

Mary Lise Carvalho Marzliak<sup>1</sup>Regina Célia Pinheiro Silva<sup>2</sup>Wagner Nogueira<sup>3</sup>Carmen Luiza Guisard<sup>4</sup>Maria Emília Ferreira<sup>5</sup>Heleida Nobrega Metello<sup>6</sup>Tanya Eloise Lafratta<sup>7</sup>Dalila Filomena Mohallem<sup>8</sup>Tânia Maria Guelpa Clemente<sup>9</sup>Heliana R. Macedo<sup>10</sup>

## BREVE HISTÓRICO SOBRE OS RUMOS DO CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO.\*

*Short historical on the routes of the control of the Leprosy in Brazil and the State of São Paulo.*

### Resumo

Este artigo descreve as medidas adotadas para o enfrentamento da hanseníase desde o século XVIII com o surgimento das Sociedades Protetoras dos Lázaros, até a construção dos hospitais de lázaros em todo o país e em São Paulo. Traz a trajetória dos doentes por esses hospitais do Estado e a sequência de criação dos asilos e posteriormente dos asilos-colônia: em 1928 o Padre Bento (atual Complexo Hospitalar Padre Bento(CHPB)/Guarulhos), 1931 Aymorés (atual Instituto Lauro de Souza Lima(ILSL)/Bauru) e em 1932 o Hospital de Cocais em Casa Branca (desativado) e o Pirapitingui (atual Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes(HFRA)/Itu). Do isolamento compulsório até a “abertura dos portões” é traçado um paralelo com o cenário institucional da época chegando até o momento atual em que governo e sociedade civil assumem nova articulação comprometendo-se com a proposta de reestruturação dos 33 hospitais do país.

Marzliak MLC, Silva RCP, Nogueira W, Guisard CL, Ferreira ME, Metello HN, Lafratta TE, Mohallem DF, Clemente TMG, Macedo HR. Breve histórico sobre os rumos do controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. *Hansen Int.* 2008 33(2). Supl. 1 p. 39-44.

*Palavras-chaves: Hanseníase; Hospital-colônia; Programa de Controle; Isolamento.*

### Abstract

This article describes the measures adopted will be the confrontation of hanseníase since 18<sup>th</sup> century with the sprouting of the Protective Societies of the Lázaros, until the construction of the hospitals of lázaros in all the country and São Paulo. It brings the trajectory of the sick

\* Este artigo tem base no **Projeto Censitário - 2008** da população moradora dos Antigos Hospitais Colônia de Hanseníase do Estado de São Paulo. Foi elaborado pela equipe técnica do Programa Estadual de Controle da Hanseníase da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase do CVE e foi desenvolvido pelas equipes técnicas dos Hospitais Dr. Francisco Ribeiro Arantes(HFRA)/Itu, Hospital Dr. Arnaldo Pezutti Cavalcanti (HAPC)/ Mogi das Cruzes, Instituto Lauro de Souza Lima(ILSL)/Bauru e Complexo Hospitalar Padre Bento(CHPB)/Guarulhos.

1 Médica sanitária. Diretora Técnica da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadora Estadual do Programa de Controle da Hanseníase – São Paulo – dvhansen@saude.sp.gov.br

2 Assistente Social. Mestre em Educação. Professora Assistente do Departamento de Serviço Social da Universidade de Taubaté – regcps@yahoo.com.br

3 Mestre em Medicina Preventiva. Médico Sanitarista da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde – wagwag@uol.com.br

4 Assistente Social. Mestre em Ciências Ambientais. Interlocutora de Hanseníase GVE Taubaté – carmenguisard@yahoo.com.br

5 Psicóloga Sanitarista da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde – maemfe66@hotmail.com

6 Assistente Social. Especialista em Administração Hospitalar. Assistente Técnica da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde – heleidanobrega@terra.com.br

7 Enfermeira da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde – dvhansen@saude.sp.gov.br

8 Médica Dermatologista do Centro de Referência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde – dvhansen@saude.sp.gov.br

