

Paula Araujo Opromolla¹

Ruy Laurenti^{II}

Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica

Hansen's disease control in the State of São Paulo: a historical analysis

RESUMO

Para controle da hanseníase, doença infectocontagiosa conhecida desde os tempos bíblicos, são mostradas as intrincadas convergências de histórias nacionais, de políticas médicas, governamentais e internacionais. O estudo descreve a história e as ações de controle da hanseníase, a partir do começo do século XIX, no estado de São Paulo, e sua conexão com o desenvolvimento da saúde pública, utilizando análises bibliográficas e documentais.

DESCRITORES: Hanseníase, prevenção & controle. Controle de Doenças Transmissíveis, história. Vigilância Epidemiológica, história. Revisão.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious contagious disease known since Biblical times. Global effort for disease control reveals intricate convergences of national history and of medical, governmental, and international policies. The study describes the history of Hansen's disease and control actions undertaken in the state of São Paulo starting in the 19th century and its connection with the development of public health in that state, by means of a bibliographic and documental analysis.

DESCRIPTORS: Leprosy, prevention & control. Communicable Disease Control, history. Epidemiologic Surveillance, history. Review.

¹ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Paula Araujo Opromolla
Av. Dr. Arnaldo, 351; 6º andar, sala 618
Cerqueira Cesar
01246-902 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: opromolla@saude.sp.gov.br

Recebido: 6/11/2009

Aprovado: 27/6/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

A poliquimioterapia (PQT), introduzida como tratamento padrão para a hanseníase em 1981,²⁹ foi responsável pela redução significativa da carga global dessa enfermidade nas últimas duas décadas. Entretanto, novos casos continuam a surgir em países endêmicos e a hanseníase ainda é a principal causa de incapacidade física permanente entre as doenças infectocontagiosas.^a Dessa forma, há necessidade de prevenção e vigilância constantes para monitorar e lidar com as recidivas, a possível resistência aos medicamentos e mesmo o ressurgimento de novos casos.

Há regiões no Brasil em que a detecção de casos novos permanece aumentando, como Centro-Oeste, Norte e Nordeste.^{10,11,13,20}

Impressiona o alcance global do trabalho realizado contra a hanseníase e a complexidade das questões suscitadas, mostrando intrincadas convergências de histórias nacionais, de políticas médicas, governamentais e internacionais.²⁴

A história da luta contra a hanseníase no estado de São Paulo foi ímpar,^b assim como todo o movimento sanitário, incomum na história da saúde mundial, devido à maneira com que se desenvolveu e a rapidez com que foi implementado. A campanha foi similar, em alguns aspectos, à política de saúde desenvolvida por Bismark na Alemanha.²

Diante dessas questões, o presente artigo objetivou descrever a história e as ações de controle da hanseníase em São Paulo, a partir do começo do século XIX, e sua conexão com a implantação e o desenvolvimento da saúde pública no estado. Partindo-se do marco histórico da descoberta do efetivo tratamento da hanseníase, a sulfona, dividiu-se o período em era pré-sulfônica, sulfônica e poliquimioterapia. As informações apresentadas baseiam-se em revisões bibliográficas e documentais, não exaustivas, de relatórios oficiais, livros, teses e periódicos científicos da área de saúde pública, história da medicina, em especial da hanseníase, sobretudo no estado de São Paulo.

ERA PRÉ-SULFÔNICA

Conhecida desde os tempos bíblicos, a hanseníase possui muitos registros em textos de 500 a.C. na Índia, onde ainda é prevalente, no sudeste asiático, na China e nos países da África.^{3,17,28} Os primeiros casos de hanseníase na Europa podem ter sido trazidos pelas tropas de Alexandre, o Grande, aproximadamente, no

ano 300 a.C. Na Idade Média, a doença atingiu altos níveis nos países europeus, provavelmente com o afluxo de portadores de hanseníase durante as Cruzadas. Por volta do século XV, houve diminuição do número de doentes em quase toda a Europa e um dos últimos lazaretos, dos muitos existentes, foi fechado em 1772 na Inglaterra. No entanto, no século XVII ainda persistiam alguns focos da doença na Espanha, Portugal, Itália, Grécia e Rússia.^{3,28}

Em meados do século XVI, a hanseníase foi trazida para o continente americano pelos imigrantes europeus e, mais tarde, também pelos escravos africanos.¹⁶

O primeiro documento que comprova a presença da doença no Brasil data de 4 de dezembro de 1697, no qual a Câmara do Rio de Janeiro pede a Portugal a instalação de um lazareto na Igreja da Conceição, devido ao grande número de hansenianos na cidade.^c

Hanseníase no Estado de São Paulo

São Paulo era considerado um “caso particular e especial”, “nó de comunicações” e “zona de passagem”, precocemente ocupada e, pelas mesmas razões, estagnado e decadente até o fim do século XVIII pela provável dificuldade de acesso, decorrente de sua localização geográfica. Nesse período, o estabelecimento da lavoura canavieira voltada ao comércio com o Reino iniciou um período de prosperidade e começam a aparecer documentos a respeito de portadores de hanseníase na região.^{16,23}

Em 1820, o primeiro censo da Capitania de São Paulo notificou 538 doentes em 24 vilas da Capitania, principalmente na região do Vale do Paraíba.¹⁶ São Paulo tornou-se província em 1821 e o Paraná fazia parte de seu território até 1853 (Figura 1).

