezes, secundarizadas nos serviços, verticalizadas, centradas no saber médico, com metodologias pouco apropriadas, impositivas, restritas a uma visão reducionista do conceito de saúde e doença, cursando com pouco impacto sobre mudanças no comportamento, na autonomia e na promoção de saúde<sup>13,24,26,32</sup>.

No contexto de impacto sobre mudanças de comportamento relativas ao autocuidado, tão relevantes no manejo da hanseníase, observou-se:

*Jasmin demonstra conhecimento sobre os cuidados com a pele, falando sobre o uso de hidratante e protetor solar...Apesar da progressão das sequelas e das informações recebidas, não demonstrou interesse sobre os exercícios com mãos e pés para prevenção de complicações (...) Orquídea relatou que que passou a usar protetor solar todos os dias após orientação do CR de que era necessário para remissão das manchas (...) Ao longo do acompanhamento, Carvalho começou a apresentar dormência de mãos e pés, com dificuldades de mobilidade nos dedos dos pés, sendo orientado sobre alguns exercícios de força que poderiam ser realizados. Relatou ter iniciado os exercícios, mas parou porque comprou um material inadequado e não conseguiu realizá-los de maneira efetiva. Fato é que, apesar de já ter*

*passado por vários profissionais do CR, demonstrou certo desconhecimento sobre o autocuidado e dificuldades de compreensão das informações (...) Com relação ao autocuidado, Gardênia apenas falava sobre o uso do hidratante e protetor solar, fornecidos pelo CR. Quanto a exercícios com olhos, mãos e pés, só mostrava um “abrir e fechar” de dedos que aprendeu a fazer. Mesmo gesto feito por outros informantes dessa pesquisa, mas que não são suficientes enquanto exercícios a serem feitos (Diário de Campo).*

Nota-se, a partir das narrativas, uma fragilidade no conhecimento e autonomia dos participantes acerca das medidas de autocuidado. Mesmo os informantes com algum grau de incapacidade já instalado, tinham pouca potência para executar os exercícios preconizados para olhos, pés e mãos, demonstrando desconhecimento/pouco conhecimento a respeito ou ligado à alguma incapacidade de compreensão. Em nenhum momento da observação, essas dificuldades foram abordadas e o autocuidado não foi priorizado nas informações dispensadas.

Vale ressaltar que o grupo de autocuidado do CR foi interrompido durante a pandemia, o que pode explicar, moderadamente, a situação exposta nos resultados. Tais grupos de autocuidado em hanseníase são ferramentas importantes de construção de conhecimento coletivo, compartilhamento de experiências que potencializam a ação de outros, solidificação de conhecimento construído por pares e fortalecimento de vínculos de amizade, o que favorece a adesão ao autocuidado<sup>33,34</sup>.

Em contraponto, havia uma adesão unânime relacionada ao uso do protetor solar e hidratação da pele, porém, considerando que recebem esses itens no CR e de que são atividades mais “passivas” do ponto de vista de alterações nas atividades diárias, questiona-se a forma como têm sido vistas, pelos acometidos, as orientações que incorporariam práticas físicas mais ativas, que demandam maior esforço diário.

Assim, o autocuidado, enquanto atitude proativa, perpassa a questão do desejo, enquanto esforço e impulso para a criação da realidade<sup>35,36</sup>. O rizoma a ser construído nessa relação específica, deve evidenciar essa conexão heterogênea, na qual o saber científico dos profissionais deve fazer sentido aos acometidos por hanseníase para que, desse modo, possa ser deflagrado

um processo de subjetivação, que altera o núcleo do desejo dos indivíduos e os impulsiona à ação<sup>36</sup>.

Destarte, o trabalhador da saúde deve lançar mão das tecnologias leves, em detrimento de uma relação meramente técnica, instrumental, para, assim, possibilitar a ativação do potencial dos usuários, ao despertar nesses o desejo de se cuidar. Além disso, inverter essa lógica, da instrumental para a relacional, tem potência para reduzir o poder disciplinar<sup>31</sup>.