9 Assistente Social. Especialista em Violência Doméstica e Serviço Social Médico do Centro de Saúde Dr. Lourenço Quilici, Bragança Paulista – clemencesa@uol.com.br

10 Farmacêutica Sanitarista. Especialista em Biotecnologia – helmacedo@hotmail.com

people by these hospitals of the State and the sequence of creation of the asylums and of the asylum-colony: in 1928 the Blessed Priest (current Complexo Hospitalar Padre Bento (CHPB) /Guarulhos), 1931 Aymorés (current Lauro Institute de Souza Lima (ILSL) /Bauru) and in 1932 the Hospital of Cocais in the White House (disactivated) and the Pirapitingui (current Dr. Hospital Francisco Ribeiro Arantes (HFRA) /Itu). Of the obligatory isolation until the "opening of the gates" parallel with the institutional scene of the until teams is traced arriving the current moment where government and civil society assumes new joint committing itself you the proposal of reorganization of the 33 hospitals of the country.

*Key-Words: Leprosy; hospital-colony; Program of Control, Isolation.*

A história da hanseníase no Brasil coincide com a colonização. A endemia era encontrada tanto em Portugal como nas ilhas africanas não havendo registro da doença entre os índios.

No século XVIII, com o crescimento da endemia, observa-se a adoção de medidas por parte das autoridades coloniais e entidades filantrópicas, surgindo as sociedades Protetoras dos Lázaros, destacando-se a Santa Casa de Misericórdia pelo papel exercido junto aos doentes.

Nesta mesma época surge um tipo de pensão para aqueles com diagnóstico de hanseníase, instituindo o isolamento do doente em sua casa, tendo como objetivo deixá-lo longe da sociedade.

Os hospitais de hanseníase começaram a ser construídos no século XVIII e no início do século XIX as pessoas doentes eram discriminadas, perseguidas e isoladas, como aconteceu em 1713 no Recife, 1740 no Rio de Janeiro, 1771 em Minas Gerais, 1787 na Bahia, 1796 em Pernambuco e 1802 em São Paulo. A construção desses hospitais só se realizou devido a doações de terras e materiais de construção por religiosos e pela sociedade civil.

Apesar de registros da doença nas principais cidades do Brasil, no Estado de São Paulo a propagação da mesma demorou a acontecer e somente por volta de 1765 o quadro mórbido começou a sofrer alterações devido ao ciclo do ouro.

Por esse motivo São Paulo tornou-se o caminho para as pessoas das mais diversas regiões do país. As vilas tinham que se responsabilizar por seus doentes e com o aumento da endemia a Santa Casa de Misericórdia passou a dar assistência aos doentes de hanseníase, sem os isolar ou interná-los.

Em decorrência desse crescimento, em 1802, em São Paulo, foi construído o primeiro hospital de "lázaros" próximo da cidade, com o apoio do governo e de doações particulares. Este funcionava precariamente por falta de fundos, fechando em 1904. Neste mesmo ano

os doentes foram transferidos para o Guapira, que ficava mais distante da cidade, longe da área urbana. Este fechou suas portas em 1928 e os doentes que ali viviam foram remanejados para o sanatório Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes, que chegou a receber 449 doentes nesta época.

*O primeiro censo em São Paulo sobre o número de doentes foi em 1820, pelo Visconde Oeynhausen, cujos dados não são conhecidos integralmente. O segundo foi feito em 1851 e acusava 849 doentes, ou seja, 0,15 % em relação à população do Estado nessa ocasião. Outros censos foram realizados depois, notando-se sempre um aumento do número de pacientes que acompanhavam a marcha do progresso do estado. (OPROMOLLA, 2000)*

Na cidade de Itu, interior do Estado de São Paulo, em 1806 foi construído um hospital pelo padre Antônio Pacheco da Silva, o qual em 1839 passou a ser administrado pela Santa Casa de Misericórdia até 1929.

Com o intuito de atender as necessidades regionais foram construídos em 1863 um asilo<sup>12</sup> em Campinas e em seguida outro em Piracicaba.