A partir desse primeiro censo, seguiram-se os de 1851 (849 doentes), 1874 (466 doentes) e 1887 (373 doentes). Observa-se na Figura 1 o aumento das áreas atingidas pela doença, coincidindo com o grande desenvolvimento agrícola da região e o afluxo de imigrantes europeus para São Paulo. Segundo Maurano¹⁶ (1939), de 1865 a 1885, a Província de São Paulo foi “riscada de estradas de ferro, reclamadas pelo contínuo desenvolvimento da agricultura cafeeira”. Esses movimentos populacionais podem ter contribuído para o alastramento de doentes na região, relacionando o crescimento das áreas acometidas com o processo de colonização do Estado.

^a World Health Organization. Report of the global forum on elimination of leprosy as a public health problem [Internet]. Geneva; 2006 [citado 2007 mai 1]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_CDS_NTD_2006.4_eng.pdf

^b Monteiro YN. Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP; 1995.

^c Souza Campos N. História da endemia leprótica em São Paulo. São Paulo; 1942.

No início da década de 1900, autoridades paulistas preocupavam-se com os fluxos migratórios provenientes de regiões endêmicas. Estimava-se, em 1907, cerca de 2.000 doentes no estado.¹⁵

Do início da República até fins de 1917, em São Paulo, as ações de saúde se baseavam principalmente nas da polícia sanitária, pelas campanhas e pela pesquisa em saúde pública.^d A profilaxia da hanseníase no estado não tinha um plano organizado, nenhum órgão encarregado dela. Somente a partir de dezembro de 1917, com a lei 1.582, começou a organização de ações para combate à doença; até então, alguns municípios possuíam “lazaretos” (praticamente depósitos de doentes) subvencionados pelo governo estadual.¹⁶

Em fins de 1919, o presidente Epitácio Pessoa propôs ao Congresso Nacional a organização e criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Isso foi consequência da visão de Belisário Penna²² sobre a relação entre doença, política e sociedade no Brasil e o papel do governo federal na condução de políticas de saneamento e saúde pública. Assim começou a ser gestado o modelo centralizado de tratamento do hanseniano.⁹

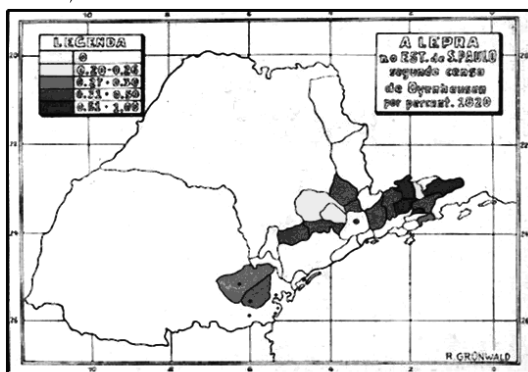
Na Conferência Americana de Lepra, em 1922, foi decidido o isolamento dos hansenianos, medida defendida

na Europa desde 1897,^e que culminou com a publicação do Decreto Federal de nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, dispondo sobre o isolamento dos doentes.²⁵

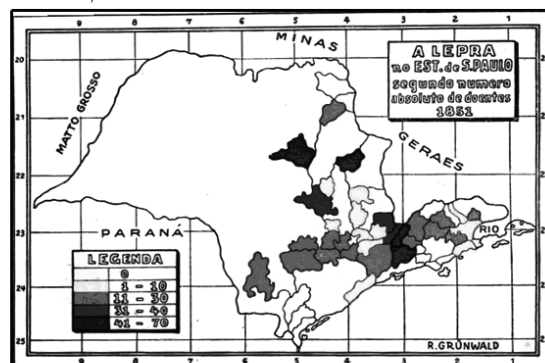
Em São Paulo, naquele período, organizaram-se censos dos doentes com os seguintes resultados: em 1923, 4.115; em 1925, 9.000; em 1926, 10.640, em 1927, 8.000 a 10.000, considerando-se somente os doentes com nome completo e moradia certa. Com esse panorama, em 1925, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra, o primeiro órgão público estadual especializado em hanseníase.^{15,16} Em dezembro de 1929, foi determinada a construção de sanatórios, hospitais para “doentes de classe” e ampliada a organização da Inspetoria de Profilaxia da Lepra.

