

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC**

**HANSENÍASE: A HISTÓRIA DE UM PROBLEMA DE SAÚDE  
PÚBLICA**

*Ana Zoé Schilling da Cunha*

“Apesar dos passos importantes já dados pelo Brasil para enfrentar as anomalias provocadas pelos fenômenos industrial, tecnológico e urbano, os riscos tecnológicos se alastram pelo País, ao lado dos riscos sanitários, estes, nossos velhos conhecidos em matéria de epidemias”. (Marília Bernardes Marques, 1991)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Jorge, pela companhia na busca de caminhos para este trabalho, à Alda, que permitiu que eu os encontrasse e ao Inácio, que me levou a concretizá-los.

## **SUMÁRIO**

LISTA DE TABELAS	5
INTRODUÇÃO	6
1. HANSENÍASE: A DOENÇA	8
2. HISTÓRICO DA HANSENÍASE	16
2.1 As primeiras referências sobre a doença	16
2.2 A doença na Europa	20
2.3 A doença no Brasil	29
2.3.1 Possíveis razões acerca da vinda da doença ao Brasil	36
2.3.2 Diagnóstico, Terapêutica e Controle	38
2.3.3 A doença no Rio Grande do Sul	51
2.3.4 Santa Cruz do Sul e a Hanseníase	60
2.3.5 Hanseníase e Imigração	67
3. SITUAÇÃO ATUAL DA DOENÇA	72
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

## LISTA DE TABELAS

1 – Identificação das formas de Hanseníase conforme suas manifestações	10
2 – Isolamento facultativo ou obrigatório de hansenianos (1856-1890)	27
3 – Censo de hansenianos no Brasil (1923-1936)	34
4 – Número de casos de Hanseníase no Brasil (1923-1927)	47
5 – Situação da Hanseníase no Hospital do Lázarus do Rio de Janeiro em 1931	50
6 – Enfermidades que mais ocorreram na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – RS, 1873	52
7 – Relatório do “Dispensário de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas” Casos registrados de Hanseníase no Rio Grande do Sul em 1925	56
8 – Causas dos óbitos no Estado do Rio Grande do Sul (1927-1930)	58
9 - Local de nascimento dos colonos alemães de Santa Cruz do Sul	70
10 – Número de casos registrados de Hanseníase por região da OMS e percentagem sobre as diferenças	73
11 – Prevalência registrada de casos de Hanseníase em tratamento com poliquimioterapia (PQT) e a detecção nos 16 principais países endêmicos	74
12 – Prevalência registrada de casos de Hanseníase em tratamento com poliquimioterapia (PQT) e a detecção nos países americanos	76
13 – Prevalência de Hanseníase no Rio Grande do Sul (1975-1995)	82
14 – Número de casos diagnosticados de Hanseníase em Santa Cruz do Sul (1933-1996)	83

## INTRODUÇÃO

A Hanseníase sempre foi uma enfermidade preocupante para a área da saúde. Antes mesmo de ser classificada como enfermidade, quando ainda, conforme relatos bíblicos, era considerada “impureza de espírito”, a Hanseníase já se evidenciava como um problema mais social do que físico. Isto se deve ao fato de ser uma doença transmissível, mutilante e incapacitante e que, além disso, deforma a parte nobre da aparência física que é o rosto. Por causa disso, além da questão psicológica que envolvia estes doentes, estes enfrentavam dificuldades financeiras pela incapacidade para o trabalho.

A doença continuou sendo um problema durante vários séculos e teve seu ponto crítico no século XIII e seu declínio na Itália no século XVI, e na França, Inglaterra e Alemanha somente no século XVIII.

As estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS)(1996), apresentam dados sobre a Hanseníase: existem no mundo 1.260.000 casos estimados da doença, em 60 países endêmicos, com 940.000 casos registrados em tratamento e cerca de 560.000 novos casos detectados a cada ano. Existem entre 1 e 2 milhões de pessoas portadoras de incapacidades físicas decorrentes da Hanseníase e mais de 8 milhões de pacientes já estão curados com a implantação da poliquimioterapia.

Sabe-se que a doença é, ainda hoje, importante na África, América do Sul e sudoeste da Ásia, e que vêm acompanhada de problemas econômicos, sociais e políticos. O Brasil, conforme relatórios estatísticos recentes, é, no entanto, o país do mundo com maior índice de prevalência da doença.<sup>1</sup>

Uma situação preocupante face a incidência da doença em outros países e que incita, por si só, uma investigação aprofundada do assunto. Por outro lado, sabe-se que o governo federal, tomando consciência da gravidade da situação, instituiu medidas estratégicas de profilaxia da Hanseníase, propondo a erradicação da doença no país.<sup>2</sup>

O Rio Grande do Sul é um dos Estados do Brasil em que a incidência da Hanseníase não é grande. Pode-se até mesmo dizer que a doença, em nosso Estado, está controlada.

---

<sup>1</sup> Dados estatísticos fornecidos pela World Health Organization (WHO). Action programme for the elimination of leprosy. Status Report. Genève, 1996.

<sup>2</sup> Esta questão será detalhada no capítulo 3 que trata da situação atual da doença.

No entanto, as questões centrais aqui desenvolvidas baseiam-se no fato de Santa Cruz do Sul apresentar uma incidência mais alta do que a média do Estado. A taxa de incidência, ou seja, a medida que avalia o quanto uma doença incide sobre a população, mostra que Santa Cruz teve, ao longo de 53 anos, uma incidência acumulada de 25,44 casos para cada 100 mil habitantes (25,44/100.000), com uma média anual de 0,48 casos para cada 100.000 habitantes (0,48/100.000), enquanto que o Rio Grande do Sul apresentou, no mesmo período, uma incidência acumulada de 14,46 casos para cada 100.000 habitantes (14,46/100.000) e uma média anual de 0,27 casos para cada 100.000 habitantes (0,27/100.000).

Este trabalho, na medida em que resgata a história da Hanseníase no município de Santa Cruz do Sul, e as peculiaridades deste município em relação à doença, pode contribuir para que as medidas de erradicação propostas pelo governo sejam mais eficazes. Todo município precisa elaborar propostas de intervenção voltadas para o combate das enfermidades que lhe são peculiares e que se destacam nos aspectos sociais e culturais.

A pretensão deste trabalho é justamente investigar as ligações entre os casos identificados de Hanseníase e a imigração alemã para o Rio Grande do Sul; identificar dos fatores de controle da doença e a tomada de medidas pelo poder público; localizar geograficamente os casos de Hanseníase em Santa Cruz do Sul e analisar a evolução da terapêutica e do controle da doença desde a antiguidade até hoje.

As considerações sobre a doença são feitas em relação ao município de Santa Cruz do Sul que faz parte e é sede da 13<sup>a</sup> Região Sanitária do Estado.<sup>3</sup>

Além disso, estas considerações tem um valor representativo maior em relação aos demais municípios, uma vez que representa maior densidade demográfica; é centro de referência para os demais municípios em relação à oferta de serviços de saúde e já foi considerado pelo Estado, juntamente com outros três municípios (Passo Fundo, Caxias do Sul e Uruguaiana), um pólo de descentralização do Serviço de Dermatologia Sanitária para o tratamento da Hanseníase.

Que as questões de saúde e doença possuem dimensão histórica parece ser um aspecto hoje reconhecido por praticamente todos os pesquisadores que se envolvem com o tema. As pesquisas na área da saúde têm por objetivo avaliar as Ciências da Saúde a partir da sua cientificidade. Mas, para que estas reflexões possam construir um conhecimento científico é preciso também analisar historicamente os fatos, permitindo que as Ciências da Saúde tenham cada vez mais um caráter holístico, próprio das Ciências Humanas.

---

<sup>3</sup> A 13<sup>a</sup> Região Sanitária do Estado compreende os municípios de Santa Cruz do Sul, Candelária, Rio Pardo, Venâncio Aires, Sinimbu, Vale do Sol, Vera Cruz, Mato Leitão, Capivarita, Gramado Xavier e Erveiras.

Na questão aqui desenvolvida, a análise histórica permite a reflexão sobre os dados que colocam Santa Cruz do Sul como um dos municípios que apresenta uma grande incidência de Hanseníase no Estado do Rio Grande do Sul, indicando o caminho para a compreensão do fenômeno, ultrapassando os números e produzindo assim um conhecimento mais global sobre o problema.

Na história, a preocupação com o binômio saúde/doença e sua significação para as sociedades humanas, tem se manifestado, principalmente, nas obras de autores franceses como Michel Foucault, Jean Delumeau, Jaques Le Goff, Pierre Bonnassie e Michel Mollat. Na literatura brasileira encontramos o médico historiador Lycurgo Santos Filho, que, no capítulo sobre a medicina colonial, do livro organizado por Sérgio Buarque de Holanda (História da Civilização Brasileira), aborda questões relativas à saúde na antiguidade. Infelizmente, no Brasil são raros os autores ligados às Ciências da Saúde e suas ramificações que buscam na história informações para produzir conhecimento sobre temas relevantes de saúde/doença. Neste campo podemos citar Maria Cecília de Souza Minayo, Celso Arcoverde d Freitas, Everardo Duarte Nunes e Moacir Scliar.

## 1 HANSENÍASE: A DOENÇA

A Hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível, crônica, de evolução lenta, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, descoberto pelo norueguês Gerard Armauer Hansen, em 1874 (Ackerknecht, 1963).

No Brasil, a doença é chamada de Hanseníase, mas é conhecida mundialmente por lepra e, ainda, por morfêia ou mal de Lázaro.

O bacilo de Hansen funciona como um parasita intracelular. Depois de penetrar no organismo e encontrar-se com as células fagocitárias, ele faz com que os macrófagos, já diferenciados, sigam caminhos específicos. Existe um “defeito” na função da fagocitose celular na Hanseníase e este defeito se dá na célula “T”, responsável pela defesa do organismo.