No início do século XX houve um crescimento do número de construções de asilos nas cidades do interior do estado: Sorocaba, Rio Claro, Itapetininga, Jundiaí, Tatuí, Angatuba, Guareí, Amparo, Casa Branca, Bebedouro, Descalvado, Jaboticabal; na década de 20, Avaré, Bauru, Capão Bonito, Espírito Santo do Pinhal, Guaratinguetá, Limeira, Mogi-Mirim, Pirassununga, São João da Boa Vista, São Manoel do Paraíso, São Miguel Arcanjo, Santa Rita do Passa Quatro.

Posteriormente foram inaugurados Asilos-colônia: em Itu, o Pirapitingui (1932); Aymorés, em Bauru (1931); Cocais, em Casa Branca (1932); e Padre Bento, em Gopouva (1928). Este último era um hospital psiquiátrico que foi comprado pelo governo do estado e adaptado para receber os doentes de hanseníase.

Estes asilos-colônia tiveram como objetivo inicial a proteção da população considerada sadia, caracterizando-se pela exclusão daqueles com diagnóstico de hanseníase. Ocupavam áreas extensas, a ponto de terem uma área rural com plantações e criação de animais.

Caracterizavam-se como instituições totais, cidades fechadas: tinham prefeito, policiamento interno, cadeia, cassino, cinema, igrejas, salão de bailes, campo de futebol, escola, armazém, bares, restaurante explorados pelos pacientes ou Caixa Beneficente<sup>1</sup>.

1 As Caixas Beneficentes surgiram por volta de 1930. Tinham como presidente o diretor do hospital e participação simbólica dos doentes, com a finalidade de gerenciar as doações da sociedade civil. Em 1973, os doentes por meio de ações impetradas na justiça pelo Dr.



Existiam oficinas de: mecânica de automóveis, marcenaria, sabão, entre outras. Neles, os recursos profissionais eram precários, sendo que os próprios doentes prestavam assistência (cuidados de enfermagem e outras atividades afins) uns aos outros, bem como serviços de pedreiro, escritório, carpinteiro, etc.

O governo, a partir do século XX, passou a controlar a epidemia com o isolamento compulsório<sup>2</sup> dos doentes em asilos-colônia, o que na época era considerado a única forma para o enfrentamento da doença. Embora a política governamental de isolamento estivesse pautada no conhecimento científico da época, defendia-se os interesses das classes dominantes.

A sociedade civil tinha grande preocupação com os filhos sadios dos doentes, e em 1913, por iniciativa de Anita Galvão, criou a Associação de Santa Terezinha com a missão de amparar as famílias dos doentes internos e de acolher suas crianças e recém-nascidos. Um segundo preventório foi criado em 1932, o de Jacareí, para abrigar as crianças com mais de 12 anos de idade.

Toda pessoa com diagnóstico de hanseníase era imediatamente levada para um dos asilos, de onde somente poderia sair com alta concedida pelo serviço médico oficial, o qual tinha a decisão sobre a vida de cada um.

Na década de 30, os serviços de profilaxia eram centralizados e uniformizados tendo sido legados à Inspetoria da Profilaxia da Lepra (IPL), sendo essa a necessidade para o controle da doença. Já em 1935, a citada Inspetoria foi desligada do Serviço Sanitário, surgindo então o Departamento da Profilaxia da Lepra (DPL), que apesar de subordinado à Secretaria da Educação e Saúde Pública tinha poder total e absoluto frente a situação.

Com a evolução da ciência e o advento da Sulfona em 1940, começaram a ocorrer mudanças nas ações governamentais. Em 1953, no VI Congresso Internacional de Leprologia em Madrid, foram traçadas novas diretrizes para as ações de controle: tratamento ambulatorial, internação seletiva, estímulo à pesquisa e assistência social aos doentes e familiares.

Dentro de um programa verticalizado, o Brasil deu início à implementação do tratamento ambulatorial, o que começou a ocorrer apesar das dificuldades de acei-

tação e resistência por parte dos próprios profissionais da saúde.