Outro aspecto importante na prática educativa em hanseníase, é sobre a comunicação acerca da necessidade de vigilância dos contatos. Na entrevista, Jasmin produziu algumas falas sobre a importância do diagnóstico precoce ao se examinar os contatos domiciliares:

*Eu acho importante pra ver se tem mais, né? Aí se descobrir mais alguém, mais rápido, ajuda, né? (...)"*  
(Jasmim)

*Orquídea relatou ter recebido informações sobre vigilância de contatos. Ela tem um namorado, com quem está há mais de um ano, que precisa ser examinado. Ela o informou sobre essa necessidade, porém relata que acredita que ele não compareça ao serviço, por vergonha, pois sabe que precisa despir-se para ser examinado, o que seria constrangedor (Diário de Campo).*

Margarida, certo dia, relatou que nem todos os membros da família tinham sido examinados, embora tentasse encorajá-los, por achar importante o diagnóstico precoce. Na entrevista, afirmou:

*falo com eles que deve fazer porque se "fazer" o tratamento, descobrir antes da doença manifestar, o tratamento é mais fácil e se deixar passar o tratamento é longo e não é bom deixar a doença aparecer. Quando ela manifesta já tá com 5 anos no corpo, então não é bom deixar aparecer, tem que fazer o teste antes (Margarida).*

Os informantes parecem ter um conhecimento adequado sobre a importância da vigilância de contatos para a prevenção e controle da doença. Porém, tal conhecimento nem sempre se mostrou potente para o efetivo cumprimento dessa atividade. Em contrapartida, no CR, em nenhum momento foi observado questionamentos aos informantes sobre a resistência dos contatos em virem ao serviço. Tais questionamentos podem

auxiliar na criação de estratégia de intervenção, ao deflagrar uma sensibilização específica, com potência para reverter tal situação. Salienta-se, ainda, as dificuldades que o serviço tem em relação à alta demanda para busca ativa, sendo ainda mais importante abordar, estrategicamente, essas questões, de modo que os contatos possam vir, espontaneamente, ao serviço.

Assim, o que foi dito anteriormente sobre o autocuidado, cabe nessa situação. Perceber as singularidades de cada caso, norteado por tecnologias leves<sup>11</sup>, a fim de entender o que faz com que o contato recuse ou desconheça a necessidade de ser examinado para, a partir disso, acionar as intervenções necessárias, é fator que deve estar no repertório de atitudes da equipe de saúde. Assim, será possível, de fato, compartilhar a responsabilidade terapêutica.

As próximas narrativas trazem a família como peça importante a ser angariada pelos profissionais a fim de impulsionar o autocuidado e a adesão ao tratamento:

*A mãe de Jasmin é a grande impulsionadora dos seus processos terapêuticos, sempre acompanhando-o ao serviço e nas demais necessidades de saúde que possui. Dadas as suas características, mostrou-se preocupada com outro filho, que apresentou uma mancha na testa, em uma das visitas realizadas (Diário de Campo).*

Na experiência de Margarida, a filha foi fundamental na adesão ao tratamento, conforme trecho da entrevista a seguir:

*No início eu falei pra minha filha: (...) eu já estou com 67 anos eu não vou fazer esse tratamento, eu tenho muito medo de tomar remédio e ela disse: Mãe, não pode, a senhora tem que fazer porque se a senhora não fazer, vai vir doenças piores. Aí eu obedeci a voz dela (...) Ela me mostrou os 'desenho' que podia acontecer, aí eu segui o tratamento (Margarida).*

*A esposa de Carvalho sempre o ajuda na compreensão das orientações recebidas. É também a responsável por lembrá-lo dos remédios, das datas de retorno ao CR e de incentivá-lo, fortemente, a fazer exames solicitados, pois o mesmo se mostrava resistente a muitos deles (...) Orquídea (menor de idade) relatou que, no período de diagnóstico, sua mãe foi alheia aos sinais*

*apresentados, o que contribuiu para retardar sua procura ao serviço, tendo sido estimulada por uma tia (Diário de Campo).*

O acometimento da hanseníase desencadeia uma série de repercussões na rede familiar dos acometidos. E estes compartilham esta vivência com os informantes, desde a sua origem, até seus desdobramentos. A importância desse elemento, está refletida nas narrativas anteriores, ora impulsionando, ora dificultado a vivência do adoecimento, mas sempre com papel de destaque no processo.