A doença se dissemina através dos macrófagos e no organismo do infectado apresentam-se infiltrações de bacilos, em maior concentração em certos sistemas como o fígado, glândulas linfáticas e baço, onde a fagocitose é mais intensa. O bacilo de Hansen é um microorganismo que se desenvolve a uma temperatura em torno de 35°C (Lombardi, 1990), por isso é encontrado também em regiões do organismo que mantêm a sua temperatura inferior a 37°C, como o nariz, testículos e ainda nos nervos periféricos, próximos da pele. Encontram-se bacilos em grande quantidade também na pele e nas vísceras.

No tecido cutâneo e nervoso a doença se manifesta cedo, por isso, para o diagnóstico, faz-se a biópsia da pele juntamente com parte do tecido nervoso e com outras estruturas orgânicas da pele. Os bacilos são encontrados geralmente agrupados, dispostos paralelamente em feixes, também chamados de globias. Coram-se de vermelho pelo método Ziehl-Nielsen (Bier, 1978) e são álcool-ácido resistentes, método comumente utilizado para diagnóstico em laboratório.

O bacilo de Hansen leva de 12 a 14 dias para se multiplicar. Este período, bastante longo se comparado com o de outras doenças e esta lentidão explica por que a Hanseníase tem uma evolução crônica e por que seu período de incubação é longo, atingindo, em média, três a cinco anos. Há referências sobre períodos de um mínimo de dois anos e um máximo de 20 anos.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Dados extraídos do Guia de Controle da Hanseníase, do Ministério da Saúde.

O diagnóstico por meio da biópsia permite obter uma classificação histológica, ou seja, determina o tipo ou forma da Hanseníase.

No esquema da Tabela 1, feita por Bechelli, pode-se identificar as formas da Hanseníase, conforme suas manifestações.

**TABELA 1 - Identificação das formas de Hanseníase conforme suas manifestações.**

	<b>Tipo Lepromatoso (símbolo, L)</b>	<b>Grupo Indeterminado (símbolo, I)</b>	<b>Tipo Tuberculóide (Símbolo, T)</b>	<b>Grupo Dimorfo (símbolo,D)</b>
Clínica	Manifestações peculiares(lepromas, infiltrações lepromatosas) na pele,nas mucosas, nos olhos, nos nervos periféricos, nas vísceras, com tendência à difusão e expansão periférica.	Manifestações na pele (manchas hipocrômicas, eritemato hipocrômicas ou eritematose) e nos nervos.	Manifestações peculiares na pele e no nervo, com tendência à delimitação e à circunscrição.	Lesões cutâneas semelhantes seja às da lepra lepromatosa, seja às da reação tuberculóide.
Bacteriologia	Presença constante de grande número de bacilos nas lesões, com tendência à formação de globias	Bacilos ausentes ou em número escasso.	Bacilos ausentes ou em número muito escasso, exceto nos estados reacionais, em que podem ser mais abundantes.	Bacterioscopia positiva
Imunologia	I Negatividade habitual da leprominorreação.	Leprominorreação negativa ou positiva	Positividade da leprominorreação em elevada percentagem de casos.	A negativa de reação é habitual.
Histopatologia	Estrutura granulomatosa patogênica; leproma a base de células de Virchow	Estrutura inflamatória simples (infiltrados com predominância de células linfocitárias)	Estrutura granulomatosa tuberculóide, à base de nódulos ou cordões de células epitelióides, às vezes com células gigantes.	Associação das estruturas lepromatosa e tuberculóide em reação.

Considerando as manifestações clínicas, bacteriológicas, imunológicas e histopatológicas da doença, pode-se classificá-la em quatro formas, conforme convenção preconizada no VI Congresso de Leprologia de Madri, em 1953, e aceita mundialmente: Forma Lepromatosa (L), forma Tuberculóide (T), forma Indeterminada (I) e forma Dimorfa (D) (Bechelli, 1984, Gottron e Schönfeld, 1963).

A forma Lepromatosa (L) apresenta lesões típicas, chamadas lepromas, que são aglomerações de células características (células de Virchow), formando nódulos com grande concentração de bacilos. Regiões da pele apresentam-se avermelhadas e com infiltrações que se desenvolvem lentamente. É a forma mais grave da doença que vai piorando progressivamente e se disseminando por todo o organismo, podendo comprometer olhos, nariz, boca, laringe, gânglios linfáticos e alguns órgãos viscerais. O fígado e o baço são acometidos com grande frequência, além dos rins e testículos. Verifica-se também perda de pêlos (alopécia).

A forma Tuberculóide (T) apresenta manifestações na pele como placas, manchas de cor acastanhada e ainda nódulos visivelmente delimitados. O número de bacilos encontrados nestas lesões é muito pequeno ou até nulo e a inflamação ocorre nos nervos periféricos provocando uma atrofia gradual destes, o que traz como sintomas os distúrbios de sensibilidade das extremidades. Os tecidos também são afetados na sua nutrição, porque dependem da inervação periférica. Por isso, a pele se torna ressecada.

A forma Indeterminada (I) , a forma inicial e se manifesta por pequenas manchas hipocrômicas (claras) ou eritematosas (avermelhadas), de limites imprecisos, que podem evoluir para grandes placas, tornando-se regionalizadas. Observa-se com frequência alopecia e distúrbios da sudorese nestas manchas, devido ao comprometimento dos nervos. Ao exame bacterioscópico colhido das lesões, o número de bacilos é geralmente negativo. Existe a possibilidade da regressão das lesões e cura espontânea, mas também pode evoluir para a forma “T” ou “L”.

A forma Dimorfa (D) apresenta manifestações clínicas comuns às das formas Lepromatosa e Tuberculóide, ou seja, aparecem tubérculos e nódulos, mas que não obedecem a uma delimitação, porém, tem a cor acastanhada característica da forma “L”, contendo grande quantidade de bacilos. Podem ocorrer ou não distúrbios da sudorese e alopecia nestas lesões. A presença dos bacilos faz com que ela seja contagiosa, podendo evoluir para a forma “L” se não tratada.

As manifestações nervosas na Hanseníase estão sempre presentes por ser o sistema nervoso periférico, o local onde o Mycobacterium leprae mais se

desenvolve, acusando distúrbios de sensibilidade na região do nervo afetado e nas lesões da pele. Estas manifestações são comuns em todos os casos de Hanseníase, apresentando sempre insensibilidade à dor e à temperatura, o que, em dermatologia, se chama de anestesia. Podem ocorrer ainda perturbações sensoriais, distúrbios motores e espessamento destes nervos. Os nervos mais acometidos são o radial, o cubital, acima do cotovelo, o nervo mediano no pulso, o ciático-poplíteo externo na região do joelho, o tibial posterior na região do tornozelo e o ramo superior do nervo facial, ao nível do zigoma.

O nervo radial, quando acometido, apresenta perda da força dos músculos extensores do punho, impedindo a extensão da mão, produzindo a chamada ‘mão caída’ . Já o cubital, quando acometido, apresenta uma depressão do 1º espaço intermetacarpiano da mão, perda da força do músculo abductor do 2º e do 5º dedos, observando-se, mais tarde, uma deformidade onde o 4º e o 5º dedos permanecem fletidos, instalando-se a chamada ‘mão-em-garra’.

Seguindo a lesão cubital, observa-se na mão uma depressão da eminência tenar (amiotrofia), com dificuldade na abdução do polegar, causada pelo comprometimento do nervo mediano no pulso.

Quando o nervo ciático-poplíteo externo fica comprometido, verifica-se a perda da força nos músculos dorsiflexores e evertores do pé e até paralisia completa do mesmo, impedindo o pé de manter-se na posição normal e fazer o movimento da marcha. A esta lesão se dá o nome de ‘pé caído’ ou ‘pé pêndulo’.

Tanto as deformidades das mãos, quanto as dos pés, provocam lesões secundárias pela sua posição anormal, impedindo os movimentos corretos. Por causa da anestesia e pela perda da sensibilidade térmica e tátil, verifica-se aí, desde lesões na pele, como ulcerações e ferimentos, até lesões ósseas e articulares provenientes de pequenos traumatismos de repetição.

A ‘úlceras plantar’, lesão que ocorre na sola do pé, advém justamente da destruição dos tecidos, infecções e osteomielites que acontecem devido às pressões e tensões sofridas pela marcha defeituosa. Esta úlcera tem também como causa a insensibilidade na planta do pé, pela qual o nervo tibial posterior é responsável. Estando este comprometido, a lesão se instala, provocando ainda, mais tarde, uma deformidade onde os dedos do pé se apresentam fixados em flexão total.

Por lesão dos troncos nervosos, motores ou sensoriais, também a estrutura dos olhos pode se alterar, sendo possível ocorrer dificuldade para fechar os olhos, fotofobia, conjuntivite, perda progressiva da visão e lagofalmo, que é a paralisia do músculo orbicular do olho.

Na forma lepromatosa são comuns as lesões do septo nasal, do palato duro e mole, porque os bacilos encontram-se em grande quantidade nesta região

do aparelho respiratório. Felizmente, lesões oculares como lagoftalmo e lesões do baço, fígado e rins são mais raras.

A transmissibilidade se dá pelo contato direto de um indivíduo doente, virchowiano ou dimorfo, não tratado, a outro são, como, por exemplo, a convivência na mesma moradia, ou contatos consecutivos. A pessoa infectada expõe bacilos através das vias respiratórias, podendo o contágio se dar ainda, em menor escala, pela pele através de ulcerações.