As mudanças governamentais foram implementadas paulatinamente e o isolamento compulsório foi abolido com o Decreto Federal normativo nº 962, de 1962. No entanto, os asilos-colônia do Estado de São Paulo abriram seus portões por volta de 1967, época em que ocorreu uma reforma administrativa no Estado e os novos gestores constataram que a situação era propícia para uma ampla reestruturação.

Tal movimento foi processado através de vários decretos, os quais foram resumidos da seguinte forma: dois colegiados para assessorar o Secretário de Estado com funções consultivas - o Conselho Estadual de Saúde (formado por líderes sociais ligados ao campo da saúde, que não eram servidores da Secretaria de Estado) e o Conselho Técnico (integrado por diretores dos principais órgãos). O único órgão de assistência social foi transferido para a recém-criada Secretaria da Promoção Social. Como órgãos executivos surgiram quatro Coordenadorias: de Saúde da Comunidade; de Assistência Hospitalar; de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados.

Contudo, pela amplitude das atividades, foi necessário a criação de duas coordenadorias de hospitais, com destaque às atividades de saúde mental. Desta feita, a então *lepra* deixou de ser gerenciada por um único órgão de poder absoluto e passou a ser objeto de atenção de diversas instâncias:

1. Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (DHDS) do Instituto de Saúde (T-S) da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados (CST) para a normatização das ações relacionadas à Hanseníase no Estado e a Seção de Elucidação e Diagnóstico da DHDS/T-S/CST/SES-SP para referência para diagnóstico e tratamento;
2. Centros de Saúde (CS) da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) da SES-SP para tratamento ambulatorial e intercorrências. No Estado, ligadas aos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs)
3. Hospitais de Dermatologia Sanitária (antigos asilos-colônia): internação para tratamento da hanseníase e suas intercorrências e/ou por condição social, além da Policlínica, um ambulatório para tratamento das intercorrências vinculados ao Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária (H-D) e Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH).

Essa passagem foi assumida pelo DPL. Logo a seguir o Prof. Rotberg assumiu a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, onde, fez transformações radicais, abrindo os portões dos antigos asilos-colônia a quem quisesse sair para o tratamento ambulatorial. Propôs nova

---

Fuad Abílio Abdala, passaram a ser contradados tornando-se parte da organização do governo.

2 O isolamento compulsório foi amplamente discutido pelos hansenologistas da época. Emílio Ribas defendia o isolamento humanitário (construção de asilo-colônia destinado aos doentes pobres em local de fácil acesso, facilitando a assistência médica e as pesquisas); um segundo grupo acreditava ser o isolamento insular o mais indicado; e um terceiro grupo defendia que todos deveriam ser isolados a partir do diagnóstico de hanseníase, não importando a forma clínica, a situação sócio-econômica e o estágio da doença, todos os doentes deveriam ser banidos da sociedade. Este último grupo acabou prevalecendo.



terminologia substituindo a palavra *lepra* por Hanseníase e derivados, com o intuito de minimizar os efeitos do estigma que tão fortemente acompanhava os doentes.

Nessa ocasião várias Secretarias de Saúde e escolas médicas do país adotaram a nova nomenclatura, baseada na Portaria nº 165, de 1976 do Ministério da Saúde. Contudo, o preconceito e a reinserção social do paciente não mudou, pois tal medida não se fez acompanhar por ações sociais e governamentais contundentes para as atividades de controle e tratamento, com estrutura de serviços eficientes e preparados para absorver a nova demanda. Somente em 1995 é que a nova nomenclatura se torna oficial na administração pública por lei assinada pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso e pelo então Ministro da Saúde Prof. Dr. Adib Jatene.

Após várias gestões e reformas administrativas na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo com a instalação do SUS, a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária ficou restrita ao Serviço de Referência em Hanseníase para a área metropolitana (antiga Seção de Elucidação e Diagnóstico). Assim, suas antigas atribuições passaram a ser absorvidas, em parte, pelo Grupo Especial de Desenvolvimento do Programa (GEPRO) de Hanseníase do Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde (CADAIS) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Após alguns anos, o CADAIS os GEPROs foram extintos.

A Hanseníase passou então a ser gerenciada como Programa (responsável pelas ações de controle) e como Divisão Técnica (responsável pela Vigilância Epidemiológica) na nova estrutura do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa (CIP).

