

## HANSENÍASE: A LEPROA SOB A MIRA DA LEI

José Leopoldo Ferreira ANTUNES\*  
Olaivo Viana COSTA\*\*  
Maria Helena Oliva AUGUSTO\*\*\*

RIALA6/640

ANTUNES, J.L.F.; COSTA, O.V.; AUGUSTO, M.H.O. — Hanseníase: a lepra sob a mira da lei. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 48(1/2):29-36, 1988.

**RESUMO:** O presente estudo expõe e analisa a evolução recente das políticas públicas a nível federal que incidem sobre o controle e combate às moléstias infecto-contagiosas em geral, e à hanseníase em particular. Com essa finalidade são coligidos e apresentados os conteúdos de uma série de documentos legais integrantes da Legislação Sanitária Federal, que foram sancionados pelo Congresso Nacional, ou emitidos pelas agências do Poder Executivo Central incumbidas da promoção, preservação e recuperação da saúde no Brasil. A discussão das ações e medidas de iniciativa pública visando à profilaxia e assistência das doenças infecciosas possibilitou a apreensão de uma mudança na orientação da intervenção estatal no setor saúde, ocorrida em meados da década passada. Expressa de modo sintético pela alteração da nomenclatura oficial relativa à hanseníase/lepra, a nova postura da rede de Saúde Pública é tematizada criticamente por sua tentativa em objetivar e instituir na sociedade brasileira a noção de "Estado benfeitor".

**DESCRITORES:** hanseníase, legislação sanitária federal brasileira; moléstias transmissíveis, assistência, profilaxia; lepra; doenças transmissíveis.

### APRESENTAÇÃO

Embora o impacto da ação governamental sobre as condições reais de saúde da população seja um tema clássico das disciplinas e discussões que enfocam questões de saúde coletiva, a colaboração destas iniciativas à instituição do Estado brasileiro parece ter sido negligenciada, e a literatura sanitária tem se limitado à abordagem das configurações inusitadas e alarmantes que, ao longo da história, implicaram em medidas mais severas. O trabalho que ora se apresenta não pretende suprir essa necessidade, mas apenas apontá-la num tópico onde ela — seja pelo vulto cotidiano e ordinário da intervenção estatal, seja pela ausência de reações sociais expressivas — não fora reconhecida: o controle e profilaxia das doenças infecciosas em geral, e da hanseníase em particular.

O presente estudo tem por escopo indicar a evolução recente das políticas públicas que incidem sobre o combate às moléstias transmissíveis, e o sentido que imprimem à ação do Estado no setor saúde. A atenção oficial à hanseníase é focalizada a título de estudo de caso ilustrativo e esclarecedor da problemática levantada. Com esse intuito, selecionamos e discutimos uma série de dispositivos legais integrantes da Legislação Sanitária Federal que visavam à promoção, preservação e recuperação da saúde no Brasil, e que foram regulamentados nas últimas décadas.

A coleta de textos legais foi efetuada junto ao Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo — SIBI/USP e ao Serviço de Documentação da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; e para a reprodução e processamento in-

\* Pesquisador Científico do Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP.

\*\* Analista de Dados da Fundação SEADE, São Paulo, SP.

\*\*\* Professora Assistente-Doutora do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas — FFLCH/USP, São Paulo, SP.

formático dos arquivos contamos com o subsídio da Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS. Para facilitar a consulta de eventuais leitores com interesses específicos na problemática levantada, grifamos o código de acesso de cada documento legal apenas na primeira vez em que ele fora mencionado.

#### QUADRO EXPOSITIVO DA LEGISLAÇÃO SANITÁRIA FEDERAL

Um primeiro momento delimitado para a análise é inaugurado pela *Lei N.º 2.312*, de 3 de setembro de 1954, já revogada, que instituiu normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Se, desde o Império, a ação sanitária do Estado brasileiro sempre se pautou por inúmeras atividades de polícia civil e pelo controle da vida em cidades<sup>1</sup>, esse instrumento legal, sem fugir à regra, procurava amenizar o caráter coercivo da iniciativa pública no setor saúde, e indicava-lhe um novo referencial: a defesa e a promoção da saúde do indivíduo. Esta era a finalidade estabelecida logo em seu primeiro artigo, como “dever do Estado, bem como da família”<sup>2,3</sup>. O paradoxo de uma lei federal dedicar-se a reger a conduta familiar é apenas aparente, e a peculiar associação entre Estado e família apenas reafirma a disposição das autoridades sanitárias em legitimar sua intervenção social através da afirmação de vínculos entre os ideais que as motivam e aqueles mais difusos na coletividade.