No início da década de 1930, em São Paulo, as mudanças nas orientações da política econômica repercutiram. O processo de modernização e a retomada da industrialização refletiram-se na criação de instituições de pesquisa e tecnologia que constituiriam a base para o progresso do Estado. Contudo, nesse período, não houve um plano geral de saúde pública para o Estado, mas vários planos especializados, que incrementaram as atividades de alguns setores específicos, como o da hanseníase.

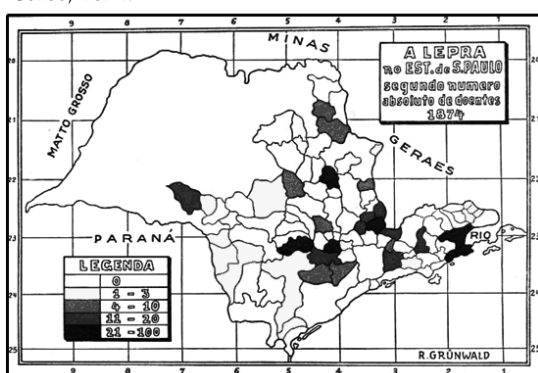
Censo, 1820.



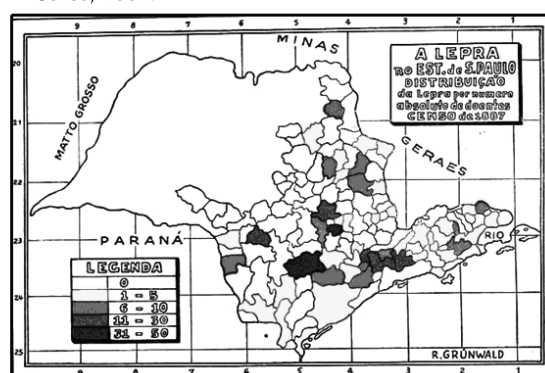
Censo, 1851.



Censo, 1874.

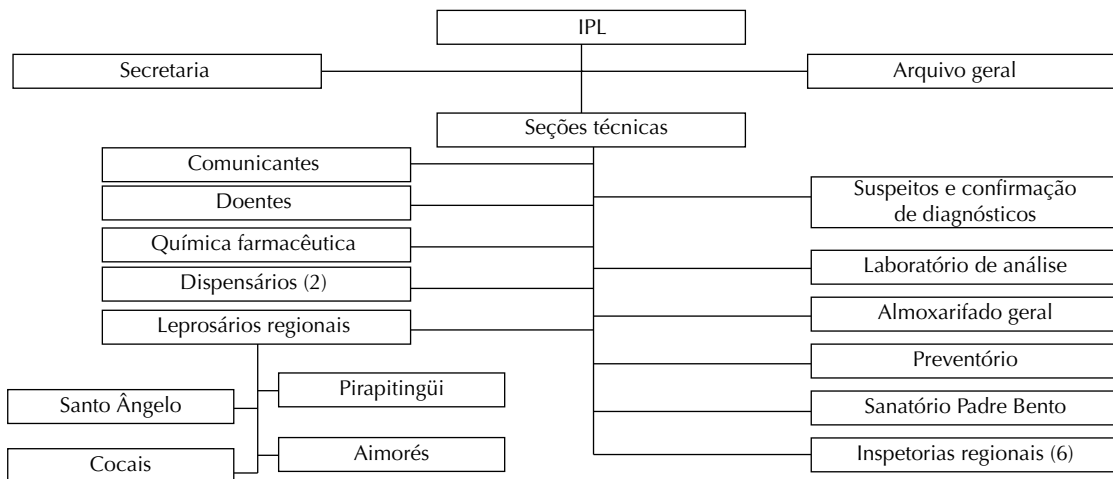


Censo, 1887.



Fonte: Maurano¹⁶

Figura 1. A hanseníase no Estado de São Paulo, segundo os censos de 1820, 1851, 1874 e de 1887.



Fonte: Decreto Estadual 4.891, de 13 de fev. de 1931 - Reorganiza o Serviço Sanitário do Estado. Art. 85 - Da Inspetoria de Profilaxia da Lepra.

Figura 2. Organograma da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, 1931.

A Inspetoria de Profilaxia da Lepra, em 1931, teve a organização conforme a Figura 2.