Posteriormente, a CIP deu lugar à Coordenadoria de Controle das Doenças (CCD) e o CVE permaneceu subordinado à essa instância.

Hoje, a Hanseníase está inserida no CVE como Divisão Técnica, responsável tanto pelas ações do Programa de Controle da Hanseníase, assim como pela Vigilância Epidemiológica da doença.

Nesse espaço de tempo constatou-se que pouca coisa mudou com a proposta da nova nomenclatura. Assim também pouco aconteceu ocorreu com a recomendação da Portaria nº 165, referente a reestruturação dos hospitais-colônia que não foi implantada, e deu margem a propostas autoritárias de desativação dos mesmos. Isso, em parte ocorreu por falha de acompanhamento e supervisão da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) e negligência da Secretarias de Estado da Saúde (SES), segundo relatório do Comitê Técnico Social/DNDS/MS de 1989<sup>3</sup>.

O final dos anos 1960 e primeiros anos de 1970 têm importância ímpar na história da hanseníase, uma vez que os internados compulsoriamente nestes asilos-colônia passaram a ter a prerrogativa de deixar a instituição para fazer o tratamento ambulatorial e/ou em hospitais da rede. No entanto, muitos escolheram permanecer, por terem perdido o convívio social e familiar devido ao isolamento, o qual reforçando o estigma de *leproso*.

Já do lado de fora dos muros, os próprios ex-internos começaram a discutir sobre os seus direitos. Em 1981 fundaram o Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN), juntamente com familiares e profissionais envolvidos, como finalidade a luta pela reintegração social da pessoa atingida pela hanseníase.

Paralelamente, em meio à essas mudanças no Estado de São Paulo, na DNDS, em 1985, começaram as discussões com intuito de reformular as ações de controle da hanseníase contando com a participação de técnicos do nível local, central e representação dos pacientes por meio do MORHAN. Essas decisões foram tomadas de forma colegiada, submetidas à 8ª Conferência Nacional de Saúde com vistas ao estabelecimento de Diretrizes das ações de controle.

Este período deu início a uma nova fase de ação governamental e sociedade civil, em que técnicos das instituições se comprometeram com as necessidades dos pacientes, em conjunto com o MORHAN, assumindo as suas reivindicações, dentre elas, a de reestruturação dos 33 hospitais-colônia do país.

Com a implantação das Diretrizes foram criados 03 (três) Comitês: Técnico Científico, Técnico Operacional e Técnico Social, segundo Portaria nº 497, de 09/10/1987.

## Referências bibliográficas

- 1 FERREIRA, ME; ALVAREZ, CC. Relações em transformação: a percepção das famílias residentes no Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes sobre o processo de reestruturação. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.
- 2 MONTEIRO, YN. Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo. *Hansen int*, 1987; 12(1):1-7.
- 3 MONTEIRO, YN. Da maldição divina a exclusão social: um estado da hanseníase em São Paulo. 1995. 456f. Tese (Doutorado em Filosofia, Letras e Ciências Humanas) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- 4 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 165/Bsb, de 14 de maio de 1976. Ministério de Estado da Saúde, Brasília/DF, 1976.

3 Referência do texto: "Ação Governamental e Não Governamental na Reabilitação Social da Hanseníase", DNDS/SNPES/MS.

- 5 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 497, de 09 de outubro de 1987. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1987.
- 6 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final do diagnóstico da situação atual dos hospitais colônia. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; Brasília/DF; 2004.
- 7 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ação governamental e não governamental na reabilitação social da Hanseníase. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Dermatologia Sanitária/Ministério da Saúde.
- 8 OPROMOLLA, DVA,ed. Noções de Hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato. 2000.
- 9 SÃO PAULO. (Estado). Relatório final do Grupo de Trabalho da Resolução SS nº 355, de 16 de novembro de 1995. Programa de Controle de Hanseníase/Centro de Vigilância Epidemiológica/ Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, 1996.
- 10 SÃO PAULO (Estado). Resolução SS – 130, de 8 de outubro de 2001. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, 2001.