Lombardi (1990), quando comenta sobre a transmissibilidade da Hanseníase, enfatiza questões como a resistência do bacilo ao meio ambiente, sua infectividade, patogenicidade, virulência e poder imunológico. Segundo ele, o bacilo resiste, em solo úmido e temperatura ambiente, até 46 dias e se mantém infectante por 9 dias nas secreções nasais secas de pessoas com Hanseníase da forma ‘L’, fazendo com que, desta forma, sejam dificultadas as tentativas de controle da doença. Estes bacilos, permanecendo vivos por longo tempo no meio ambiente, podem levar a um aumento do número de casos novos, dificultando a interrupção da cadeia de transmissão.

A infectividade, que é a capacidade do bacilo de penetrar num organismo e provocar infecção, provavelmente é alta, levando-se em conta que grande número da população sadia apresenta anticorpos contra o bacilo. Isto significa que essas pessoas tiveram contato com o bacilo, ficaram infectadas e desenvolveram anticorpos contra ele. A condição de infectado é o estado em que se encontram a grande maioria das pessoas que tiveram contatos com doentes infectantes, mas não desenvolveram a doença, ou seja, mantém-se na chamada Hanseníase subclínica, ou ainda, apresentam-se como portadores sãos. Não existe a comprovação de que esses portadores sãos possam transmitir a Hanseníase.

Daí a doença ser considerada de baixa patogenicidade, isto é, são poucas as pessoas infectadas que desenvolvem a doença clinicamente. Gottron e Schönfeld (1963) afirmam que “nas mesmas condições de exposição ao bacilo, somente 3 a 6% dos infectados desenvolvem a doença”(Gottron e Schönfeld, 1963, p.19).

A Hanseníase é considerada ainda de baixa letalidade, isto é, dificilmente leva à morte. Por outro lado, é uma doença altamente incapacitante pelas lesões que provoca nos nervos, afetando a motricidade, deixando seqüelas nas mãos, pés e olhos, tornando impossível a locomoção e o trabalho manual, podendo levar ainda à cegueira. Por causa disso, o doente é afetado também como ser social, uma vez que suas relações sociais também são prejudicadas. As pessoas com quem convive, tanto na família quanto no trabalho, tendem a isolá-lo, tornando-o marginalizado e inoperante na sociedade, fenômeno que ocorre de forma semelhante com outras doenças e deficiências.

Considerando o poder que o bacilo da Hanseníase tem de incapacitar o doente, podemos afirmar que se trata de uma doença cujo agente etiológico é de alta virulência, ou seja, bastante severa.

Assim, o poder imunogênico, que mede a capacidade que um agente infeccioso tem de, depois de penetrar no organismo, gerar imunidade, ou seja, resistência contra a doença, aparece na maioria das discussões sobre Hanseníase. Vários autores como Lombardi (1990), Bechelli (1984) e Bier (1978) evidenciam a importância do fator imunidade, seja na tentativa de explicar a transmissibilidade, seja justificando o desenvolvimento das diversas formas existentes da doença. Aí parece residir a resposta para questões como: Por que a grande maioria da população exposta ao bacilo não desenvolve a doença? E por que alguns desenvolvem as formas benignas, não contagiantes, chamadas fechadas, e outros desenvolvem as formas malignas, contagiantes, chamadas de formas abertas?

Sabe-se que existem dois tipos de imunidade, a celular e a circulante. Quando a imunidade celular predomina no indivíduo, no caso da Hanseníase, ele pode desenvolver uma das formas não contagiosas (paucibacilares), enquanto que, nos casos em que predominam anticorpos contra o bacilo de Hansen circulantes, estes não apresentam resistência e vão permitir o aparecimento das formas contagiantes da doença (multibacilares). Estes anticorpos, apesar de serem específicos contra o *Mycobacterium leprae*, não conferem imunidade ou proteção contra a doença.

Como se dá este fenômeno imunitário, chamado por Bechelli (1984) de “defeito” e por Bier (1978) de “deficiência”, ainda se desconhece.

Portanto, o fator imunidade ou resistência é um componente importante no estudo da Hanseníase. O grau de resistência do indivíduo pode ser verificado pelo Teste de Mitsuda ou Leprominoreação. Mitsuda, citado por Bechelli (1984), preparou, em 1923, um extrato feito com material retirado dos lepromas e injetou intradermicamente 0,1ml deste extrato em um indivíduo sã, observando o estado reacional. No local, verificou o aparecimento de um nódulo eritematoso, o que considerou como reação positiva do organismo à presença do bacilo de Hansen.

A reação de Mitsuda, hoje bastante empregada com o mesmo objetivo. Aplica-se 0,1ml de lepromina preparada (contendo 160 milhões de bacilos), na face anterior do braço, obtendo-se o resultado após 3 semanas. O critério para a avaliação da reação, também aprovado no Congresso de Madri (1953), segue a convenção citada por Bechelli:

‘Reação negativa (-): caracteriza a ausência total de reação do organismo frente ao bacilo.

Reação duvidosa (+): apresenta infiltração dificilmente apreciável e menor do que 3mm de diâmetro.

Reação positiva fraca (+): infiltração palpável e visível, com 3 a 5mm de diâmetro.

Reação positiva forte (++): infiltração com nódulo maior que 5mm de diâmetro.

Reação intensa(+++):quando a infiltração se apresenta com supuração”(Bechelli, 1984, p.351).

A reação positiva, quando fraca, indica que o indivíduo apresenta um certo grau de resistência à Hanseníase. Quanto mais intensa a reação, maior o grau de resistência, ou seja, mais proteção o organismo tem contra o bacilo. Já a reação negativa indica nenhuma resistência, estando o indivíduo exposto ao risco de contrair a doença. Bier (1978) comenta que o Teste de Mitsuda não deve ser indicativo de que houve contato prévio com o bacilo de Hansen, porque reações positivas são observadas, tanto em áreas com grande número de casos, quanto em áreas isentas da moléstia.

Pode-se dizer que o Teste de Mitsuda é uma medida eficaz para o controle da doença, quando se quer verificar o grau de resistência à doença, principalmente entre os comunicantes, que são as pessoas que convivem na mesma moradia ou que mantêm contatos permanentes com o doente. Se o teste de Mitsuda for negativo em algum destes comunicantes, este terá maior facilidade de adquirir a doença do que os de reação positiva. Além disso, os leprominorreação negativos têm tendência a desenvolver a forma lepromatosa (L) da Hanseníase, ou seja, uma forma multibacilar e contagiosa.

O grau de resistência duvidoso ou fraco indica que o paciente pode desenvolver, ou já desenvolveu, uma forma paucibacilar, como a forma tuberculóide (T), em que a infecção se limita a pele e nervos, podendo ocorrer a autodestruição dos bacilos e evoluir para a cura.

Como vimos, a Hanseníase é uma doença infecciosa e transmissível de uma pessoa a outra. É conhecida mundialmente com o nome de Lepra, porém, no Brasil, é denominada de Hanseníase, numa tentativa de minimizar o estigma que acompanha a doença, fazendo alusão ao descobridor do bacilo, Gerard Hansen. As lesões provocadas no tecido cutâneo e nervoso pela doença faz com que apareçam deformidades nestes tecidos, principalmente nas extremidades como pés, mãos e rosto, impedindo, muitas vezes, o doente de trabalhar, além de lhe conferir um aspecto físico deformado, excluindo-o também do convívio em sociedade.

## **2. HISTÓRICO DA HANSENÍASE**

### **2.1 As primeiras referências sobre a doença**

Apesar do avanço das investigações, a origem da Hanseníase é, ainda, um ponto obscuro para os pesquisadores. Existem poucos registros, referências e discussões sobre o aparecimento da doença, o que torna difícil uma abordagem mais precisa sobre o tema.

Na Alexandria, 300 anos antes de Cristo, o mais famoso centro de estudos de medicina da Antigüidade, já se estudava a chamada ‘Elephantíasis’ que, por muito tempo, foi confundida com a Hanseníase e tratada como tal (Koelbing, 1972).

As primeiras referências confirmadas, no entanto, apenas descrições da doença, foram encontradas na Índia e no Egito, datadas do século 7 a.C. (Frohn, 1933). Sabe-se ainda que, na época em que Cristo viveu, conforme citação bíblica, havia casos de Hanseníase. No Antigo Testamento, em Levítico, capítulo 13, encontra-se toda uma orientação sobre a doença, seus sinais para identificação e cuidados em relação aos doentes, mas, dificilmente se pode comprovar que realmente se tratava de Hanseníase. É possível que se tratasse de manchas dermatológicas de outra etiologia, ou, como observa Garmus:

“Os casos aqui elencados (na Bíblia), sob o termo genérico ‘lepra’, incluem também simples infecções da pele, ou até manchas na roupa ou em edifícios. A lepra, como outras doenças, são algo de anormal, e por isso ameaçador, que se opõe a saúde normal” (Garmus, 1983, p.136).

Os sacerdotes tinham a missão de diagnosticar e tratar a doença, visto que se relacionava com uma fraqueza oriunda de pecados e devia ser combatida

através de sacrifícios, purificações e rituais que incluíam desde a queima de objetos pessoais até o contato direto do doente com o que se julgava puro, assim como um pássaro, a mangerona, a água ou a madeira de cedro (Chouraqui, 1978).

Quanto à Idade Média, o que se pensava e o que se sabia da Hanseníase pode ser encontrado apenas nas informações dos manuscritos deixados pelos médicos da época. Além destes manuscritos, a arte e a literatura também contribuíram para a identificação da doença. Estes médicos afirmavam que o maior problema, com relação ao número de casos, localizava-se realmente no Egito (Frohn, 1933).

Contudo, Koelbing contesta esta informação e diz que:

“A lepra do antigo Egito, sobre a qual temos conhecimentos, não pode ser a mesma que a da atualidade; e nem a Lepra do Antigo Testamento pode ser identificada com a nossa” (Koelbing, 1972, p.30)

Segundo seu ponto de vista, a doença era confundida com outras doenças de pele existentes naquela época, assim como a elefantíase, a sífilis ou dermatoses.