Embora seu artigo 28º estipulasse um prazo de 120 dias para a regulamentação desta lei, isso apenas aconteceu em 21 de janeiro de 1961, quando o *Decreto N.º 49.974-A* baixou o “Código Nacional de Saúde” a ser observado em todo o território brasileiro. As disposições normativas fixadas por esse decreto abordavam os diversos aspectos relativos a seu título tão amplo, e referiam-se aos vários temas da proteção, promoção e recuperação da saúde. Dentre eles, seus dois primeiros capítulos trataram da profilaxia das doenças transmissíveis, explicitando a metodologia a ser adotada em sua prevenção e controle.

O artigo 9º apresentou uma relação das doenças cujos casos suspeitos ou confirmados deveriam ser obrigatoriamente notificados às autoridades sanitárias, por intermédio dos serviços de saúde. Embora essa lista tenha sido alterada com o tempo, através de outros textos legais (como as *Portarias do Ministério da Saúde BSB N.º 314/76*<sup>2,3</sup> e *BSB N.º 608/79*<sup>3</sup>) que procuravam contemplar as necessidades conjunturais da vigilância epidemiológica, importa reter o procedimento formal da notificação compulsória de doenças, em vigor no período. Ela deveria ser processada pelo médico que tivesse assistido ao paciente, ou que apenas tomasse conheci-

mento do caso; pelo responsável pelo laboratório que houvesse obtido resultado positivo para uma das afecções citadas; ou por quaisquer pessoas que residissem ou lidassem com o enfermo. Previa-se que a notificação compulsória poderia ser sigilosa, presumivelmente para não intimidar o informante ou prejudicar ainda mais o paciente; e que seria mais urgente quando se tratasse de doenças quarentenáveis citadas pelo Regulamento Sanitário Internacional: cólera, febre amarela, peste, varíola, tifo exantemático e febre recorrente.

A notificação de doenças transmissíveis implicava em diversas medidas que visavam a impedir sua disseminação. Os serviços de saúde encarregar-se-iam de, em cada caso, confirmar o diagnóstico e realizar uma investigação epidemiológica que esclarecesse sua etiologia. Além disso, deveriam manter a vigilância sobre as áreas em que ocorressem essas doenças, determinando como proceder o controle e coibir sua propagação.

Em circunstâncias especiais não especificadas à letra da lei, a autoridade sanitária poderia exigir o isolamento nosocomial ou domiciliar dos contagiantes: os portadores de germes e seus comunicantes. A imposição de quarentenas e a suspensão do direito de ir e vir, previstas pelo artigo 11º, eram reforçadas pelo artigo 16º, que permitia o recurso às autoridades policiais para a execução integral das providências profiláticas das doenças transmissíveis. Do ponto-de-vista do enfermo, esta era a medida mais drástica e dolorosa imposta pelo decreto. Contrabalançando-a, o artigo 23º, que resumia as atividades contra as doenças transmissíveis, incluía medidas médico-assistenciais, de assistência social, de readaptação e de reabilitação. Desse modo, a legislação sanitária explicitava o fato de que a recuperação da saúde e a reintegração social do doente, além de possuírem um ineludível valor intrínseco, exerciam destacada função higiênica, e contribuíam à prevenção das infecções.

Os artigos 8º e 131º determinaram que o Ministério da Saúde elaborasse normas técnicas especiais para os diversos tópicos abrangidos pelo decreto, e em particular para o controle e combate às várias doenças transmissíveis. Uma vez aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, esses dispositivos seriam baixados por decretos passíveis de atualização periódica, passando a integrar o Código Nacional de Saúde. Dentre as muitas normas técnicas emanadas nos anos seguintes, o *Decreto N.º 968* do Conselho de Ministros, emitido em 7 de maio de 1962, e assinado por Tancredo Neves durante a breve experiência parlamentar do período, promulgava a estratégia do combate à lepra no país.

A tendência já detectada, em conjugar as medidas de controle e intervenção social com as de as-

sistência, também se refletiu nesse decreto, e ele as apresentou de modo concomitante, sem sugerir a prevalência de umas sobre as outras, e temperando o rigor das determinações profiláticas da infecção leprosa com o lenitivo da prestação de serviços assistenciais de vários tipos.

