

LEPRA/HANSENÍASE – PASSADO – PRESENTE¹

Thaís Botelho Junqueira*
Helena Pessini de Oliveira**

RESUMO

O trabalho apresenta a história da hanseníase, focalizando a doença como uma ameaça à vida individual e coletiva que acompanha o homem desde o passado até o presente. Para realizá-lo, lançamos mão de uma revisão da literatura específica.

Palavras-chave: Lepra/hanseníase. História. Política de saúde pública.

LEPROSY: PAST- PRESENT

ABSTRACT

This study presents the history of Leprosy by discussing the disease as a menace to the individual and social life which goes along with men since the past until the present. This study was produced based in the specific literature review.

Key words: Leprosy. History. Public Health.

LEPRA/HANSENIASIS – PASADO – PRESENTE

RESUMEN

El trabajo presenta la historia de la hanseniasis, centrando la enfermedad como una amenaza a la vida individual y colectiva que acompaña el hombre desde el pasado hasta el presente. Para realizarlo, recurrimos a una revisión de la literatura específica.

Palabras Clave: Lepra/hanseniasis. Historia. Política de salud pública.

INTRODUÇÃO

A história da lepra é dramática, como as de tantas outras doenças. Revela a história do sofrimento, do pecado, da mutilação, da rejeição, do isolamento, do estigma, do horror aos sinais e sintomas, do pavor da culpabilidade individual e coletiva. Pertence à história dos saberes e das práticas ligados às instituições e às representações, bem como aos saberes científico e tecnológico.

Conhecida desde antigas civilizações, a lepra tem sido considerada uma doença contagiosa, que aflige a humanidade e causa medo (BRASIL, 1993). Representa uma ameaça coletiva, pois foi atado à doença um estigma tão

intenso e peculiar que é capaz de colocar em jogo não apenas o destino da vida do doente, mas também o de toda a sua família, atravessando fronteiras geográficas, culturais e até mesmo históricas (PEDROSA, 1991; CLARO, 1993).

No Brasil, no início da década de 1970, após alguns esforços de pesquisadores brasileiros, entre eles Abraão Rotberg, foi sugerida a mudança do nome da doença para hanseníase. Esse nome passou a ser adotado pelo Ministério da Saúde, com o intuito de combater o lepraestigma que envolve a doença e torná-la uma doença igual a qualquer outra (JUNQUEIRA, 1997).

¹ Extraído da dissertação de Mestrado “Hanseníase e migração no município de Maringá- Paraná:1957-1997. apresentada no Curso de Mestrado em enfermagem em Saúde Pública na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em dezembro de 1998. Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública”.

* Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo.Ribeirão -Preto. São Paulo.

** Professora Titular do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo. Ribeirão- Preto. São Paulo.

LEPRA/HANSENÍASE AO LONGO DOS TEMPOS

Sabe-se que a lepra se difundiu no Continente Europeu a partir de seus antigos focos no Próximo Romano, e teria sido levada para a Itália pelas legiões de Pompeu, ao regressarem do Egito em 61 a.C. Assim, aos poucos a doença se espalhou pela Europa, permanecendo endêmica por doze a quinze séculos (BÉNIAC, 1985). Acredita-se que as descobertas e a colonização trouxeram a doença para as Américas, onde foi introduzida pelos imigrantes europeus, principalmente os portugueses, e também pelos africanos. Assim, a América Latina tornou-se gradativamente uma nova área endêmica mundial.

No decorrer dos tempos, muitas idéias e conceitos a respeito da doença foram fixados pelos homens. Atravessaram séculos e foram praticamente aceitos universalmente sem discussão por inúmeras gerações.

Rosen (1994, p.61) afirma que “A lepra representou a grande praga, a sombra da vida diária da humanidade medieval” o leproso representava uma ameaça para a sociedade”.

Na Idade Média era comum o indivíduo acometido pela doença ser afastado do convívio social e da própria família. Tais indivíduos eram isolados em cabanas ou pequenas casas para leprosos (CLARO, 1993). Também eram obrigados a usar vestimentas características, que os identificavam como tais, e tinham que tocar uma sineta ou matraca, que avisava aos sadios sua aproximação.

A lepra foi confundida durante muito tempo com outras doenças de pele, por falta de um diagnóstico mais preciso. Entretanto, em antigos livros de medicina é possível encontrar a descrição de alguns sinais e sintomas mais típicos da doença.

Por volta de 1305, o professor Bernard de Gordou, da Escola de Montpellier, assim a descrevia (texto no original):

A lepra é uma afecção de todo corpo. Provoca pústula e excrescências, a reabsorção dos músculos, principalmente entre o indicador, a insensibilidade das extremidades, gretas e afecções cutâneas. São sinais que anunciam o fim, a corrosão da cartilagem entre as narinas, mutilações das mãos e dos pés nuns casos aumento da grossura dos lábios e nodosidades

em todo o corpo noutros dispnéia e voz rouca. (BÉNIAC, 1985, p.119)

Vale a pena ressaltar que, embora importantes, estes conhecimentos sobre a lepra, bem como sobre tantas outras doenças transmissíveis, não eram completos, pelo desconhecimento de seus agentes etiológicos, o qual persistiu até o descobrimento da microbiologia no século passado.