Na verdade, até o século XIV, o nome lepra tanto significava lesões provocadas por queimaduras, escamações, escabiose, câncer de pele, lupus, escarlatina, eczemas, sífilis, quanto lepra verdadeira.

Frohn (1933) afirma que, entre 1098 e 1179 d.C., Santo Hildegardo, um abade alemão, com grande senso de observação e com conhecimentos médicos, foi o primeiro a escrever sobre as formas diferenciadas da Hanseníase, bem como sobre a adoção de um tratamento sistemático para a doença. Suas anotações se referiam a um tipo de Hanseníase “ulcerosa”, uma “rubra” e outra “álba” e dizia ainda que a doença do tipo “rubra” se manifestava em indivíduos coléricos, com vícios de embriaguez e gula. Já a Hanseníase do tipo “álba” e a “ulcerosa”, eram mais comuns em libidinosos e, como estes vícios dificilmente podiam ser controlados, a doença tardaria a evoluir para a cura.

De um modo geral, o doente nesta época era considerado pecador e, como comenta Schmitt e parafraseando uma concepção corrente do período, “a lepra também é a prova corporal do pecado: a corrupção da carne manifesta a da alma” (Schmitt, 1990, p.272).

Na Idade Média, a peste, assim como a guerra, era vista como um castigo de Deus pelas faltas e pecados dos homens. Com a Hanseníase não era diferente, pois os doentes resignavam-se frente ao destino que a Providência lhes havia

preparado e aguardavam a morte que só depois de longos anos os premiava. Na visão de Rosen:

“A lepra representou a grande praga, a sombra sobre a vida diária da humanidade medieval. O medo de todas as outras doenças, juntas, dificilmente pode comparar-se ao terror desencadeado pela lepra” (Rosen, 1994, p.59).

Portanto, além da deformidade física, característica própria da doença, a falta de informações sobre o seu modo de transmissão e controle ou cura e o medo da exclusão social, que acompanhava os hansenianos nesta época, contribuíram, certamente, para que a Hanseníase se tornasse uma doença temida nas populações medievais.

Nas cidades acometidas pela epidemia, qualquer pessoa ou coisa podia ser temida, já que a doença permanecia e as medidas profiláticas não surtiam o efeito desejado, restando, nestes casos, acreditar na vontade divina. Além disso, a relação divina com as calamidades, flagelos e doenças era um fato aceitável pela grande maioria: “É um flagelo da ira de Deus...” (A. Paré, citado por Delumeau, 1989, p.145).

A consequência disso é que, na concepção medieval, para se obter a cura, era preciso arrepender-se e regenerar-se diante de Deus e a maneira de fazê-lo era pela penitência e sofrimento. Os próprios médicos se valiam destes preceitos para justificar o seu fracasso e a permanência da doença.

Os medievais acreditavam na existência de seres misteriosos que habitavam os céus e que provocavam as tempestades, a loucura e as doenças. Portanto, convinha tratar com prudência os que eram responsáveis por sua saúde ou doença, prosperidade ou miséria. Muitos “santos”, que também habitavam os céus, eram invocados a proteger as pessoas das diversas doenças que por sua vez, recebiam nomes de santos. Assim, a Peste Bubônica recebeu o nome de “mal de São Roque ou de São Sebastião”; a Gangrena era chamada de “fogo de Santo Antônio” e a Hanseníase de “mal de São Lázaro”. Lázaro, no Novo Testamento, em Lucas 16,19-31, tem suas lesões hansênicas sendo lambidas pelos cães, se contentando com as migalhas que caíam da mesa do rico. Quando morre, vai para o seio de Abraão, enquanto que o rico vai para o inferno. Daí provavelmente tenha surgido o nome de Lazareto para as pequenas construções feitas para estes doentes nesta época.

Santo Hildegardo prescrevia tratamentos para a doença, utilizando pomadas e longos banhos de suor por vários dias, banhos em sangue de cavalo e emplastros de terra e sangue. O sangue, fator de força e saúde, era amplamente utilizado no tratamento da Hanseníase. Hildegardo confiava muito em suas prescrições e dizia que “O doente ficará saudável ou Deus não permitirá a sua cura” (Frohn, 1933, p.18).

O grande mérito de Hildegardo (1098-1179), no entanto, foi ter diferenciado a Hanseníase de outras patologias como a escabiose, descamações e ulcerações dermatológicas de outra etiologia, possibilitando, mais tarde, também o diagnóstico diferencial da doença em relação ao escorbuto e à sífilis.

Nos autores medievais examinados, se percebe a parcialidade e a imperfeição na descrição da Hanseníase, seus sintomas, etiologia e transmissibilidade. Na bibliografia sobre o assunto, aparece sempre a repetição de informações, mostrando claramente a influência de Galeno e Avicena.<sup>5</sup>

Estas informações acrescentaram muito pouco ao que já se sabia sobre a doença. Além disso, aos médicos medievais só interessava a identificação da doença para depois encaminhar o doente para longe da cidade, para isolamento. O tratamento não trazia resultados animadores e esta situação perdurou ainda por vários séculos.

Uma importante complementação às descrições médicas desta época pode ser encontrada na literatura e na arte. A partir de quadros, pinturas, esculturas da Idade Média, é possível recuperar e construir a completa sintomatologia da Hanseníase. Sinais como nódulos, mutilações, mão-em-garra, queda do cabelo, falam claramente da doença. Ou, como pensava Virchow:

“Destas forma, as representações da lepra através da arte alcançam um grande significado, pois elas nos mostram claramente que o que aterrorizava nossos antepassados era verdadeiramente lepra” (Virchow, 1860, p.62).

A Hanseníase encontra-se também representada em pinturas que retratam cenas bíblicas do Antigo e do Novo Testamentos, como as que mostram Cristo curando leprosos, ou, ainda, representando Lázaro, um leproso típico.

Nestes quadros, os doentes são identificados através da queda de cabelo, atrofia nas mãos e pés, mutilações e úlceras. Na Hardenrathkapelle em Köln, encontramos uma representação de São Martinho, onde ele aparece dividindo seu manto com mendigos, dois deles leprosos, pelas características dos sintomas representados. Em Bonn, encontra-se uma escultura, datada do século XVIII, que representa Lázaro, segurando, em uma das mãos, uma matraca e na outra, uma tigela para recolher esmolas. Pode-se verificar que suas coxas e as extremidades, pés e mãos, estão cobertas de ulcerações.

A literatura e a arte nos mostram que os artistas na Idade Média sabiam caracterizar bem os sinais e sintomas da doença, reconhecidos nas inúmeras vezes em que foram reproduzidos. Estes artistas, provavelmente tiveram freqüentes contatos com doentes, o que se explica pela forte presença da doença na época.

---

<sup>5</sup> Galeno (130-201 d.C.) através de seus apontamentos influenciou a medicina medieval até o século XVI e Avicena (1000 d.C.) médico árabe, também com grande influência na medicina medieval.

## 2.2 A doença na Europa

Na Europa, a Hanseníase alcançou seu ponto máximo de disseminação e contaminação entre os séculos XI e XV, com o pico no século XIII e XIV (Rosen, 1994).

A questão do aparecimento e alastramento da Hanseníase na Europa, no entanto, não está suficientemente esclarecida na literatura consultada. Há uma concordância entre os autores de que os primeiros doentes tivessem vindo principalmente do Egito e da Índia.

Schlotter (1967) acredita que os judeus trouxeram a doença para a Síria, para a Palestina e daí para a Europa. Para a Itália a doença pode ter sido levada pelos soldados após as batalhas na Síria em 67 a.C. A suposição de Schlotter é de que estes soldados tenham levado a doença também para a Espanha, Bretanha e Gália. Para a Alemanha, acredita-se que a Hanseníase tenha sido trazida pela imigração dos povos germânicos. Fato é que, nos primeiros anos da era Cristã, todos os países da Europa registravam a presença da doença (Richter, 1911).

Para Ackerknecht (1963), o domínio árabe também foi importante na disseminação da doença na Europa, porque os árabes eram originários de regiões altamente infectadas, que se espalharam pela Espanha e sul da França, mantendo contatos com populações até então livres da Hanseníase ou que contavam com pequeno número de infectados.

Outros autores como Frohn (1933), Virchow (1860) e Hansen (1897) defendem a teoria de que a Hanseníase já existia na Europa na época da introdução do cristianismo e que se tornou endêmica na Idade Média entre quase todos os povos conhecidos.

Na visão dos medievais, as principais causas da disseminação da doença eram o contágio, a hereditariedade, o clima e a alimentação inadequada. Portanto, a Hanseníase teria se tornado endêmica devido a associações de fatores como as más condições de higiene, alimentação e moradia. Esses fatores tinham origem no rápido crescimento da população e sua concentração no confinado espaço das cidades medievais, favorecendo a promiscuidade. Além disso, o poder coercitivo dos órgãos públicos era também um fator controlador de espaços e de pessoas, com a finalidade de manter a ‘paz e a ordem’. Estas

idades enfrentavam ainda o problema da aglomeração, pois, além de os espaços serem mínimos para a população urbana existente, eram também ocupados pelos camponeses, seus animais e pertences. Nestas cidades, por motivos de segurança, construíam-se muros, grandes portões de entrada e fossas em suas divisas, que impediam sua expansão geográfica. A falta de espaço e as condições econômicas precárias, aliadas à falta de limpeza nas ruas, falta de controle nos alimentos, pouca luz e circulação de ar, falta de água potável e canalização dos dejetos, favoreciam o aparecimento e desenvolvimento de várias doenças, inclusive da Hanseníase (D’Haucourt, 1994).

Não se pode precisar como eram as condições sanitárias na Idade Média, porém se sabe que a expectativa de vida situava-se em torno de trinta anos e a mortalidade infantil era bastante alta. Estes dados estavam aliados à subnutrição e penúria, condições em que as epidemias se disseminavam, assim como pensa D’Haucourt: “As doenças na Idade Média eram mais ou menos as mesmas que as nossas: mas a lepra e a varíola, importadas no tempo das Cruzadas, eram, na época, de extrema virulência” (D’Haucourt, 1994, p.113).