Do ponto-de-vista analítico, entretanto, poderíamos distinguir numa primeira série as iniciativas centradas na assistência médica e social aos enfermos. O tratamento era estipulado como obrigatório e, quando realizado nas entidades oficiais, seria gratuito. Além dos dispensários e sanatórios para doentes de lepra, a terapêutica poderia ser prestada nos domicílios que não fossem de habitação coletiva, como pensões e cortiços, ou em clínicas especializadas; e deveria incluir meios de prevenção e correção cirúrgica das deformidades, e exames de controle a cada três meses. Articulada ao tratamento, a assistência social aos enfermos, internados ou não, também era incumbida ao Estado, e visaria a sua recuperação ocupacional, sua readaptação e reintegração social, além de procurar estabelecer nos leprosários “condições de vida digna e confortável, e que se aproxime tanto quanto possível, do convívio em sociedade”<sup>2,3</sup>. Caberia ainda ao governo a organização de cursos e estágios para profissionais de saúde, promover campanhas de educação sanitária junto à população em geral, e incentivar as instituições que efetuassem estudos e pesquisas “objetivando armas específicas contra a referida doença”<sup>2,3</sup>.

Por outro lado, contudo, um segundo conjunto de resoluções fora inspirado em antigas convicções de que o contágio poderia ser obstado através do isolamento dos portadores do bacilo de Hansen. Assim, o decreto previa limites ao direito de movimentações dos enfermos que não acatassem as determinações relativas ao seu tratamento regular ou as recomendações que visassem a eliminar o risco de disseminação da moléstia; daqueles que não possuísem domicílio em condições de atender os critérios de proteção aos demais conviventes; ou não reunissem condições econômicas que garantissem sua subsistência na forma requerida por seu estado de saúde. Nesses casos, o isolamento do paciente deveria ser aplicado mediante internação nos leprosários públicos, ou em particulares submetidos à supervisão oficial. Os doentes de lepra ainda ficavam sujeitos à suspensão de outros direitos de cidadania: o desempenho de emprego ou profissão que os pusessem em contacto direto com o público, e a integridade da unidade familiar. O artigo 10º determinava que as crianças nascidas em focos de lepra fossem afastadas de seus pais, à critério da autoridade sanitária competente, e que as crianças nascidas em leprosários fossem “imediatamente afastadas da genitora e colocadas de preferência em meio familiar, em pupileiras comuns e na sua falta, em estabelecimentos

especializados”<sup>2,3</sup>. Além dessas providências, o Decreto fixava regras para a vigilância dos enfermos não internados, dos casos suspeitos e dos contactos; para a verificação de notificações e denúncias; para a realização de exames em grupos populacionais de interesse epidemiológico e para a investigação de focos.

Outros documentos legais do período são relevantes para o estudo retrospectivo da intervenção sanitária federal relativa à lepra. O destaque a seguir registra aqueles explicitamente vinculados ao tema, os quais configuram a infra-estrutura institucional dirigida a essa doença:

— a *Lei N.º 3.542* (11/02/59) instituiu a Campanha Nacional contra a Lepra sob a direção do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde;

— o *Decreto N.º 57.632* (14/01/66) baixou normas técnicas especiais para a defesa sanitária do país nas atividades referentes à saúde internacional, e definiu do ponto-de-vista epidemiológico a nomenclatura e o conteúdo das medidas contrárias à “migração” das endemias;

— a *Lei N.º 5.511* (15/10/68) submeteu a Campanha Nacional contra a Lepra ao regime previsto pela *Lei N.º 5.026/66*, que estabelecera normas gerais para a instituição e execução das campanhas de Saúde Pública promovidas pelo Ministério da Saúde;

— o *Decreto-Lei N.º 785* (25/08/69) definiu as infrações às normas de saúde, escalonou-as nos graus “leve”, “grave” e “gravíssima”, e dimensionou as respectivas penalidades;

— o *Decreto N.º 66.623* (22/05/70) reorganizou administrativamente o Ministério da Saúde, e criou a Divisão Nacional de Lepra, sucedânea do Serviço Nacional de Lepra, então extinto;

— a *Portaria N.º 219 do Ministério da Saúde* (29/07/70) aprovou o regimento do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças vinculado à Secretaria de Saúde Pública (*Portaria MS N.º 218/70*) do Ministério da Saúde, seção também criada pelo Decreto N.º 66.623, e à qual seria agregada a Divisão Nacional de Lepra; e

— a *Portaria N.º 225 do Ministério da Saúde* (03/08/70) aprovou o regimento da Divisão Nacional de Lepra.