Assim, trabalhar em conjunto com a família, estendendo as orientações sobre o processo terapêutico, além de trabalhar questões necessárias à redução de estigma e acolhimento, é um fator potencializador<sup>37,38</sup>.

### **Multiplicação do conhecimento produzido e captação das motivações pessoais: potências e fragilidades**

*Gardênia, com sua vivência, já pôde alertar outras pessoas para sinais suspeitos de hanseníase (...) Margarida, ao perceber manchas no corpo do marido, o encaminhou ao CR, devido a sua própria experiência (...) Carvalho referiu que sua esposa passou a observar as pessoas por onde vai, alertando conhecidos e desconhecidos ao ver qualquer sinal visível de hanseníase, inclusive já informando sobre o CR (...) Gardenia relatou que sua família, inicialmente, tinha receio de adquirir hanseníase a partir de um contato com ela. Disse que esclareceu a eles que quem estava em tratamento, não transmite, conseguindo uma melhor compreensão destes e diminuindo o mal-estar que havia a este respeito (Diário de Campo).*

Assim, ficou claro nos resultados, o quanto expandir o próprio potencial, por meio do conhecimento construído de forma ativa, a partir das experiências pessoais, pode auxiliar a outros, em relação ao diagnóstico de uma doença pouco conhecida e, até mesmo, na redução de preconceitos.

Destarte, o “mau encontro”<sup>6</sup> inicial com o bacilo de Hansen não é o único a ser observado. A conexão estabelecida com o conhecimento significativo, com as experiências vividas e outros corpos diversos, são “bons encontros”<sup>6</sup>, que podem aumentar a potência de agir, de modo a prover multiplicação e compartilhamento dos saberes construídos, habilitando outros a buscarem



auxílio. A prática educativa, assim, deve considerar o potencial multiplicador do processo.

O objetivo das práticas educativas, nesse contexto, deve ser a viabilização, nos acometidos, de formação de um conhecimento racional, adequado e promotor de aumento de potência, que se desdobre, tanto em autonomia para gerenciar a própria condição, quanto em multiplicação desses saberes, de modo a beneficiar sua rede de contatos. Esse tipo de conhecimento, só pode ser agenciado a partir de experimentações<sup>6</sup>. Essas experimentações, portanto, devem ser propiciadas pelos processos educativos, por meio de metodologias ativas e contextualizadas. A vida e experiência dos acometidos é a própria matéria-prima do processo.

Outro aspecto bastante caro às práticas educativas diz respeito à identificação de motivações intrínsecas, pois estas são deflagradoras de autonomia, uma vez que estão fortemente atreladas ao núcleo do desejo, enquanto afeto de produção de realidade<sup>4</sup>. Sobre tais motivações, observamos as narrativas a seguir:

*Orquídea lamenta por não ter ido, ainda em 2018, para avaliação e início do tratamento, pois o mesmo seria por um tempo menor e não teria tantas manchas. Em todas as suas falas, parece ser essa (as manchas) sua principal preocupação (...) A dificuldade em trabalhar levou Carvalho, sempre resistente a médicos e exames, a procurar auxílio para suas lesões de pele. E é a vontade de continuar ativo a sua grande motivação para o tratamento (...) Jasmin tem projetos pessoais, relativos a estudo e trabalho e relata ser esta a motivação para seguir seu tratamento, uma vez que, no momento, está impossibilitado para algumas dessas atividades (Diário de Campo).*

É relevante pontuar que cada um, expressando sua singularidade, apresenta uma motivação intrínseca para a continuidade do tratamento. Essas motivações foram traduzidas em continuar ativo, trabalhar, realizar atividades cotidianas às quais estava acostumado, apresentar uma aparência aceitável socialmente, não ficar com sequelas permanentes. Assim, apesar de constituída na relação, esta é sempre uma experiência individual. Não se pode padronizar os motivadores, pois “homens diferentes podem ser afetados diferentemente por um só e mesmo objeto, e um só e mesmo

homem pode, em momentos diferentes, ser afetado diferentemente por um só e mesmo objeto”<sup>4:131</sup>.