O movimento das Cruzadas e dos peregrinos é também considerado fator de disseminação da Hanseníase na Europa medieval (Rosen, 1994). Muitos cruzados encontravam-se infectados pela doença, ou por aquilo que, naquela época, era considerado como Hanseníase. Frohn ressalta que as Cruzadas se estenderam e permaneceram décadas no Oriente Médio, que na época estava infestado pela doença. Ao retornarem às suas casas, certamente os cruzados teriam levado a Hanseníase até o mais remoto povoado, contribuindo, desta forma, para a disseminação da doença.

Para Schipperges (1985), uma das principais causas do aumento do número de casos de Hanseníase na Europa, nesta época, foi o atraso da medicina. Os médicos medievais eram incapazes de distinguir a Hanseníase de outras doenças dermatológicas, chegando a classificá-la em duas formas, a Lepra Verdadeira e a Lepra Falsa.

Isto pode explicar a freqüência com que a cura espontânea era mencionada. Alguns autores descrevem a questão da cura espontânea, vista pelos médicos da época como sendo conseqüência da melhoria nas condições de higiene e dos esclarecimentos sobre a sua importância. Estes médicos negavam que a transmissibilidade pudesse se dar através das migrações ou do deslocamento de soldados, comerciantes e povoadores, ou ainda pelas Cruzadas (Hecht, 1982; Schadewaldt, 1973; Varron, 1955).

A possibilidade de contágio também pode ter sido muito maior neste período, porque se sabe que, onde não existe ou quase não existe a doença, ela se dissemina de forma mais acelerada, configurando-se, na maioria das vezes, uma epidemia (Frohn, 1933).

Na Idade Média, com o cristianismo, também vieram mudanças na forma de pensar e tratar as doenças. Os doentes não eram mais considerados pecadores que expiavam suas culpas mas sim, pessoas carentes de cuidados especiais. Desta forma, era tarefa santificadora tratar e cuidar de doentes, e, portanto, foi assumida pela Igreja e seguida por várias pessoas, inclusive por membros da nobreza.

A relação do cristianismo com os hansenianos está ligada à vida de Jesus. No Novo Testamento (Mateus 8,1-14; Marcos 1,40-45; Lucas 5,12-16; Lucas 17,11-19) encontram-se relatos sobre a dedicação de Jesus aos hansenianos através dos milagres da cura destes doentes. Com as palavras: “Os cegos vêem e os coxos andam, os leprosos ficam limpos e os surdos ouvem, os mortos ressuscitam e os pobres são evangelizados” (Mateus 11,5-6), Cristo quer expressar, além do objetivo da Sua missão, a Sua piedade e compaixão principalmente para com os doentes e marginalizados, e ambas são características dos hansenianos.

E ainda, segundo as palavras de Jesus, por ocasião do juízo final, ser dito: “Em verdade vos digo, todas as vezes que fizestes a um destes meus irmãos menores, a mim o fizestes” (Mateus 25,40). Assim, o cuidado e a assistência ao hanseniano passou a ser o cuidado ao próprio Cristo. Harbrich comenta que Santa Elizabeth da Turíngia (1207-1231) recolheu muitos hansenianos, lavou-lhes os pés e as mãos e até chegou a beijar-lhes as feridas, disse: “Como nós somos afortunados em poder banhar e cobrir Nosso Senhor” (Harbrich, 1983, p.26). Também São Francisco de Assis (1181-1231) encontrou Cristo em um hanseniano e o beijou fraternalmente (Harbrich, 1983, p.26).

Os sofrimentos passavam a ser uma penitência para merecer a salvação. Assim: “A Igreja tinha o cuidado de lembrar com freqüência aos fiéis o seu fim último” (D’Haucourt, 1994, p.113). O sofrimento, então, devia ser visto com respeito e consideração, superando qualquer sinal de repugnância ou insatisfação.

Muitas atitudes de nobres foram benditas e engrandecidas quando, na tentativa de evidenciar sua bondade, convidavam hansenianos para participar da sua mesa ou lhes beijavam o rosto deformado pela doença.

A cristandade fazia incluir na “Família de Deus” todas as criaturas do mundo. Os hansenianos, por exemplo, eram colocados à distância das cidades, nos leprosários, porém a uma distância suficiente para que pudessem ser controlados. Assim, a sociedade medieval os afasta porque são “perigosos”, mas ao mesmo tempo lhes dedica caridade por uma questão de consciência cristã. Esta mesma sociedade cristã excluiu também pessoas acometidas por outras doenças, bem como aleijados, ociosos, desempregados e estrangeiros. O isolamento dos doentes era feito formalmente, de acordo com regras minuciosas e precisas. Identificado o hanseniano, seu processo de isolamento era iniciado pela representação simbólica de sua morte para o mundo dos sãos: vestiam-lhe

uma mortalha, lia-se a missa para mortos e jogava-se terra sobre o hanseniano, acompanhando-o depois até o lazareto (Rosen, 1994).

Estes excluídos da sociedade medieval, por serem grupos frágeis, freqüentemente eram culpados por desgraças, flagelos e epidemias que ocorriam nas localidades onde estavam presentes em grande número. Assim, para justificar o aparecimento da Peste Bubônica, os medievais se expressavam como descreve Delumeau:

“Os culpados potenciais, sobre os quais pode voltar-se a agressividade coletiva, são em primeiro lugar os estrangeiros, os viajantes, os marginais e todos aqueles que não estão bem integrados a uma comunidade, seja porque não querem aceitar suas crenças - é o caso dos judeus-, seja porque foi preciso, por evidentes razões, isolá-los para a periferia do grupo - como os leprosos - seja simplesmente porque vêm de outros lugares e por esse motivo são em alguma medida suspeitos” (Delumeau, 1989, p.140).

Desta forma, judeus, pobres e hansenianos foram perseguidos e acusados de terem envenenado poços e fontes de água e, assim, espalhado a Peste. (Delumeau, 1989; Mollat, 1989). Em 1321, mais de vinte anos antes do aparecimento da Peste, muitos hansenianos foram executados na França, além dos que morreram vítimas da Varíola, da própria Peste e de outras doenças endêmicas da época.

A idéia de combater as doenças como parte de movimentos da cristandade espalhou-se rapidamente e atraiu populações inteiras. Os pobres e a alta nobreza, aliados na mesma religião, vivenciaram um contato mais intenso entre si, além do contato mais próximo com os doentes. Este fato contribuiu para que o medo da contaminação se dissipasse, fazendo com que a doença se espalhasse ainda mais.

Então, a Hanseníase, antes considerada doença dos pobres, especialmente de mendigos, vagabundos e prostitutas, atingiu também príncipes, nobres, bispos e abades. Por causa disso, a doença passou a receber mais atenção por parte das autoridades.

O interesse pela Hanseníase, sua etiologia e tratamento, começou a se evidenciar na Europa a partir do século XVII, quando foram construídos os primeiros leprosários, que eram pequenos hospitais ou casas para hansenianos, geralmente sob responsabilidade de religiosos.

A esse respeito, Virchow (1860) explica que os leprosários espalham-se com a cultura da Igreja e dos mosteiros, e essa cultura era, naquele tempo, essencialmente cristã. Mas, com isso multiplica-se não só o número de casas de leprosos, mas também os hospitais, hospedarias e pensões para miseráveis e

como não se pode negar que doença e pobreza estão relacionados com o desenvolvimento da cristandade na Europa medieval, também não se pode separar o crescimento da lepra do desenvolvimento da cristandade: - “O pobre torna-se um eleito de Deus, a imagem viva de Cristo, voluntariamente encarnado numa natureza pobre” (Bonnassie, 1985, p.144).

Na verdade, o primeiro leprosário da Europa foi construído em St. Oyen (hoje St. Claude) na França, no ano de 460 d.C., e depois, somente na metade do século VII foi construído o de Metz, na então Alemanha e o de Verdun na França. Eram edificações que abrigavam até 12 pessoas, construídas do lado de fora das cidades e acompanhadas de uma capela e um cemitério.

Existem descrições sobre a forma como eram acomodados os doentes nestes leprosários medievais: dentro das habitações, cada doente tinha direito a uma cama, um baú ou arca para guardar seus pertences e um lugar para acender sua vela. Conforme estatutos, os doentes tinham direito a receber a visita do médico pelo menos uma vez ao ano, porém, alguns chegaram a ficar até onze anos sem uma visita médica (Faes, 1966). Isto nos leva a acreditar que, se acaso algum dos pacientes não era portador de Hanseníase e lá se encontrava por erro médico, comum na época, seria contaminado e desenvolveria a doença pelo tempo de exposição e contato com os outros hansenianos. Além disso, este fato caracteriza o abandono em que se encontravam estes doentes, isolados e esquecidos, fora das cidades e do convívio social.

A benemerência da Igreja a tornava inseparável dos leprosários. Na Espanha, a administração das casas para hansenianos era responsabilidade da Igreja, assim como o bem-estar dos doentes. Em Astúrias, os leprosários sobreviviam com doações de doentes e de senhores, além de esmolas fixas doadas por entidades ou pessoas. A mendicância era praticada por quase todos os hansenianos na época (Faes, 1966).

Mollat afirma que:

“..já em meados do século XIII, existiam 19 mil leprosários na cristandade ocidental; não havia povoado que não possuísse um, e, nas cercanias das grandes cidades, eles eram numerosos” (Mollat, 1989, p. 141).