Com o progresso do conhecimento da ciência no século XIX, algumas questões pertinentes às doenças infecto-contagiosas encontraram respostas na existência de organismos causais. A descoberta de meios de prevenir a infecção fez com que a teoria miasmática, tão em voga na época, perdesse seu significado (ROSEN, 1994).

Por volta de 1869, Gerhard Henrik Amauer Hansen já tinha identificado a presença de “grandes elementos castanhos” nos granulomas lepromatosos. Apenas em 1873 ocorreu a sua consolidação como doença infecto-contagiosa. Passou a ser reconhecida cientificamente pelo nome de Bacilo de Hansen e posteriormente foi classificada como *Micobacterium leprae* (BRASIL, 1963, p.6-7).

Hansen foi um dos precursores da microbiologia. Com a sua descoberta, um agente etiológico foi pela primeira vez responsabilizado por uma doença infecciosa e crônica, alguns anos antes da famosa descoberta de Robert Kock, em 1882 (BRASIL, 1963; ROSEN, 1994). Essa descoberta foi fundamental para combater também a teoria da hereditariedade, presente no discurso da época para explicar a gênese da doença (CLARO, 1993; CARRASCO, 1997).

ALGUNS ENCONTROS INTERNACIONAIS

A partir de então, em face da magnitude e extensão do problema da lepra, deu-se início à organização, no campo médico, de encontros internacionais voltados à discussão de medidas profiláticas necessárias ao controle e possível erradicação da doença.

Na 1ª Conferência Internacional de Lepra, ocorrida em Berlim (1887), os leprólogos reunidos acataram o ponto de vista de Amauer Hansen em relação à profilaxia da lepra: “Em todos os países onde a lepra forma foco, ou toma grande extensão, o isolamento é o melhor meio

de impedir a propagação da doença” (BRASIL, 1964, p.244).

Para Carrasco (1997), a implementação de tal medida deveu-se ao fato de a doença ser incurável e o indivíduo apresentar deformidades irreversíveis, não havendo expectativa de reintegrá-lo, quer no trabalho quer na sociedade.

Verificou-se no Brasil, no início do século XX, no momento da estruturação das políticas de controle da doença, uma época de “caça às bruxas”, tendo sido então o isolamento compulsório a melhor medida para impedir a propagação da doença. Tornou-se obrigatória a sua notificação, a vigilância dos suspeitos e a separação dos filhos dos doentes, logo após o nascimento, e seu recolhimento em preventórios especiais.

Junqueira (1997) refere que, apesar de alguns avanços obtidos nos anos posteriores, envolvendo a doença – sua sintomatologia, modo de transmissão, evolução epidemiológica, meios diagnósticos e meios terapêuticos – essa medida perdurou no discurso médico e legal.

Na 6ª Conferência Internacional de Lepra, ocorrida em Tóquio no ano 1956, foi abolido o isolamento como a principal medida profilática (BRASIL, 1964).

Decorridos seis anos da abolição dessa medida sugerida na 6ª Conferência, o Brasil revoga o Decreto Federal n.968 de 07/05/1962, desencadeando uma reviravolta na política de controle da hanseníase ao garantir aos portadores da doença o direito de movimentação, ou seja, o direito de ir e vir. Esse decreto fez com que ocorresse um isolamento compulsório e seletivo, pois seria praticado apenas nos casos dos doentes que não cumprissem as determinações referentes à eliminação de risco da hanseníase, não possuíssem em seu domicílio condições de atender a critérios de proteção e não tivessem condições financeiras para garantir a sua subsistência. Os doentes, então, passaram a ser tratados nos dispensários dos Centros de Saúde, nos seus estados (BRASIL, 1963; LANA, 1992).

Somando-se as políticas de controle à descoberta da dapsona na década de 1940, ocorreram mudanças importantes no tratamento da hanseníase, oportunizando eliminá-la da longa lista de doenças que acometem a população mundial. Tanto que, na 44ª

Conferência Mundial da Saúde, ocorrida em 1991, no Vietnã, os países presentes, inclusive o Brasil, assumiram o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000. Para que isso ocorresse, fizeram uso, como indicador da eliminação da doença na coletividade, da redução do coeficiente de prevalência para menos de um doente para cada 10.000 habitantes (OLIVEIRA, 1995).