O segundo período em estudo começa em 17 de julho de 1975 com a emissão da *Lei N.º 6.229*, que organizou e disciplinou o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde. Essa lei ficou conhecida nos

meios sanitários por ter definido o campo de atuação de cada Ministério que atuava nas áreas da promoção, proteção e recuperação da saúde, e que por isso mesmo fora incorporado ao Sistema Nacional de Saúde. Em particular, foi muito comentada e discutida a distinção entre as esferas de competência dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Enquanto ao primeiro atribuía-se a formulação da política nacional de saúde, e a promoção e execução de ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo; para o segundo era previsto uma atuação voltada principalmente ao atendimento médico-assistencial individualizado.

Em função dessa nova diretriz, a coordenação das ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis fora explicitamente delegada ao Ministério da Saúde. Nesse âmbito, a *Lei N.º 6.259*, de 30 de outubro de 1975, e o *Decreto N.º 78.231*, de 12 de agosto de 1976, que a regulamentou, estabeleceram normas relativas à notificação compulsória de doenças; instituíram o Programa Nacional de Imunizações e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; e ajudaram a demonstrar a nova orientação impressa às ações profiláticas de iniciativa oficial.

Ao expor a organização formal das medidas de prevenção das doenças transmissíveis de modo independente da assistência médica a ser prestada às pessoas acometidas por essas moléstias, os documentos legais focalizados contemplavam a tradicional distinção acadêmica, já incorporada à prática dos profissionais de saúde, entre as disciplinas de Medicina Social e Preventiva e aquelas relativas à Clínica Médica. Esse fato, contudo, subtraiu à rede de Saúde Pública o mais potente fator de legitimação de sua intervenção social. A afirmação do estatuto de autonomia da medicina assistencial ante sua vertente profilática favoreceu a intensificação de uma já acentuada preeminência da primeira sobre a segunda, e relegou a medicina preventiva à procura dos meios que justificassem à coletividade a sua preservação. Em conseqüência, a nova orientação das medidas profiláticas pautou-se, desde sua proposição, pelas intenções de amenizar a incisividade e o rigor do controle que precisavam exercer; detalhar e especificar ao máximo seus conteúdos, enfatizando seu caráter apenas técnico; e atenuar o ônus político de uma intervenção social de retorno escasso e reconhecimento duvidoso. A dicotomia histórica, administrativa e financeira entre os serviços de Saúde Pública e os de medicina curativa também impôs às autoridades sanitárias que revestissem suas ações de controle com o emblema da prestação de serviços à coletividade, tendo sido este recurso empregado para amplificar a pequena repercussão dos esforços voltados à satisfação de necessidades apenas reconhecidas a partir de um ponto-de-vista virtual e teórico.

E estes foram os parâmetros que instruíram a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, sob a coordenação do Ministério da Saúde. O decreto N.º 78.231 definiu-lhe uma estrutura hierárquica cuja ação deveria estender-se por toda a nação, visando à coleta de informações básicas necessárias ao controle de doenças; ao diagnóstico daquelas incluídas no regime de notificação compulsória; à averiguação da disseminação da doença notificada; à determinação da população sob risco; à proposição e execução das medidas de controle pertinentes e à adoção de mecanismos de comunicação e coordenação do Sistema. Quanto à notificação compulsória de doenças, embora resguardada como dever de cada cidadão, o artigo 22.º conferia essa obrigação, em particular, aos médicos no exercício de suas funções; aos agentes dos então instituídos Postos de Notificação; aos dirigentes dos estabelecimentos componentes do Sistema Nacional de Saúde que proporcionassem serviços de saúde em regime ambulatorial ou de internação, ou que efetuassem exames complementares para diagnóstico e tratamento; e aos dirigentes de estabelecimentos de ensino em geral, públicos ou privados. Além disso, o caráter sigiloso da notificação, de facultativo, tornava-se obrigatório pelo artigo 23.º; e a identificação do paciente fora do âmbito médico-sanitário apenas seria permitida em casos de graves riscos à comunidade, a juízo das autoridades sanitárias, e com o conhecimento prévio do enfermo ou de seu responsável. Em seu último tópico, o Decreto N.º 78.231 instituiu e organizou o Programa Nacional de Imunizações, com o intuito de definir, promover e supervisionar as vacinações em todo o país, inclusive as de caráter obrigatório. A nova ideologia dos serviços de Saúde Pública também determinou imposições formais à apresentação deste Programa, cujo campo de atuação já era naturalmente propício à ocultação do controle de sua incumbência e sua manifestação enquanto direitos assegurados a todos os cidadãos. Assim, as imunizações que ele deveria aplicar, bem como os atestados de vacinação obrigatória, eram antecipados como gratuitos, e era postergada por dois anos a exigência de sua apresentação, independente do fim a que se destinasse, inclusive o pagamento de salário-família por dependentes de segurados dos diferentes sistemas de previdência social.