Com essa organização, o Serviço Central controlava rigorosamente a situação da hanseníase em São Paulo. A direção do serviço era feita por um inspetor-chefe, subordinado ao Diretor Geral do Serviço Sanitário. Essa direção estendia-se a todos os leprosários do estado, ambulatórios, preventórios e inspetorias regionais, e era auxiliada por um inspetor-auxiliar, que acumulava essa função com a de médico da Seção de Elucidação de Diagnóstico. O inspetor-chefe controlava o movimento de todos os leprosários, por meio de boletins diários sobre internamentos, fugas, falecimentos e ocorrências; e boletins semanais a respeito de tratamento específico e geral, como gastos de medicamento, entre outros; fornecimento aos asilos e construções. Enfim, o inspetor-chefe tinha o controle absoluto de todas as seções, serviços e informações referentes aos doentes.²⁶

O arquivo de Inspetoria era organizado de modo a fornecer qualquer informação sobre um doente ou pessoa examinada em qualquer das Seções do Serviço. Esse arquivo geral era feito por ficha-cartão de cores variadas, que indicavam se o doente era suspeito, negativo ou portador. Além de conter o registro geral das pessoas examinadas, havia, para os doentes, um índice de residência, por ruas, na capital, por cidades, no interior, índice de foco nas mesmas condições e, por sinais apostos à margem da ficha, sabia-se se a pessoa estava internada ou tinha falecido.²⁶

O Decreto Estadual nº 7.070, de 06/04/1935, transformou a Inspetoria de Profilaxia da Lepra em um departamento diretamente ligado à Secretaria da Saúde, o Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), e as informações sobre os doentes passaram a ser centralizadas nesse órgão.^{d,f}

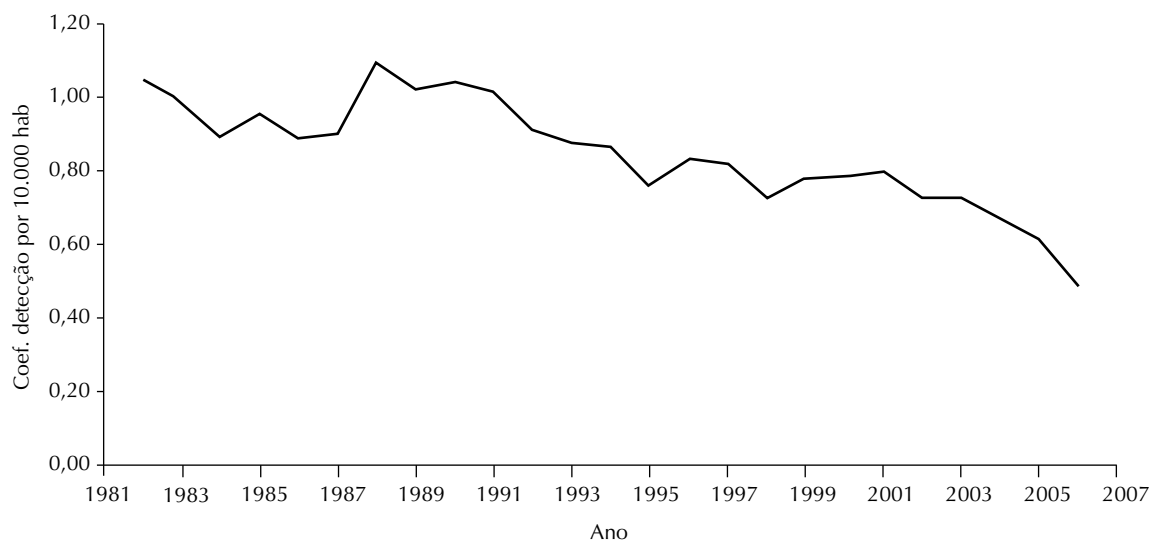
No final da década de 1930, estava fortemente consolidado o modelo isolacionista paulista com seu serviço profilático e, nos meios científicos, São Paulo era considerado centro de excelência em leprologia. Recebia profissionais de diferentes países para conhecer o programa e os leprologistas paulistas, com frequência, eram convidados para prestar assessoria aos serviços médicos de outros países, em especial aos da América Latina.¹⁸

A I Conferência Nacional de Saúde, em 1941, tinha como um dos seus temas centrais a luta contra a hanseníase. No mesmo ano, em 2 de abril, o Decreto-lei nº 3171 reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde. O exame do organograma de 1942 desse departamento revela uma estruturação voltada para doenças específicas, naquele momento, organizadas por serviços nacionais: de febre amarela, malária (ao qual se subordinavam ações profiláticas contra doença de Chagas e esquistossomose), câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais. Nesse contexto foi criado o Serviço Nacional de Lepra (SNL), órgão de orientação técnica, coordenação e controle das atividades públicas e privadas relativas à lepra.²⁵

^d Mascarenhas RS. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo [tese de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1949.

^e I Conferência sobre Lepra, Berlim, Alemanha, 1897.

^f Nemes MIB. 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) [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1989.



Fonte: Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase, Centro de Vigilância Epidemiológica "Alexandre Vranjac" – SES-SP, 2007.

Figura 3. Coeficiente de detecção de hanseníase, 1981-2006.