Para ingressar nos leprosários, os doentes precisavam de uma autorização da Igreja e de um “atestado médico” que comprovasse a doença, além de fazer uma doação de todos os seus bens e rendas ao hospital. Faes transcreve o conteúdo de um certificado médico expedido por um cirurgião em Astúrias, no ano de 1590:

“Digo yo Pedro de Hortega, cirujano, vecino de Mordonedo que, visitado, mirado, apalpado e tentado las partes necessárias de la carne de Maria, hija de Lope Gonçales, vecino de San Cristobal, para el conocimiento de

su enfermedad y mal. Y despues de bien bista y picandola y travandola con las erramientas abtas a ello, e visto su poco dolor y sentimiento de sus carnes y por la color dellas y con la demás información que della e savido, la dicha Maria tiene una de las espécies de la ordem del Sr. San Laçaro, no confirmada ba en rastro berdadero della y ansi me parece se puede acojer en la dicha ordem y tenerse por ella. Y este es mi parecer salbo eror. En Mondonedo a binte e quatro de abril 1590 anos” (Faes, 1966, p.73).

O isolamento dos hansenianos se deu também por questões biológicas relacionadas à própria doença, para a qual, na época, se desconhecia tratamento e estava sem controle. Fato é que a Hanseníase começou a diminuir consideravelmente no Ocidente, sem contudo desaparecer, a partir do século XIV.

Após o III Concílio de Latrão (1179), o isolamento passou a ser mais intenso e os doentes deviam estar identificados como hansenianos para poderem transitar, eventualmente, pelas cidades. Le Goff, comentando sobre a marginalização destes doentes, descreve:

“O II Concílio de Latrão, de 1179, autorizando a construção de capelas e cemitérios no interior das leprosarias, contrubuiu para fazer delas outros tantos mundos fechados, de onde os gafos só podiam sair agitando matracas para que as pessoas deles se afastassem, ...” (Le Goff, 1984, p. 82)

Para todos os hansenianos estava determinado o uso de vestimentas que tornassem possível seu imediato reconhecimento. Esta vestimenta compunha-se normalmente de um manto, um chapéu de abas largas e bermudões de cor escura, e na túnica, traziam bordada a figura de São Lázaro. Usavam luvas e carregavam na mão, ou preso a um cordão junto ao corpo, um corno ou uma matraca de madeira (Frohn, 1933).

Na Alemanha, principalmente na Renânia, a Hanseníase se tornou uma epidemia entre 1000 e 1500. No século XVII, quase todas as cidades como Elberfeld, Düsseldorf, Koblenz, Ratingen e Trier possuíam um leprosário. Já Bonn tinha três e Köln, quatro. Durante todo esse período, os leprosários continuaram se multiplicando em toda a Alemanha. Na Itália e na França, porém, a situação já estava controlada nesta época, não se caracterizando mais como epidemia mas contando ainda com muitos doentes (Hecker, 1964).

Durante os séculos XVIII e XIX, quase toda a Europa adotava o isolamento como tratamento para os hansenianos e constatava uma lenta e gradativa diminuição no número de doentes. Esta diminuição no número de

casos pode ter ocorrido pela evolução normal da doença e principalmente pelo isolamento de doentes, o que dificultava a transmissão.

Preocupados com a questão da Hanseníase em todo o mundo no século XIX, pesquisadores europeus convidaram vários países, inclusive o Brasil, para participarem da “Conferência sobre a Lepra”, que aconteceu em Berlim, em outubro de 1897.

Nesta Conferência foram apresentadas as novas descobertas de cientistas e médicos, como Danielsen, que, em 1847, identificou as formas tuberculosa e anestésica da Hanseníase; Virchow, que em 1860 identificou a forma “L” da doença e sua contagiosidade, e ainda Hansen, que em 1873 isolou o bacilo e descobriu a forma de transmissão da doença.

Além disso, todos os participantes apresentaram a situação da doença na época, em seus países, bem como os problemas enfrentados no controle e no combate à Hanseníase.

Na Europa, continua Kübler, a Inglaterra, a Holanda, a Bélgica, a Dinamarca, a Alemanha e a Áustria eram países onde quase não existiam mais casos de Hanseníase. Na maioria destes países, eram encontrados apenas alguns doentes que, infelizmente, haviam trazido a doença de outros países. A Alemanha enfrentava problemas na sua fronteira com os países eslavos onde existiam inúmeros casos não controlados.

Em Constantinopla foram encontrados entre 400 e 500 hansenianos. Na Romênia viviam 208 doentes espalhados pelo país. Na Grécia eram mais ou menos 400. Na costa do mar Adriático, apenas San Remo, Livorno, Sicília e Malta eram regiões com número significativo de doentes. Na Espanha, os 1.200 casos registrados encontravam-se principalmente na região costeira da Galícia, Astúrias, Andaluzia, Granada e Catalunha. Na França se encontravam vários doentes na região central e em Paris existiam 160 a 200 casos, mas a maioria havia se infectado em países vizinhos. Na Suíça existiam apenas 70 doentes e em Helsinque, 36.

Hansen (1897), defendendo a questão do isolamento facultativo ou obrigatório dos hansenianos, apresenta sua tabela sobre a Hanseníase na Noruega:

**TABELA 2 - Isolamento facultativo ou obrigatório de hansenianos  
(1856-1890)**

Ano	Total no começo do ano	Casos novos	Mortos	Curados	Emigrados	Em casa	No asilo	Total até o final do ano
1856	-----	238	-----	-----	-----	2598	235	2837
1857	2833	242	293	3	15	2339	427	2766
1858	2766	210	224	3	3	2294	475	2769
1859	2769	239	213	8	7	2267	521	2790
1860	2790	219	251	1	6	2218	539	2757
1861	2757	219	239	6	14	2028	711	2739
1862	2739	211	215	5	11	2009	698	2707
1863	2707	196	192	5	4	1947	749	2696
1864	2696	201	202	-----	8	1914	781	2695
1865	2695	201	205	5	8	1910	772	2682
1866	2682	203	214	3	10	1879	795	2674
1867	2674	200	191	8	4	1876	787	2663
1868	2663	206	210	6	7	1865	788	2653
1869	2653	183	199	10	13	1820	787	2607
1870	2607	187	203	4	13	1762	764	2526
1871	2526	170	238	2	16	1681	747	2428
1872	2428	131	205	5	10	1627	708	2335
1873	2335	129	177	9	17	1592	672	2264
1874	2264	137	183	6	9	1566	643	2209
1875	2209	134	203	5	14	1499	623	2122

1876	2122	115	187	3	6	1440	613	2053
1877	2053	110	163	3	7	1372	629	2001
1878	2001	105	149	10	8	1341	618	1959
1879	1959	88	162	5	10	1277	602	1879
1880	1879	72	150	7	7	1178	617	1795
1881	1795	60	164	5	8	1092	608	1692
1882	1692	66	137	11	7	1061	553	1914
1883	1614	87	127	9	5	1022	535	1557
1884	1557	55	140	10	2	944	519	1463
1885	1463	71	146	9	12	855	522	1377
1886	1377	48	135	16	9	748	522	1270
1887	1270	47	111	2	3	704	514	1218
1888	1218	27	99	8	1	631	524	1156
1889	1156	27	86	9	12	551	530	1081
1890	1081	10	122	6	2	447	507	954

FONTE – HANSEN, 1897, s.d.

Ainda durante a Conferência, o representante de Portugal, ao apresentar a situação da doença em seu país, anunciava a soma de 466 casos registrados, mas estimava que o total não era inferior a 1.000. Apontou as regiões de Braga, Aveiro e Coimbra como as mais importantes em número de casos, seguidas por Santarém, Vizela, Faro e Porto. A dificuldade que o país enfrentava com a implantação do isolamento também foi comentada, além disso, para exemplificar os casos em que a doença fora contraída noutro país, ele cita o caso de um homem que foi ao Brasil para fins comerciais e lá contraiu Hanseníase (Falcão, 1897).

Em Portugal se acreditava inicialmente na transmissão pela hereditariedade. Mesmo depois de provada a transmissibilidade pelo convívio, algumas medidas de controle foram adotadas no país, concernentes à transmissão por esta via, como por exemplo, organizar estudos específicos de leprologia das Escolas de Medicina, determinar o número de casos através de inspeção médica, estabelecer colônias para hansenianos e divulgar noções sobre a hereditariedade da doença.

Koeller (1897), ao apresentar a história da Hanseníase na Polônia, na Conferência de 1897, afirma que existia um grande número de doentes em Posen, Kosten, Glogau e Cracóvia. Os hansenianos poloneses eram internados em hospitais gerais até 1466, quando passaram a ser isolados em pequenos leprosários. A preocupação maior era a de que a medicina ainda não havia encontrado a cura para os doentes e que a Hanseníase acometia pobres, velhos, mulheres grávidas, outros doentes, crianças em idade escolar e jovens. Por causa disso, pede às autoridades que a doença passe a ser tratada como uma emergência, pois o prognóstico era que, dentro de pouco tempo, toda a Polônia fosse infectada.

O Brasil não participou dessa Conferência com representantes, porém, conforme relata Sousa-Araújo (1956), foi enviada uma comunicação para a Conferência, escrita pelo Dr. Azevedo Lima, da qual não se tem notícias de ter chegado a tempo, ou se não chegou ao destinatário, ou simplesmente se não foi publicada por estar em português. Esta comunicação continha, além de dados sobre as tentativas de profilaxia, a preocupação com a endemia.

### **2.3 A doença no Brasil**

Nos três primeiros séculos decorridos depois do descobrimento, os conhecimentos sobre a ciência médica no Brasil nada mais eram do que noções, idéias e preceitos adquiridos empiricamente pela observação imediata dos casos e, algumas vezes, por informações recebidas de visitantes de outros países.