Nesse ínterim, foi emitida uma bateria de instruções normativas relativas ao controle da lepra e à rede institucional que dela se encarregara. Esses documentos legais, cujos conteúdos são destacados a seguir, cumpriram o papel de modernizar a atenção oficial dirigida a essa moléstia, imprimindo-lhe os novos rumos já detectados das medidas e ações de profilaxia das doenças infecto-contagiosas.

A primeira providência nessa área foi registrada pelo *Decreto N.º 76.078*, de 4 de agosto de 1975,

que alterou a denominação de Órgãos do Ministério da Saúde, e mandou corrigir o *Decreto N.º 74.891*, de 13 de novembro de 1974, que estabeleceu a estrutura básica deste Ministério. Sem explicitar as razões que justificassem essa iniciativa, o *Decreto N.º 76.078* determinou que a Divisão Nacional de Lepra e a Campanha Nacional contra a Lepra passariam a se chamar, respectivamente, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e Campanha Nacional contra a Hanseníase. Interligado a esse decreto, seguiu-se o de *N.º 77.513*, de 29 de abril de 1976, que atribuiu poderes ao Ministro de Estado da Saúde para expedir as normas técnicas a serem observadas no controle da hanseníase; e revogou o *Decreto N.º 968/62*, que firmara as normas técnicas especiais de combate à lepra no país.

Quinze dias depois, a 14 de maio de 1976, era expedida a *Portaria BSB N.º 165 do Ministério da Saúde*, que estabelecia a política de controle da hanseníase. Eram quatro seus objetivos gerais: “reduzir a morbidade, prevenir as incapacidades, preservar a unidade familiar e estimular a integração social dos doentes, conforme as características de cada caso”<sup>2,3</sup>. As medidas visando à redução de morbidade centravam-se na promoção de educação sanitária que estimulasse a apresentação voluntária de doentes e sua assiduidade à terapêutica. Previam-se a formação de agentes de saúde capacitados ao reconhecimento de casos suspeitos e à execução de tarefas de prevenção das incapacidades, além da busca ativa de casos, e participação em eventuais exames da coletividade. Como contraparte dos serviços de saúde, esperava-se que o Sistema Nacional de Saúde pudesse depender uma atenção médica de qualidade, cordial e eficiente, e realmente individualizada. Para isso, o Ministério da Saúde obrigava-se a organizar cursos de atualização em hanseníase para profissionais de saúde, e estipulava uma série de requisitos a ser observada pelos médicos que quisessem credenciar suas clínicas particulares junto à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, para o recebimento de medicação específica ao tratamento de doentes com hanseníase. Com relação à prevenção de incapacidades, a Portaria indicava sua adoção em todos os serviços gerais de saúde, e obrigava sua instituição nos hospitais e serviços especializados. A terceira meta da política de controle da hanseníase, a preservação da unidade familiar, era firmada como objetivo permanente da atenção à hanseníase, e era abolida a prática de afastar os filhos de seus pais enfermos, com exceção às crianças nascidas em hospitais especializados no atendimento aos hansenianos. Os serviços de saúde deveriam incumbir-se da instrução e do fornecimento de recursos para o planejamento familiar às doentes que necessitassem de medicamentos de efeitos teratogênicos; além de estimular o comparecimento de todo o grupo familiar às consultas de revisão, afastando o receio do isolamento compulsório.

Visando à reintegração social do doente, o termo “lepra” e seus derivados foram proscritos da linguagem utilizada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, presumivelmente pelo acentuado estigma social a ele associado. A readaptação profissional, a prevenção de incapacidades e a reabilitação corretiva eram equiparados, do ponto-de-vista do esforço a ser despendido, à busca sistemática de casos e às medidas profiláticas tradicionais; e a Portaria determinava que todas as ações do Ministério da Saúde com Órgãos e entidades que com ele desejassem manter convênios, fossem norteadas pelo “respeito à dignidade da pessoa humana, preservação da unidade familiar e pelo empenho em desenvolver as potencialidades do doente ou ex-doente, procurando torná-lo economicamente capaz e auto-suficiente”<sup>2,3</sup>. Para finalizar, a política de controle da hanseníase estimularia a realização de estudos multidisciplinares visando à análise das barreiras culturais que dificultam a integração do doente na sociedade, e à adoção de instrumentos adequados para a progressiva redução das barreiras segregacionistas.