Essa estrutura verticalizada e organizada por doenças é uma das características da história da saúde pública no Brasil que se manteria nos anos posteriores.¹²

O diagnóstico da hanseníase era uma questão relevante para a política de isolamento dos doentes; os médicos eram os responsáveis pelo diagnóstico do indivíduo. Eram eles que confirmavam ou não o caso, a partir de sinais e sintomas pré-definidos próprios da doença, juntamente com a positividade de exames baciloscópicos. O Estado realizava o diagnóstico epidemiológico a partir dos casos positivados de lepra, levados ao conhecimento público por intermédio dos censos. A dimensão do problema era confirmada a partir desse diagnóstico epidemiológico. A decisão de isolar os doentes era estadual e estava presente na legislação em vigor no período.⁸

Geralmente, as instituições para isolamento eram criadas ou mantidas pelo poder público. Em São Paulo, somente os médicos do DPL tinham permissão de tratar os doentes de lepra após o diagnóstico positivo. Os médicos que não estivessem vinculados ao DPL não tinham essa permissão e, ainda, eram punidos, caso realizassem diagnóstico ou mesmo o tratamento dos doentes. Essa política foi adotada no Estado de São Paulo para que as informações de todos os doentes de lepra do estado fossem armazenadas em um único arquivo.^{18,9} Os médicos paulistas eram obrigados por lei a fazer a notificação do doente de lepra ao DPL.

Os cidadãos poderiam, também, fazer uma denúncia anônima e o DPL encarregava-se de “caçá-los” e isolá-los nos asilos-colônia.^b

ERA SULFÔNICA

Em 1943, Faget apresentou os resultados obtidos com uma sulfona dissustituída (Promin) que passou a ser o tratamento básico da doença.⁵

No Brasil, as sulfonas começaram a ser utilizadas em 1944, nos pacientes do asilo-colônia Padre Bento, em Guarulhos, SP.^{4,27} Em abril de 1948, no 5º Congresso Internacional de Lepra de Havana, Cuba, iniciavam-se discussões sobre internações compulsórias, alta de doentes e transferência para tratamento em dispensários, devido aos resultados promissores do tratamento com a sulfona.

No entanto, até janeiro de 1950, com a edição da Lei Federal 1.045, de 02/01/1950, que dispunha sobre a concessão de alta aos doentes de lepra, e a Portaria nº 11, de 08/03/1950, do Serviço Nacional de Lepra, que regulamentava essa lei, o SNL não havia mudado sua orientação, mantendo, como política pública de saúde, o isolamento dos hansenianos.²⁵

Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde foi desmembrado,^h criando-se o Ministério da Saúde. A separação entre educação e saúde permitiu maior

⁸ Cunha VS. O isolamento compulsório em questão; políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941) [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz da FIOCRUZ; 2005.

^h Brasil. Lei n. 1.920 de 25 de julho de 1953, regulamentada pelo Decreto n. 34.596, de 16/11/1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências *Diário Oficial Uniao*. 29 jul 1953[citado 2007 Jan5];Seção1:13193. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=109070>

independência e autonomia no que se refere às políticas públicas nacionais de saúde. Não houve grandes alterações daquelas anteriormente implementadas, mantendo-se o funcionamento dos Serviços Nacionais. Com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais, integrante do Departamento Nacional de Saúde, em 1956, a estrutura montada durante o Estado Novo teve incorporação ou supressão de alguns dos serviços nacionais.

No 6º Congresso Internacional de Lepra, realizado em Madri, em 1953, defendia-se que o isolamento deveria ser seletivo e incluir medidas de propaganda e educação sanitária de forma a prevenir o contágio.¹ O combate às leis de exclusão, sobretudo o isolamento, firmou-se no 7º Congresso Internacional de Lepra realizado em Tóquio, em 1958. O isolamento foi definido como medida anacrônica, sem nenhuma influência no tratamento e insuficiente para curar ou minorar os avanços da doença. Pela primeira vez, os medicamentos foram priorizados como medida básica de profilaxia da lepra e no Brasil, naquele mesmo ano, pesquisadores, entre eles Ernani Agrícola, começaram a defender o fim do isolamento compulsório dos doentes.

O fim do isolamento obrigatório dos doentes no Brasil ocorreu em 1962 por intermédio de um decreto federal.¹ No entanto, em São Paulo, com a justificativa de que “um decreto não poderia revogar uma lei (a lei nº 610 datava de 1949 e fixava as normas de profilaxia da lepra, na qual o isolamento aparecia como medida a ser executada a todos os doentes contagiantes e àqueles que constituíssem ameaça à população sadia, pelas suas condições e hábitos de vida, e pela sua insubmissão às medidas sanitárias)”, ainda em vigor, o DPL continuou realizando internações dos doentes até 1967, como pode ser observado pelas palavras do Prof. Abraão Rotberg:²

“O Estado de São Paulo simplesmente não ouvia o Serviço Federal, do ponto de vista da legislação. Não atendeu a tal norma 968 e continuava isolando a todo o vapor; violentamente. Nem o isolamento seletivo era observado... Eles não conseguiam fazer com que São Paulo obedecesse”.

A Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo,³ em 1969, baseava-se em diretrizes de integração de serviços no nível local, de regionalização executiva e centralização normativa

das ações de saúde. Essa reforma extinguiu o DPL e criou a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, ligada ao Instituto de Saúde e com funções na área técnica, substituindo a Divisão Técnica Auxiliar do DPL. Os antigos sanatórios especializados foram transformados em Hospitais de Dermatologia Sanitária e subordinados à administração da Coordenadoria de Assistência Hospitalar, para progressiva desativação como hospitais de hanseníase.^{4,1}

A atenção ao doente de hanseníase e a maior responsabilidade no controle da endemia foram transferidas para a rede de unidades sanitárias da Coordenadoria de Saúde da Comunidade. No município de São Paulo, os dez dispensários transformaram-se em “Áreas Especializadas” de Dermatologia Sanitária, todas sediadas em unidades sanitárias de rede estadual.^{6,7,1}

A reforma promoveu a descentralização técnico-administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a centralização normativa de todas as ações executivas num órgão central denominado Centro de Saúde que, até então, estavam sob a responsabilidade de 25 serviços especializados, de caráter “vertical”, criados a partir da década de 1930.^m

Como parte do Programa de Assistência à Gestante, à Criança e ao Adulto, a Secretaria da Saúde do Estado elaborou, em 1976, o Subprograma de Controle da Hanseníase de São Paulo (SPCH), que se propunha “desenvolver junto à população pertencente à área de atuação das suas diversas unidades, ações integradas de saúde visando à redução dos riscos de infecção e de morbidade por Hanseníase”.ⁿ

Segundo Nemes^f (1989), “perdendo suas antigas peculiaridades, será nesse momento que a hanseníase aproximar-se-á do estatuto de doença como as outras”.

Em 1970º o termo “lepra” e derivados foram abolidos oficialmente na terminologia oficial da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Essa medida proposta pelo Prof. Abraão Rotberg foi corroborada pelo então secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Dr. Valter Leser, e pelo comitê técnico desse órgão, que publicou uma resolução determinando a criação de novo vocábulo para classificar essa doença. Desde então, a doença passou a denominar-se oficialmente hanseníase para a SES de São Paulo.^{1,8}

¹ Asociación Internacional de La Lepra. Memorial Del 6º Congreso Internacional de Leprologia, 1954. Madri, 1953.

¹ Brasil. Conselho de Ministros. Decreto n. 968, de 7 de maio de 1962. Baixa normas técnicas especiais para o combate a lepra no país e dá outras providências. *Diário Oficial União*, 9 maio 1962; Seção I, parte I:5113-4. Revogado em 1976 pelo decreto n. 77.513 de 29 de março de 1976.

^k Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Reforma administrativa: textos legais e regulamentares, 1967/70. São Paulo; 1972.

^l Lombardi C. Situação da endemia da hanseníase no município de São Paulo, Brasil (1976-1977) [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1978.

^m Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de Saúde Pública [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

ⁿ Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Subprograma de Controle da Hanseníase. São Paulo; 1976.

^o São Paulo (Estado). Deliberação SS/CTA nº. 7, de 10 de dezembro de 1970. Terminologia referente à hanseníase. *Diário Oficial Estado São Paulo*. 11 dez 1970.p. 35

Em 1975, no Governo Geisel, o Ministério da Saúde do Brasil adotou o termo “hanseníase”²¹; gradativamente, essa nova terminologia também foi aceita pelos demais serviços médicos e, em 29 de março de 1995, pela Lei federal nº 9.010, tornou-se obrigatório o uso da terminologia hanseníase em substituição ao termo “lepra” em todos os documentos oficiais.²¹

O decreto federal 968 foi revogado em 1976 e a matéria intitulada “política de controle da hanseníase” foi regulamentada pela Portaria nº 165/BSB, de 14/05/1976,^p que determinou o fim do isolamento seletivo dos pacientes e o atendimento passou a ser ambulatorial.

No Estado de São Paulo, em 1978, o controle de doenças transmissíveis foi reorganizado e implantado o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) após reestruturação formulada pelo nível federal.^q Com a reforma administrativa da SES-SP, de 1985/86, a coordenação do SVE no nível estadual passou a ser feita pelo Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), mas sem novas normas nem treinamento de pessoal para tratamento e controle de hanseníase.