Assim sendo, também não se pode padronizar intervenções. Muitas vezes, as falhas do processo educativo estão, principalmente, nessa padronização. Utiliza-se como motivadores questões ligadas ao medo dos indivíduos, por exemplo, falando em sequelas, dentre outras coisas similares. Alguns estudos apontam a ineficácia de alguns modelos educativos, como, por exemplo a campanha “*Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil*” de 1998. Tal campanha foi considerada estigmatizante, ligando a hanseníase ao sentido de mácula, sujeira. Além disso, é enfatizado a verticalidade de materiais educativos produzidos no Brasil, como panfletos, filmes, palestras, entre outros, cujo foco se dá em torno de tais materiais, em detrimento de práticas sociais promotoras de saúde<sup>13,24</sup>

Não se pode afirmar que tais campanhas e materiais sejam completamente inócuos, apenas é importante frisar que, enquanto não houver uma preocupação em compreender o que motiva a cada um, de forma singular, não se chegará ao impacto necessário no núcleo do desejo dos indivíduos. Há que se diversificar as abordagens e desenvolver vínculo.

*Para Carvalho, de todas as alterações que fez em sua vida pós diagnóstico, uma significativa foi deixar de beber. Seu estímulo foi a informação de que atrapalharia o tratamento, e como deseja ter saúde para continuar trabalhando, julgou ser uma boa troca e agradando sua esposa, visto ser este um ponto de conflito (Diário de Campo).*

Esse trecho traz uma questão importante sobre os processos educativos, vinculados ao que Spinoza<sup>4</sup> trata a respeito dos afetos. Para ele, um afeto qualquer só pode ser refreado por outro maior. Assim, o hábito de beber de Carvalho, pôde ser refreado, ao ser confrontado com um desejo maior: o de se curar, uma vez que acredita, a partir do que aprendeu, que os remédios não farão efeito associado ao álcool.

Assim, abriu mão de um prazer que ativa apenas uma parte do seu corpo, afeto que Spinoza chama de excitação, por ser um prazer transitório, por outro, que ativa todo o seu potencial, afeto de contentamento, traduzido por

se curar da hanseníase. Além da diferença entre excitação e contentamento, Spinoza demarca outra diferença similar, falando sobre afeto-paixão e afeto-ação. O primeiro, ainda que ative o potencial, faz padecer. O segundo, dá liberdade e faz agir, de fato<sup>4</sup>.

Tal conhecimento é importante às práticas educativas, pois trazem contribuições teóricas para reflexões acerca de como os indivíduos elege suas prioridades relacionadas à saúde e bem-estar, além de dirimir um preconceito de que tudo o que se julga prejudicial à saúde, não traz ganhos e “alegria”. A partir dessas concepções, o diálogo e a negociação podem ser potencializados entre profissionais e usuários da saúde, além de diminuir o reducionismo com que são tratadas as questões ligadas à saúde dos indivíduos.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao se refletir sobre o planejamento das atividades educativas, devem ser levados em consideração as percepções singulares, valores, cultura, prioridades, motivações pessoais. Perceber quais intensidades estão presentes, quais os pontos de tensão, as potencialidades que, em conexão, aumentam ou diminuem a potência de agir, agenciando novos modos de viver, devires mais saudáveis.

Fica claro que a formação do conhecimento não se dá, exclusivamente, pelo contato com o profissional e que o conhecimento sobre hanseníase não é circunscrito ao conhecimento técnico e biologicista da patologia em si. Aprende-se na experiência do vivido e na relação com outros corpos, sejam físicos ou teóricos, trazendo um significado muito pessoal a tais experiências. Aprender sobre hanseníase é aprender, também, a conviver com ela, lidando com limitações e ativando potenciais.