De Portugal raramente eram enviados profissionais médicos para aqui se estabelecerem. Quando vinham, ficavam sempre por um curto espaço de tempo. Isto se devia às precárias condições culturais, ao ambiente considerado hostil e ao um baixo nível econômico em que se encontrava o país no período colonial. Mesmo assim, algumas patologias foram registradas, e, para se ter uma idéia da situação de saúde do país neste período, pode-se citar as enfermidades que mais acometiam os habitantes: o bócio endêmico, parasitoses e dermatoses de várias etiologias, infecções intestinais, a varíola, o sarampo, a escarlatina, a tuberculose, a lepra, as doenças venéreas, e outras infecções, conforme citavam Santos Filho (1960), Schmitt (1990) e Costa (1985).

A preocupação para com estas enfermidades começou a se evidenciar quando as autoridades governamentais incluíram no seu programa de colonização, a construção de hospitais, lazaretos, dispensários e asilos para recolher pobres ou doentes, a pedido, principalmente, de religiosos. A partir de então, edificaram-se as Santas Casas de Misericórdia, a exemplo das que existiam em Portugal (Paixão, 1979; Santos Filho, 1960).

Os jesuítas, que na sua grande maioria administravam as casas que prestavam atendimentos de saúde e educação, se utilizaram dos seus conhecimentos sobre medicina, medicamentos e atendimentos de enfermagem para atender, curar e conquistar para a catequização, a população nativa e os novos habitantes vindos de Portugal.

Os jesuítas, vindos da Europa numa época em que a Hanseníase ainda aparecia em alguns países sob forma de focos endêmicos, tinham conhecimentos sobre a doença e identificaram a Hanseníase em algumas pessoas, inclusive em indígenas. Ainda assim, não se pode afirmar que a doença existia entre os índios no Brasil antes da vinda dos europeus ( Sousa-Araújo, 1956).

Em 1740, ano em que aconteceu no Rio de Janeiro a 1ª Conferência Médica sobre a Hanseníase no Brasil, cujo objetivo era indicar e uniformizar o tratamento a ser dispensado aos hansenianos, o número de doentes nesta capital era estimado em 400 e a doença existia oficialmente desde o ano de 1600. Ao escrever seu artigo sobre o aparecimento da Hanseníase no Brasil, Terra relata que:

“No fim do século XVII, reconhece-se a existência de grande número de leprosos no Rio de Janeiro. A população mostrava-se alarmada com o incremento da doença no centro populoso e clamava por medidas de defesa de sua saúde” (Terra, 1919, p.33).

Sousa-Araújo comenta sobre a situação da Hanseníase no Brasil na época dos Vice-Reis e transcreve:

“Providências tomadas contra a lepra na capitania do Rio de Janeiro, de 1640 a 1765:

1. Tentativa infrutífera de fundação de um hospital para Lázaros na Igreja da Conceição e casas anexas em 1697.
2. Na correição de 1739, do Ouvidor Geral João Soares Tavares, estima em mais de 400 os leprosos da cidade e propõe a fundação de um leprocômio.
3. Em 1740 o Senado da Câmara e o Ouvidor Geral João Alvares Simões reforçam a El-Rey o pedido da fundação de um leprocômio.
4. D. João V, atendendo ao pedido do Senado da Câmara ordenou, em 1741, ao Governador e Capitão General da

Capitania do Rio de Janeiro, Gomes Freire de Andrade, que fundasse esse lazareto.

5. Fundação em 1741, por Gomes Freire de Andrade, do primeiro Hospital para Lázarus no Brasil” (Sousa-Araújo, 1956, p. 25)

O Brasil, no período colonial, estava diretamente ligado a Portugal, que, por sua vez, se encontrava também atrasado na sua medicina em relação aos outros países europeus.

O nível de conhecimento sobre a doença em que se encontravam as pesquisas médicas no Brasil, na primeira metade do século XIX, é representada pelos artigos publicados em revistas médicas, principalmente no Rio de Janeiro. A questão da transmissibilidade da doença era muito discutida. Sabia-se que era transmissível de uma pessoa a outra, mas, assim como os europeus no século passado, os médicos brasileiros acreditavam na transmissão pela hereditariedade. Cândido ilustra com muita clareza esta situação:

“Que a morphéa se transmite de pais a filhos, é facto que só poder negar quem não praticou no Brasil a medicina; quem ainda não observou este mal perpetuar-se entre os descendentes de morphéticos. Não queremos com isso dizer que o descendente de morphético esteja irrevogavelmente sentenciado a este horrendo mal, nem também que só ao descendente de parentes morphéticos pertença exclusivamente tão medonho destino: mas o certo, o inegável é, que em inúmeros doentes nenhuma causa se encontra senão a hereditariedade: convençam-se as autoridades d’esta asserção admitida ao menos por todos os médicos brasileiros” (Cândido, 1845, p.261).

A suposição de Cândido, pesquisador da doença, era de que alguns fatores, além do calor, que provoca vasodilatação periférica, dando lugar à afecção, e da hereditariedade, poderiam ser ainda predisponentes ao aparecimento da doença os alimentos oleosos, uma dieta exclusivamente de origem animal, alimentação excessiva ou desproporcional à ocupação, ao tipo de trabalho e ao temperamento, e também o leite materno, principalmente o das escravas-amas-de-leite.

Abreu e Lima (1838) afirmava em artigo publicado na Revista Fluminense que: “Esse flagelo tem-se multiplicado entre nós em huma progressão espantosa, e que parece invadir todas as classes de todas as condições, ainda as mais elevadas” (Abreu e Lima, 1838, p.47).

Neste mesmo artigo, o médico se pronunciou com um alerta às autoridades para o problema que se apresentava em relação à Hanseníase, evidenciando ainda sua preocupação para com o futuro, caso não se efetivassem medidas urgentes de combate e controle da doença no Brasil.

Durante todo o período colonial e imperial, o Rio de Janeiro foi o centro da vida brasileira. Com relação à Hanseníase pode-se dizer o mesmo. Lá foi

fundado o primeiro hospital especializado para os acometidos pela doença e também , do Rio de Janeiro que se encontram o maior número de informações sobre o assunto. Contudo, é importante lembrar que os dados se referem principalmente à cidade do Rio de Janeiro, onde se encontrava o maior número de casos e também de médicos ocupados exclusivamente com a Hanseníase. Em 1897, Lima (1897) estimava o número de hansenianos do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro em 300, afirmando que, desde a sua inauguração, foram admitidos na casa 2.090 casos confirmados, assim distribuídos:

Homens: 1247	Brasileiros: 1312	Estrangeiros: 778
Mulheres: 843	Branco: 521	Africanos: 487
Total: 2090	Negros: 443	Portugueses: 234
	Pardos: 348	Alemães: 20
		Outros: 57

Em suas observações, como diretor do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, Lima (1897) concluía que, a cada ano, havia um aumento no número de casos e que muitos deles eram originários de outras regiões como São Paulo e Minas Gerais. Além disso, sua preocupação era para com os inúmeros doentes que ainda se encontravam pelas ruas, bem como com aqueles que recebiam alta precocemente, retornando ao hospital com a doença já em estado bem avançado e, mesmo assim, somente através da ação da polícia, estando até então em contato com outras pessoas, podendo transmitir a Hanseníase em larga escala. Comenta ainda Lima que: “Muitos deles acham-se nas mais deploráveis condições: cegos, paralíticos e muitos em período de adiantada caquexia leprosa” (Lima, 1897, p.266).

As informações sobre as outras regiões do país não são tão completas como as que existem para o Rio de Janeiro, mas dão uma idéia da situação geral. Na Bahia, no final do século XIX, já existia uma pequena aldeia de hansenianos, fundada e mantida por alguns moradores da cidade de Salvador. A necessidade surgiu do crescente aparecimento de doentes que desembarcavam no porto, vindos da África e que ficavam vagando pelas ruas, espalhando a doença. Esta foi a primeira tentativa de isolamento de hansenianos no Brasil, como forma de controlar o contágio (Araújo, 1927).

São Paulo caracterizou-se pela iniciativa de particulares no cuidado aos hansenianos. Desde 1779, a Santa Casa de Misericórdia acolhia os doentes com recursos de grupos de senhoras da sociedade paulista. Outros grupos também

mantinham asilos no interior do estado com a mesma finalidade. O Governo, a princípio, destinava verbas para os familiares de doentes para que estes fossem tratados em casa. Mais tarde, em 1802, o Governador da Capitania mandou construir o Hospital para Lázaros, agregado à Santa Casa. (Pupo, 1934; Maurano, 1950).

Em Minas Gerais, a Hanseníase era considerada endêmica desde o século XVII, e, desde 1787, o governo se preocupava em construir um hospital para o grande número de doentes ali existentes. Antes disso, asilos e enfermarias para hansenianos já estavam em funcionamento (Araújo, 1927).

Outros lugares, principalmente os do norte do Brasil, no decorrer do século XVIII, organizaram-se para providenciar um local para o atendimento aos hansenianos. Em Pernambuco, o primeiro asilo para o recolhimento dos doentes foi mantido por muito tempo pelo padre Antônio Manoel, que transformou a sua própria casa num lazareto. No Pará, os médicos declaravam a sua preocupação com o grande número de casos. A região era considerada o maior foco endêmico do norte do país. Já no ano de 1800 a doença atingia todas as camadas sociais. No Amazonas, o grande número de casos encontrados desde 1854, era atribuído ao fato de que a população mantinha contatos freqüentes com muitos habitantes oriundos do Pará, onde a doença era endêmica. Houve logo a preocupação com o isolamento destes doentes, e, ainda que precariamente, foi construída uma palhoça junto ao hospital geral de Manaus para este fim. No Maranhão, em 1718, o número de casos já preocupava as autoridades e os hansenianos eram atendidos no hospital geral de São Luís. Em 1833, o então presidente da Província construiu uma pequena casa para onde eram enviados, através de ordem judicial, os doentes mais pobres que vagavam pelas ruas. No Acre, apenas em 1912 se pode conhecer a situação real da Hanseníase, quando Oswaldo Cruz, então diretor do Departamento de Saúde Pública do Rio de Janeiro, enviou Carlos Chagas e sua equipe para fazer um levantamento do número de casos. Em 1929, as autoridades do território fundaram o primeiro hospital para hansenianos em Rio Branco (Sousa-Araújo, 1936; Sousa-Araújo, 1956).