A TERAPÊUTICA

Em tempos não muitos remotos a hanseníase era tida como um problema interminável e uma doença incurável. No âmbito da terapêutica antileprótica, vários esforços foram realizados na busca de um medicamento eficaz, capaz de matar o bacilo. Nesse sentido, o óleo de chalmoogra, planta originária da Ásia, foi visto, durante muito tempo, como medicamento específico para a lepra. Não obstante, embora seu uso tenha sido universal, não foi comprovada a sua eficácia (CARRASCO, 1997; LANA, 1997). Vários outros métodos de tratamento foram empregados, colocando inclusive em risco a vida dos indivíduos hospitalizados. Entre esses métodos, Lana (1997) destaca a cauterização das lesões cutâneas e a administração endovenosa da glucossulfona sódica – Promim. Segundo Lauro de Souza Lima (apud BRASIL, 1994), Faget e Col. iniciaram o uso do Promim, em março de 1941 no Leprosário de Carville; no entanto os primeiros resultados de seu uso foram divulgados em 1943 (BRASIL, 1964; LANA, 1997).

A instituição e aceitação da “moderna terapêutica” – administração dos medicamentos sulfônicos, ou sulfonoterapia – por parte dos leprólogos, ocorreram de forma lenta, mas progressiva.

De acordo com Oliveira (snt), nos seus primórdios, a quimioterapia hansenica se dava durante cinco, 10 anos ou por toda vida do doente, mesmo após a negativação da doença. Desta forma, nos casos daqueles portadores da doença que tiveram acesso apenas ao tratamento tradicional com a utilização da dapsona, o período de tratamento era longo. Dependendo da idade do portador na época do diagnóstico, esse tratamento poderia durar por toda a vida,.

Pedrosa (1991) ressalta que as pessoas que vivenciaram um tratamento longo e interromperam a terapêutica ou experimentaram reações adversas não acreditam na cura total. Por outro lado, elas se acostumaram com a rotina do tratamento de tal maneira que se torna difícil aceitarem a alta e ficarem sem medicamento. Criou-se então uma dependência psíquica, de maneira que foi preciso retirar o medicamento os poucos, até ficarem convencidos de sua cura.

A utilização do esquema terapêutico monoterápico, com a utilização da dapsona, e o tratamento igual de todo o mundo por um longo período de tempo não contribuíram para o controle da doença.

A partir da década de 1980 e meados da década de 1990 a Organização Mundial da Saúde padronizou a utilização de um esquema terapêutico eficaz, conhecido como polioquimioterapia (PQT), com associação dos seguintes medicamentos: rifampicina, clofazimina, dapsona. A adoção da PQT oferece vantagens que vão desde a redução do tempo de tratamento até a cura da doença, se utilizada de forma correta. O conceito de cura passa a ser adotado pela maioria dos países.

Toda essa história, cercada de diversas mudanças figurativas, estruturais, tecnológicas e programáticas ainda não mudou a questão principal, que era a de eliminar a hanseníase até o ano 2000, prazo que agora passa a ser o ano de 2005, para deixar o mundo livre da hanseníase. Para atingir essa meta é necessário que tanto as autoridades governamentais quanto os profissionais de saúde enfrentem o desafio dessa doença, que é um problema presente há longo tempo.

REFERÊNCIAS

- BÉNIAC, F. O medo da Lepra. In: GOFF, L. **As doenças têm história**. Portugal: Terramar, 1985. p.119-136.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Leprologia. **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro, 1963. Ano XXII n.1/2 – mar./jun.1963. p. 159.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Leprologia. **Simpósio sobre profilaxia da Lepra**, sn,1964, Rio de Janeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de controle da hanseníase**. Brasília, 1993.
- CARRASCO, M. A. P. **O saber de enfermagem na assistência a hanseníase no estado de São Paulo**. 1987. 235f. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.
- CLARO, L. B. L. **Hanseníase**: representações sobre a doença, estudo em população de pacientes ambulatoriais no Rio de Janeiro. 1993. 228f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- JUNQUEIRA, T. B. **Hanseníase e migração no município de Maringá-Paraná: 1957-1997**. 1998. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- LANA, F. C. F. **Organização tecnológica do trabalho da hanseníase com introdução da polioquimioterapia**. 1992. 217f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- LANA, F. C. F. **Políticas sanitárias em hanseníase**: história social e a construção da cidadania. 1997. 305f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- OLIVEIRA, M. H. P. **Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres**: um estudo de gênero. 1997. 189f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- OLIVEIRA, M. L. de W. **Entendendo a recidiva na hanseníase**: para profissionais dos serviços de saúde. snt. Documento extraído do texto enviado para publicação nos **Anais de Dermatologia**. Mimeo,
- PEDROSA, L. S. K. **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença**: base para a compreensão de suas ações em saúde. 1991. 157f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. Tradução: Marcos F. da S. Moreira com colaboração de José Rubens de A. Bonfim. São Paulo: HUCITEC: Ed. da Universidade Estadual Paulista: Abrasco, Rio de Janeiro, 1994.

Endereço para correspondência: Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, av. Colombo, 5790, Cep 87020-900, Maringá-Pr.

Recebido em: 24/03/2003

Aprovado em: 28/05/2003