Tais questões são desafiadoras para os profissionais de saúde no que tange a necessidade de problematização do processo de trabalho, de forma a singularizar os que, muitas vezes, são tratados como iguais, a partir dos protocolos instituídos de hanseníase. Isto, paralelo ao investimento no conhecimento científico, na formação e educação permanente, dadas as dificuldades de abordagem diagnóstica.

Assim, pensar um processo educativo que cumpra seu propósito transformador requer do profissional muito mais que conhecimento sobre a doença em si, requer habilidades relacionais e intersubjetivas para que se façam apostas no acolhimento, em detrimento do exercício de um poder meramente instrumental e disciplinar. Em contraponto à formação em saúde, historicamente biologicista e cartesiana, e das dificuldades relacionadas aos fluxos de trabalho no sistema público, é necessário que gestores e trabalhadores criem as condições para o exercício da construção compartilhada do conhecimento com os usuários.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68 p.: il. ISBN 978-85-334-2542-2.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Investindo para superar o impacto global das doenças tropicais negligenciadas: terceiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas. OMS; 2015.
3. World Health Organization. Global leprosy update, 2016: accelerating reduction of disease burden [Internet]. Geneva; 2017 [acessado em janeiro de 2023]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258841/WER9235.pdf?sequence=1>
4. Spinoza B. Ética. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2019.
5. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicol Soc*. 2007;19(1):15-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/8rWQrJSBTg7w8zTV47svGTq/abstract/?lang=pt>
6. Deleuze G. Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 2011.
7. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008;24:17-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?lang=pt>
8. Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009. p.52-75.
9. Martines WRV, Machado AL, de Almeida LC. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Tempus Actas Saude Colet*. 2013;7(2):203-11. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1354>
10. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.
11. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2007.

12. Viana ACB, Araújo FC, Pires AV. Conhecimento de estudantes de medicina sobre hanseníase em uma região endêmica do Brasil. *Rev Baiana Saude Publica*. 2017;40(1):24-37. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859571>
13. Savassi LCM, Modena CM. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. *Hansen Int*. 2015;40(2):2-16. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/36169>
14. Monteiro LD, Lopes, LSO, dos Santos, PR, Rodrigues ALM, Bastos WM, Barreto JA. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. *Cad Saude Publica*. 2018;34(11):e00007818. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cYSm7KhstrnQxG8phGtPtZw/>
15. Kessler M, Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS, et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(2):e2017389. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/py9jmJ7V4YWSKMMVJ9BDfvJd/abstract/?lang=pt>
16. Sakae TM, Pescador MA, Magajewski FRL. Análise de tendência histórica da evolução da hanseníase em Santa Catarina no período de 2001-2015. *Arq Catarin Med*. 2018;47(1):141-58. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/307/234>
17. Costa AKAN, Araújo AK, Pfrimer IAH, Menezes AMF, do Nascimento LB, do Carmo Filho JR, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13(2):353-62. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236224/31296>
18. Morais JR, Furtado EZL. Grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(6):1625-32. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231049/29245>
19. Costa CRL, Brito KKG, de Oliveira, MVM, da Silva MA, Soares MJGO. Limitação de atividade e consciência de risco em clientes acometidos pela hanseníase. *Rev Bras Cienc Saude*. 2019;23(4):459-70. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/41272/29948>
20. Lozano AW, Pinto Neto JM, Femina LL, Donda P, Silva CFGD, Nardi ST, et al. O domicílio como importante fator de transmissão da hanseníase. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13:e241790. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241790>
21. Roe C, May LS. Um caso de lepra no Malawi. Dando o empurrão final para a erradicação: uma perspectiva clínica de saúde pública. *Infect Dis Poverty*. 2016;5(1):1-5. Disponível em: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-016-0176-z>
22. Laurindo CR, Vidal SL, Martins NO, de Paula CF, Fernandes GAB, Coelho ADCO. Acesso à orientação quanto ao autocuidado por pessoas diagnosticadas com hanseníase em um município da Zona da Mata Mineira. *HU Rev*. 2018;44(3):295-301. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/hurevista/article/view/14130>
23. de Souza RG, Lanza FM, Souza RS. Sensibilização dos Agentes Comunitários de Saúde para a atuação nas ações prevenção e controle da hanseníase: relato de

experiência. HU Rev. 2018;44(3):411-5. Disponível em:  
<https://periodicos.ufff.br/index.php/hurevista/article/view/25621>