A política de controle da hanseníase ilustra, em primeiro lugar, a necessidade da elaboração de programas que, a nível do Sistema Nacional de Saúde, conjugassem profilaxia e assistência, e em segundo, a crescente complexidade técnica e especificidade que se imprimiam à atuação dos Órgãos do Ministério da Saúde. Em função desses fatores, o *Decreto N.º 79.056*, de 30 de dezembro de 1976, reformulou a estrutura organizacional do Ministério da Saúde, e extinguiu sua Secretaria Nacional de Saúde, desdobrando-a em três outras seções para as quais foram consignados seu acervo, seu pessoal e sua dotação orçamentária: a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, a de Ações Básicas de Saúde e a de Programas Especiais de Saúde. À última, em particular, competia elaborar, executar e avaliar programas de abrangência nacional em vários campos da saúde, dentre eles a Dermatologia Sanitária. As disposições desse decreto veio se somar a *Portaria Interministerial N.º 1*, de 26 de junho de 1978, dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, que estabelecia diretrizes para o funcionamento dos serviços básicos de saúde, inaugurava a atuação conjunta dos dois Ministérios, e previa que a execução da Lei N.º 6.229/75 não resultaria de apenas um documento regulamentar. Desse modo, encomendou-se a emissão de textos sucessivos que apoiariam a progressiva consolidação das metas do Sistema Nacional de Saúde.

Dentre os textos previstos, a *Portaria Interministerial N.º 3*, emitida em 27 de outubro de 1978 pelos mesmos Ministérios, estabeleceu diretrizes de atuação conjunta no controle da hanseníase, a encargo da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, através de sua Divisão Nacional de

Dermatologia Sanitária, e da Secretaria de Serviços Médicos, por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O Programa Integrado de Controle da Hanseníase baseava-se em medidas de prevenção primária, secundária e terciária, além de assistência farmacêutica e assistência social. A prevenção primária compreendia a educação em saúde dirigida às equipes de saúde, aos doentes e contactos, e ao público em geral, além da aplicação da vacina BCG, que apresenta certa eficácia na hanseníase. A prevenção secundária implicava na vigilância dos contactos, que deveriam ser submetidos a exames dermatológicos anuais, e no tratamento ambulatorial de doentes, independente da forma clínica da doença, além de internação, de preferência em hospitais gerais, nos casos de intercorrências médico-cirúrgicas. A prevenção terciária incluía ações simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas, e ações de diferentes graus de complexidade, envolvendo recursos médico-hospitalares e de fisioterapia. Os medicamentos utilizados no tratamento de hansenianos seriam fornecidos pela Central de Medicamentos — CEME/MPAS, e as substâncias para provas semióticas pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária — DNDS/MS. Quanto à assistência social a ser provida pela rede de saúde, além de suas tradicionais metas de readaptação profissional e reintegração social dos enfermos, era seu objetivo compatibilizar a legislação previdenciária pertinente com as normas desta Portaria, regulamentando a concessão aos enfermos dos benefícios “auxílio-doença” na vigência da incapacitação ou risco à coletividade, e “aposentadoria” apenas em casos de incapacitação física irrecuperável, sempre a juízo da perícia médica.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O estudo retrospectivo da legislação federal que incide sobre a atenção às moléstias transmissíveis em geral, e à hanseníase em particular, nos auxilia a captar o sentido da intervenção estatal no setor saúde, e sua evolução durante os períodos focalizados.

Num primeiro momento, a ação da rede de Saúde Pública foi instruída pelo paradigma da “guerra” às infecções e seus agentes etiológicos. De imediato, este paradigma pôde ser evidenciado através da utilização de uma terminologia que evocava com freqüência as metáforas do “combate” às doenças transmissíveis, das “armas” a serem empregadas “contra” elas; da “estratégia” dos serviços públicos que visavam à “defesa” e “proteção” da saúde; dos “focos” de infecção; etc. No que tange ao conteúdo dos documentos legais examinados, as ações preconizadas também se pautaram pelo caráter incisivo e agudo com que se imprimiam à cole-

tividade. As medidas profiláticas convencionais, então encomendadas, puderam determinar bruscos rearranjos à organização da vida urbana — em particular à rotina das pessoas infectadas ou em contacto com elas — graças ao respaldo da prestação conjugada de serviços assistenciais e terapêuticos. O paradigma da guerra previa ainda o tipo de obediência requerido aos ditames da profilaxia das infecções: a disciplina e a subordinação incontestes, e em seu reforço estipulava até mesmo o recurso à autoridade policial competente.