ERA DA POLIQUIMIOTERAPIA

Em âmbito nacional, o debate sobre a descentralização das ações de controle da hanseníase nos municípios do País teve início em 1985, com a reestruturação do sistema de saúde. Com a prioridade dada ao Programa de Hanseníase pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNEPS), novas estratégias foram elaboradas, com o objetivo de aumentar a cobertura e a melhoria da atenção ao portador de hanseníase. Até então a assistência a esse grupo de doentes era oferecida nas unidades estaduais de saúde, instaladas em alguns municípios.^r

Nas grandes discussões e mudanças que vinham ocorrendo na política de saúde nacional, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária elaborou os “Projetos de Intervenção para o quinquênio 1986-1990”. Esses projetos, na perspectiva da reforma sanitária, visaram à descentralização e integração do programa na rede de serviços de saúde, à implementação e à sistematização de todas as ações de controle, de acordo com a complexidade dos serviços de saúde, com o apoio dos organismos internacionais. Aproveitou-se o momento político para implantar/programar o tratamento com a

PQT nas unidades de saúde, de acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde.^{29,s}

Para assessorar a execução do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) de São Paulo, em 1987, foi criado o Centro de Apoio e Desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (Cadais), que continha o Grupo Especial de Programa (Gepro) da hanseníase. O Gepro passou a desenvolver intensa programação de treinamento de pessoal, revisão e implantação de normas, previsão e controle de medicamentos, municipalização das ações de controle da hanseníase e participação do projeto piloto de implantação gradual dos esquemas poliquimioterápicos.¹⁹

Em 1990, o Estado de São Paulo tinha 40.420 doentes em registro ativo com coeficiente de prevalência de 11,60 por 10.000 habitantes, resultado de muitos anos de acumulação de casos e número muito reduzido de doentes curados.¹⁹

Somente a partir de 1994, com as novas mudanças estruturais na SES-SP, extinção do Cadais e Gepro, os profissionais de controle da hanseníase foram transferidos para o CVE e continuaram a desenvolver a capacitação de pessoal, revisão e expedição de normas técnicas, desenvolvimento e implementação de novas tecnologias geradas nas academias ou em projetos operacionais e assessoria contínua no processo de municipalização e consolidação das ações de controle da hanseníase no Sistema Único de Saúde (SUS) – SP.

De 1981 a 2006 houve acentuada queda nos coeficientes de detecção de hanseníase no estado de São Paulo (Figura 3).

Apesar dos avanços técnico-científicos e das transformações econômicas, sociais e políticas na sociedade brasileira, o controle da hanseníase não tem sido fácil.

Atualmente, a descentralização do diagnóstico e o manejo de complicações, incluindo o tratamento e reabilitação de incapacidades, constituem os eixos norteadores no enfrentamento e controle da doença. No entanto, ainda há número considerável de municípios em São Paulo que mantêm a cadeia de transmissão da doença. Em 2007, foram detectados 2.044 casos novos de hanseníase, com um coeficiente de detecção de 0,49 por 10.000 habitantes, sendo 83 casos em menores de 15 anos (0,8 por 10.000 habitantes).

^p Ministério da Saúde. Portaria nº. 165/BSB de 14/05/1976. Estabelece política de controle da hanseníase. *Diário Oficial Uniao*. 11 jun 1976; Seção I:8301. Revogada integralmente pela Portaria n. 498 de 9 de outubro de 1987.

^q Brasil. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 31 out 1975; Seção I (Pt1):4433-4.

^r Moreira TMA. Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ; 2002.

^s Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Hansen’s disease: gradual setting up multidrug therapy in Brazil. Brasília, DF; 1988.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, as doenças passam a ser alvo de maior atenção por parte dos governos quando têm repercussão econômica ou social; por isso a escolha da hanseníase, devido à carga de preconceitos relacionada à doença, para descrever a história da saúde pública no Estado de São Paulo.

No campo da hansenologia, além da contribuição de grandes hansenologistas do Rio de Janeiro, um grupo de pesquisadores do antigo DPL da SES-SP continuou seus trabalhos, mesmo após a extinção do DPL, e muito contribuiu para o conhecimento sobre a patologia da hanseníase. Entre 1930 e 1960, desenvolveu-se em São Paulo intensa atividade científica, na área da hansenologia, que transbordou para outros estados e para fora do Brasil. O Dr. Luiz Marino Bechelli, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, foi, durante uma década (1962-1972), responsável pelo serviço de leprologia da Organização Mundial da Saúde, em Genebra. O uso da rifampicina, antibiótico semi-sintético pertencente ao grupo das rifamicinas SV, que até hoje é o pilar maior do efetivo tratamento da hanseníase, ocorreu em 1963 com os trabalhos de Opromolla.[†]

Atualmente, o diagnóstico e o tratamento da hanseníase são simples e estão disponíveis gratuitamente nos serviços de saúde; apesar da redução significativa da carga da doença associada à prevalência da hanseníase, que foi conseguida por meio de estratégia bem elaborada e de esforço unificado, novos casos continuam a surgir e ainda deverá ser assim por muitos anos ou, pelo menos, nas próximas décadas.

O desafio é manter a qualidade dos serviços de hanseníase e assegurar que todas as pessoas afetadas pela doença, independentemente de onde morem, tenham igual oportunidade de ser diagnosticadas e tratadas por profissionais da área de saúde competentes.