24. Souza MF, Vanderlei LCM, Frias PG. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. Epidemiol Serv Saude. 2012;26:817-34. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ress/a/SmSV6Ff54cY696XKYcb5GXq/abstract/?lang=pt>

25. Lopes FN, Lana FCF. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde [Social participation in leprosy control: a challenge for health services]. Rev Enferm UERJ. 2015;23(2):235-40. Disponível em:  
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13113>

26. Oliveira J, Marinus MWLC, Monteiro EMLM. Práticas de atenção à saúde de crianças e adolescentes com hanseníase: discursos de profissionais. Rev Gaucha Enferm. 2020;41:e20190412. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/zXTPR9WZzWzYhTMdnyr7ZnF/?lang=pt>

27. de Vansconselos RLH, dos Santos WRP, Souza AML, Leal LHC, Rezende Jr LM, Reis JÁS, et al. Seguimento farmacoterapêutico de pacientes em tratamento com talidomida em um centro especializado em hanseníase. Scientia Med. 2017;27(4):ID27342. Disponível em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876944>

28. Palmeira IP, Moura JN, Epifane SG, Ferreira AMR, Boulhosa MF. Percepção de pacientes com hanseníase sobre suas necessidades humanas básicas alteradas: indícios para o autocuidado. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online). 2020;12:319-25. Disponível em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051323>

29. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. Saude Debate. 2003;27(65):316-23. Disponível em:  
[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676242/v27-n65-setdez-2003-12a-conferencia-nacional-de-saude-sergio-ar\\_DGKxlyw.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676242/v27-n65-setdez-2003-12a-conferencia-nacional-de-saude-sergio-ar_DGKxlyw.pdf)

30. Foucault M. O nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

31. Franco TB, Corvino MP, Galavote HS, Lobato E. Biopolítica e cuidado de si na promoção da saúde, na saúde suplementar. In: Ribeiro CDM, Franco TB, Silva Jr AG. Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; 2011.

32. Assis SS, Araujo-Jorge TC. O que dizem as propostas curriculares do Brasil sobre o tema saúde e as doenças negligenciadas?: aportes para a educação em saúde no ensino de ciências. Cienc Educ (Bauru). 2018;24:125-40. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ciedu/a/hjPrrmmT6PSky4HZhzgdNvg/?lang=pt#:~:text=O%20tema%20das%20doen%C3%A7as%20negligenciadas,compreendidos%20como%20um%20fen%C3%B4meno>

33. D'Azevedo SSP, Freitas END, Nascimento LOD, Santos DCMD, Nascimento RDD. Percepção de pacientes com hanseníase sobre dois grupos de autocuidado. Rev Doente UFPE online. 2018;12(6):1633-9. Disponível em:  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230855>

34. Gomes NMC, Da Cunha AMS, Lima, ABA, Tavares CM. Desenvolvimento das ações de um grupo de autocuidado em hanseníase como ferramenta de promoção da saúde. Rev APS. 2019;22(2):468-78. Disponível em:  
<https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/16727>

35. Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Lisboa: Assírio & Alvim; 1972.

36. Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 2013:151-71. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/10reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>
37. Galan NGA, et al. Avaliação da prática do autocuidado domiciliar em hanseníase. Hansen Int. 2014;41(1-2):27-35. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/34979>
38. Lima RSK, Oliveira LBP, Gama RS, Ferreira JAG, Grossi MAF, Fairley JK, et al. A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. Hansen Int. 2016;41(1-2):55-63. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/hansenologia/article/view/34981/33477>