No segundo momento em análise, o modelo militar é substituído por outro mais afim às atividades civis, e ao invés de combate fala-se em “controle” das infecções; as estratégias da rede de saúde cedem lugar a suas “políticas” e “programas”; em vez de armas, busca-se “instrumentos” a serem empregados na “atenção” às moléstias transmissíveis. A divisão de competências entre os Órgãos componentes do Sistema Nacional de Saúde refletiu e intensificou a diminuição da aceitação social e do prestígio associado às ações profiláticas e de controle dessas doenças. Esse fator implicou, primeiro, em novas orientações ao funcionamento das entidades do Ministério da Saúde encarregadas dessas tarefas; e, segundo, numa reestruturação administrativa deste Ministério, visando a possibilitar a implantação de programações integradas com as agências do Ministério da Previdência e Assistência Social, mesmo porque, do ponto-de-vista orçamentário, a distinção entre as medidas profiláticas e os serviços de assistência médica também prejudicou o Ministério da Saúde. Os documentos legais analisados, neste período, atenuaram o rigor com que a rede de Saúde Pública lograva intervir socialmente, em prol de uma atitude mais diplomática, que cativasse os cidadãos para o controle cujo exercício lhe era postulado.

O primeiro paradigma fora explicitamente inspirado no advento da Microbiologia. Essa teoria pôde contemplar as moléstias infecto-contagiosas com hipóteses e axiomas que justificaram seu caráter transmissível, repercutindo até hoje tanto na escola médica como na elaboração da legislação sanitária. Uma boa e recente ilustração dessa concepção é fornecida pelo Código Sanitário do Estado de São Paulo, aprovado pelo *Decreto Estadual N.º 12.342*, de 27 de setembro de 1978, cujo artigo 491.º classificava como transmissível toda e qualquer doença “causada por um agente etiológico animado ou por seus produtos tóxicos, capaz de ser transferida, de modo direto ou indireto, de uma pessoa ou animal, de vegetais ou do solo, para o organismo de outro indivíduo ou animal”<sup>4</sup>. Ao investir uma entidade biológica animada do poder de *causar* a enfermidade, essa concepção identificou o “inimigo” contra o qual se justificava acionar as medidas de “guerra”. Como vimos, esse combate não se restringiu às

“trincheiras” da atenção médica individualizada, onde médico e micróbios disputam palmo a palmo as células e os tecidos, e implicou em uma série de medidas de âmbito coletivo que se impunham vigorosamente ante os interesses particulares. Ao assumir a direção desse combate, o Estado pretendeu, através das autoridades sanitárias, ressaltar seu caráter benfazejo, revestindo-se a um só tempo dos papéis de intérprete dos interesses de cunho coletivo, de aliado natural do bem comum, e de sua primeira linha de defesa, a qual, uma vez rompida, exporia os cidadãos a toda sorte de infortúnios.

A falência desse modelo deveu-se a motivos de diferentes ordens. Em primeira instância, citemos aqueles relativos às já mencionadas derivações da reorganização dos serviços de saúde. A crescente sofisticação técnica dos procedimentos profissionais de saúde não permitiu preservar a terapêutica das moléstias transmissíveis como fator coadjuvante de sua profilaxia. Envolvendo recursos próprios muito mais vultuosos, e um maior respaldo social, o campo institucional da medicina assistencial foi melhor aquinhado com a divisão interna do Sistema Nacional de Saúde em tarefas e competências. Os Órgãos e entidades oficiais voltados à saúde coletiva, por sua vez, viram-se prejudicados em seus principais insumos operacionais — orçamento e aceitação social —, e foram obrigados a mudar a orientação de suas atividades. Conjugado a esses fatores, uma forte injunção social fêz-se notar a partir de meados da década passada: os movimentos de conscientização em prol dos direitos humanos e da extensão das liberdades civis repercutiram com bastante intensidade em todas as áreas da vida urbana, e pode-se mesmo suspeitar que tenham contribuído para a perda de eficácia das práticas de saúde mais coercivas.