A Divisão de Hanseníase do Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac”, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, mantém com outros estados da União uma rede de informação para a vigilância de contatos, acionando as vigilâncias epidemiológicas para a busca dos familiares de casos detectados no estado. Além disso, desde 2001, é feito um censo, bianual, das incapacidades apresentadas pelos casos de hanseníase em tratamento ou que já receberam alta nos últimos três anos, mas que ainda demandam atenção especializada da rede de saúde.

[†] Opromolla DVA. Primeiros resultados com a “Rifamicina SV” na lepra lepromatosa. In: Congresso Internacional de Leprologia, 8º, Rio de Janeiro, 1963. Anais. Rio de Janeiro, Serviço Nacional de Lepra, 1963. v. 2, p. 346-55.

REFERÊNCIAS

1. Bechelli LM. Advances in leprosy control in the last 100 years. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 1973;41(3):285-97.
2. Blount JA III. A administração da saúde pública no Estado de São Paulo: o Serviço Sanitário, 1892-1918. *Rev Adm Empres.* 1972;12(4):40-8.
3. Dharmendra. Leprosy. Bombay: Kothari Medical Publishing House; 1978.
4. Diniz O. Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil. *Bol Serv Nac Lepra.* 1960;19(1):7-135.
5. Faget GH, Pogge RC, Johansen FA, Dinan JF, Prejean BM, Eccles CG. The promin treatment of leprosy. a progress report. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 1966;34(3):298-310.
6. Favero W. Integração das tarefas de controle da endemia leprótica nas atividades rotineiras das unidades de saúde. *Bol Div Nac Lepra.* 1974;33(1-4):1-2.
7. Favero W. Subsídios para o planejamento e programação das atividades de controle da lepra no Brasil. *Bol Div Nac Lepra.* 1970;29(3-4):47-74.
8. Forgerini E, Rossini C, organizadores. Mestres da dermatologia paulista. São Paulo: Editora JSN; 2002.
9. Hochman G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS; 1998.
10. Ignotti E, Rodrigues AM, Andrade VLG, Valente JG. Aplicação de métodos de estimativas de Hanseníase no Estado de Mato Grosso. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(2):155-66. DOI:10.1590/S1415-790X2004000200005
11. Lapa TM, Albuquerque MFPM, Carvalho MS, Silveira Júnior JC. Análise da demanda de casos de Hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial. *Cad Saude Publica.* 2006;22(12):2575-83. DOI:10.1590/S0102-311X2006001200008
12. Lima NT. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman J, organizador. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.24-116.
13. Magalhães MCC, Iñiguez Rojas L. Evolución de la endemia de la lepra en Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(4):342-55. DOI:10.1590/S1415-790X2005000400003
14. Mascarenhas RS. História da saúde pública no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1):3-19. DOI:10.1590/S0034-89102006000100002
15. Maurano F. Distribuição da lepra no Brasil e em cada uma das suas unidades federadas. In: Serviço Nacional de Lepra. Tratado de leprologia. Rio de Janeiro; 1950. v.1, Tomo I. p.33-55.
16. Maurano F. História da lepra em São Paulo. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 1939.
17. Monot M, Honoré N, Garnier T, Araoz R, Coppée JY, Lacroix C, et al. On the origin of leprosy. *Science.* 2005;308(5724):1040-2. DOI:10.1126/science/1109759
18. Monteiro YN. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2003;10 (Suppl 1):95-121. DOI:10.1590/S0104-59702003000400005
19. Nogueira W. O Programa de Controle da Hanseníase e os 15 anos do Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. *Bol Inform CVE.* 2002; edição comemorativa. p.32-5.
20. Opromolla PA, Dalben I, Cardim M. Análise geoestatística dos casos de hanseníase no Estado de São Paulo, 1992-2002. *Rev Saude Publica.* 2006;40(5):907-13. DOI:10.1590/S0034-89102006000600022
21. Opromolla PA, Martelli ACC. A terminologia relativa à hanseníase. *An Bras Dermatol.* 2005;80(3):293-4. DOI:10.1590/S0365-05962005000300011
22. Penna B. Saneamento do Brasil. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais; 1918.
23. Prado Jr C. Formação do Brasil contemporâneo: Colônia. 23.ed. São Paulo: Brasiliense; 1994.
24. Robertson, J. Editor's note. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2003;10(Suppl 1). DOI:10.1590/S0104-59702003000400001
25. Rodrigues BA. Fundamentos de administração sanitária. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 1967.
26. Souza Campos N. A campanha contra a lepra no Estado de São Paulo. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1934;13(5):480-92.
27. Talhari S, Neves RG. Hanseníase. 3. ed. Manaus: Gráfica Tropical; 1997.
28. Trautman JR. The history of leprosy. In: Hastings RC, organizer. Leprosy. 2.ed. London: Churchill; 1994. p.11-25.
29. World Health Organization. Study Group Chemotherapy of Leprosy for Control Programme. Report. Geneva; 1982. (WHO Technical Reports Series, 675).

Artigo baseado na tese de doutorado de Opromolla PA, apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2007.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.