A readequação das políticas de saúde pretendeu estabelecer as bases que legitimassem ante a nova conjuntura a ação sanitária do Estado. Seu caráter benigno deixara de ser tomado como dado preliminar a quaisquer iniciativas governamentais no setor saúde. Como parâmetro diretor da intervenção estatal nessa área, propugnava-se agora objetivar, a cada instante, a noção de “Estado benfeitor”, através da apresentação e consecução paulatina de metas supostamente identificadas ao bem comum. A não realização dos objetivos explicitamente propostos — o que parece ocorrer com notável frequência no Brasil — é debitada a deficiências ou disfunções na atuação do Estado, que deveriam ser corri-

gidas mediante um esforço coletivo. A conquista dos interesses particulares deixava de ser presumida como imediata e incondicional, e passava a ser cultivada pela educação sanitária, pelo abrandamento de algumas medidas de controle, pelo ocultamento de outras sob justificativas de cunho técnico, por melhorias nas condições gerais da realização de quarentenas, pelo acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais, etc.

A atenção da rede de Saúde Pública à hanseníase evoluiu, durante os períodos analisados, de acordo com a mesma diretriz. Como vimos, praticamente todas as medidas que implicavam em restrições aos direitos de cidadania dos hansenianos e seus comunicantes foram rerepresentadas pela nova legislação em versões cujos conteúdos enfatizavam mais suas intenções que suas conseqüências materiais. Assim, por exemplo, à necessidade social de normatizar a conduta dos pacientes com hanseníase, chamou-se “prevenção de incapacidades” e “redução da morbidade”; e a imposição de meios anti-concepcionais às doentes com hanseníase, bem como o recolhimento compulsório das crianças nascidas em hospitais especializados no tratamento de hansenianos, foram instituídos como as exceções que confirmam a regra da “preservação da unidade familiar”, apregoada como objetivo permanente da atenção à hanseníase. Nesse contexto, a alteração da nomenclatura oficial relativa a essa enfermidade também deve ser citada como detentora de dois sentidos: um explícito em termos ideais e de difícil contabilização de resultados — reduzir o estigma social associado à doença; e outro, não formulado, porém melhor capitalizado pela rede de Saúde Pública — cooptar apoios e legitimar sua intervenção social.

O estudo dos parâmetros norteadores da atenção pública às moléstias transmissíveis em geral, e à hanseníase em particular, nos indica caracteres distintivos da atuação estatal. Em ambos os períodos delimitados para a análise, os paradigmas registrados configuravam programas de ação social voltados para a saúde que visavam prioritária, mas não explicitamente, a um objetivo alheio à área sanitária, e não diretamente vinculado ao bem-estar social: o aumento de poder do próprio Estado brasileiro, através da implementação e estímulo de suas agências especializadas. E este fora, e continua sendo, o limite às reais preocupações pela melhoria de vida da população, sob o qual, mesmo assim, alguns resultados concretos foram alcançados.

RIALA6/640

ANTUNES, J.L.F.; COSTA, O.V.; AUGUSTO, M.H.O. — Hanseniasis: leprosy, under law's sight. — *Rev. Inst. Adolfo Lutz* — Vol. 48(1/2):29-36, 1988.

**ABSTRACT:** This analysis aim is to show and to discuss public policies applied to control and fight against transmissible diseases in general, and particularly against hanseniasis, and their evolution during the last years, in Brazil. We have collected and resumed a great number of legal papers from Health Federal Legislation subscribed by National Congress or dispatched by official institutions attached to Public Health. The study of prophylactic and assistential actions provided by brazilian's government has shown their reorientation in the last ten years. Expressed meaningfully by the change of official nomenclature about hanseniasis/leprosy, the new attitude of Public Health services is criticized in its purpose to institute and establish in society the notion of "beneficial State".

**DESCRIPTORS:** leprosy, brazilian health federal legislation; communicable diseases, care, prevention; hanseniasis; infectious diseases.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOZA, J.P. & REZENDE, C.B. — *Os Serviços de Saúde Pública no Brasil, especialmente na Cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1909. 2v.
2. BRASIL. Ministério da Saúde — *Legislação federal do setor Saúde*. 2ª ed. Brasília, DF, Consultoria Jurídica, 1977. 3v.
3. LEX: *Coletânea de Legislação e Jurisprudência*. — São Paulo, Editora LEX, S/A, 1954 a 1979.
4. SÃO PAULO. Leis e Decretos. — *Decreto nº 12.342 de 27/09/78. Regulamento da Promoção, Preservação e Recuperação da Saúde no Campo de Competência da Secretaria de Estado da Saúde*. São Paulo, I.O.E., 1980.

*Recebido para publicação em 15 de abril de 1988.*