Goiás e Mato Grosso mantinham, por volta de 1820, um asilo de hansenianos em suas respectivas capitais, onde viviam, em média, 40 doentes. O censo feito em 1936 mostrou um número assustador de doentes, obrigando a que a doença passasse a ser considerada endêmica aí. Ainda assim, apenas em Cuiabá existia um hospital especial. Contudo, Goiás foi o primeiro a construir um “preventório”, destinado a abrigar os filhos de hansenianos (Sousa-Araújo, 1936).

No Paraná, a doença era considerada endêmica principalmente ao longo da estrada por onde passavam os tropeiros vindos de São Paulo e que atravessavam a região em direção ao sul do país. Em 1918 o governo tomou medidas de controle, proibindo a entrada de imigrantes hansenianos no estado e tornando obrigatório o isolamento dos doentes existentes. O primeiro leprosário

foi construído apenas em 1926, com características de hospital-colônia, onde, logo após a inauguração, encontravam-se 417 doentes (Sousa-Araújo, 1936).

Nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, até o começo do século XX, a doença não era encarada como um problema de saúde pública. Sousa-Araújo (1937) supunha que a Hanseníase existia nestes estados desde o século XVIII. Na verdade, o incremento do número de casos e a endemia se deram a partir do ano de 1820 coincidindo com a época da vinda dos imigrantes europeus. Por volta de 1916, através do Departamento de Higiene, que atendia doenças sexualmente transmissíveis e hanseníase, foi feito um censo oficial dos doentes, quando foram constatados vários casos, tanto nas capitais quanto no interior. Ambos os estados tiveram seu primeiro leprosário inaugurado apenas em 1936.

Os estados do Ceará, Alagoas, Rio Grande do Norte, Paraíba, Piauí, Sergipe e Espírito Santo não apresentavam, até 1936, um número de casos alarmante, pelo contrário, a doença era considerada rara entre os habitantes.

Sousa-Araújo coletou dados sobre as organizações de combate à Hanseníase existentes no Brasil até 1936, o que nos permitiu fazer uma análise da situação da doença em todos os estados. Até esta data, quase todos os estados mantinham pelo menos um leprosário ou um dispensário onde eram atendidos os hansenianos.

Sousa-Araújo elaborou também uma tabela com o número de casos e a estimativa de hansenianos no Brasil até 1936:

**TABELA 3 – Censo de Hansenianos no Brasil (1923-1936)**

<b>Censo</b>	<b>1923</b>	<b>1927</b>	<b>1934</b>	<b>1936</b>	<b>1924*</b>	<b>1933*</b>	<b>1936*</b>
Acre	-----	-----	234	400	100	700	700
Amaz- nas	272	828	1.436	1.250	1.000	3.000	3.000
Pará	1.452	2.540	3.612	4.000	3.000	4.000	4.000
Mara- nhão	450	680	848	1.100	1.200	1.500	1.700
Piauy	20	46	50	200	100	200	250
Ceará	141	457	524	800	1.000	1.000	1.000
R.G. do Norte	5	89	181	150	100	150	250
Parayba	13	29	121	200	100	200	300

Pernambuco	131	355	427	1.000	1.000	1.350	1.350
Alagoas	35	32	23	100	100	100	200
Sergipe	18	9	8	10	100	100	200
Bahia	37	82	80	300	200	300	400
Espírito Santo	8	22	390	450	150	800	982
Estado do Rio	44	84	350	295	4.000	800	1.150
Distr. Federal	456	1.607	1.414	1.569	1.200	1.500	1.200
Minas Geraes	601	601	8.751	8.690	5.000	10.000	14.000
São Paulo	3.128	4.620	7.236	8.000	7.000	10.000	13.000
Paraná	285	380	417	1.010	700	1.200	1.272
Santa Catarina	78	106	-----	500	250	600	1.336
R.G. do Sul	2	64	164	600	300	1.500	1.500
Matto Grosso	50	97	----- -	100	700	700	350
Goyás	2	2	-----	-----	300	300	300
Totales	7.224	12.730	26.296	30.754	24.000	40.000	48.440

FONTE – SOUSA-ARAÚJO, 1936, p.157.

Até o começo do século XX, a Hanseníase era endêmica na maioria das regiões brasileiras, porque se alastrava de forma progressiva e estava fora de controle. As condições de vida da população até esta época favoreceram este quadro. Da mesma forma, o atraso da medicina colaborou para que a situação chegasse a um ponto crítico. Em 1904 entrava em vigor o Regulamento Sanitário da União, determinando que a Hanseníase, além de ser uma doença de notificação compulsória, colocava os doentes sob o domínio do poder público. Conforme Gomide, o poder público: “..acionou seus mecanismos de controle e se utilizou de todas as formas possíveis para identificar, no seio da sociedade, aqueles que eram considerados prejudiciais, a fim de isolá-los” (Gomide, 1991, p.56).

Enquanto isso, no final do século XIX, na Europa, a Hanseníase havia praticamente desaparecido: descoberto o bacilo e as suas características, os doentes foram imediatamente isolados para que a transmissão da doença não mais ocorresse.

Quando a situação se mostrou fora de controle, os médicos brasileiros passaram a se interessar pela Hanseníase, fazendo estudos, pesquisas e cursos no exterior, como na França e na Alemanha, trazendo mais informações sobre o tratamento e medidas de profilaxia. Concomitantemente, as autoridades médicas sofriam, por um lado, pressões da população, que clamava por medidas urgentes de combate à doença e, por outro lado, submetiam-se a morosidade, a falta de vontade política e ao desinteresse de algumas autoridades estatais na liberação de recursos para providências simples como o isolamento dos doentes.

Os hansenianos brasileiros, tal qual ocorreu na idade média européia, sobreviviam das esmolas recolhidas nas ruas ou de doações de religiosos. Isto os colocava na mesma situação social que os miseráveis, desempregados, prostitutas e criminosos. Eram tratados por alguns governantes como caso de polícia, usava-se até de violência para afugentá-los das cidades, mantendo-os por muito tempo em contato com a população mais carente e deficiente em termos de saúde, contribuindo assim para que a doença se alastrasse ainda mais.

No entender de muitas autoridades governamentais, a Hanseníase era um problema a ser esquecido, ignorado e, principalmente, não devia ser muito comentado, ou registrado, pela possibilidade de transformar-se em contrapropaganda ao Brasil, então interessado em atrair imigrantes europeus para substituir a mão-de-obra escrava nas grandes fazendas do sudeste brasileiro, ou para colonizar as terras devolutas do sul do país durante grande parte da segunda metade do século XIX.

### **2.3.1 Possíveis razões acerca da vinda da doença ao Brasil**

No que diz respeito à introdução da Hanseníase no Brasil, podemos afirmar, inicialmente, com base nos especialistas no assunto, que a doença foi trazida pelos escravos africanos e pelos colonizadores europeus, principalmente portugueses.

Os africanos que vieram ao Brasil para suprir a falta de mão-de-obra do país, desde o século XVI, foram responsáveis, em grande medida, pelo aparecimento da doença e também pela sua disseminação. A Hanseníase

permanecia na África com grande intensidade nesta época, dada às condições sócio-econômicas e ao completo desconhecimento em relação às terapêuticas adotadas nos países europeus. Muir (1939) demonstra que a incidência da doença ainda permanecia elevada na África, depois da saída de milhares de habitantes rumo ao continente americano:

Congo Belga	20 casos para cada 1000 habitantes
África Equatoriana Francesa	16 casos para 1000 habitantes
Sierra Leone	10 casos para 1000 habitantes
Nigéria Britânica	10 casos para cada 1.000 habitantes
Uganda	3 5,4 casos para cada 1.000 habitantes.
Moçambique, Angola e Zanzibar	4 3 a 4 casos para cada 1.000 habitantes

Esta alta incidência significa que a doença já existia no continente africano há muito tempo. Os africanos trazidos ao Brasil como escravos vieram, principalmente, de regiões mais acometidas pela doença. Sua importância pode ser estimada através da análise dos percentuais de sua participação no total da população brasileira:

“Em 1545, a população do Brasil estava estimada em 57.000 habitantes, dos quais, 25.000 brancos, 18.500 indígenas e 14.000 escravos africanos. Em 1798, a população atingia 3.250.000 habitantes, dos quais 61% eram negros” (Sousa-Araújo, 1956, p.419).

Além disso, o levantamento de casos feito no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, no período de 12 de setembro de 1798 a 27 de janeiro de 1872, demonstrou que um grande número de pacientes hansenianos era de origem africana:- “Num total de 2.170 assentados, sendo que 751 eram escravos negros africanos procedentes de Moçambique, Congo, Cabinda, Manguella, Angola e outros” (Sousa-Araújo, 1956, p.15).

Com relação à doença entre os portugueses, sabe-se que na época em que o Brasil foi descoberto e colonizado, Portugal passava por um período difícil em relação à Hanseníase. A doença ainda alcançava grandes proporções, atingindo mesmo a alta nobreza. Até parte do século XV a doença ainda preocupava as autoridades, principalmente porque levou à morte pelo menos cinco reis, como por exemplo, D. Afonso II e D. Thereza D’Aragão (Carvalho, citado por Falcão, 1897). Mais tarde, na Conferência sobre a Lepra (1897) realizada em Berlim, os portugueses ainda apresentavam cifras alarmantes se comparados aos de outros países da Europa.

A Hanseníase existia como endemia também na Espanha, França e Holanda e, apesar das tentativas, se encontrava fora de controle na época das

conquistas e da intensificação nas navegações. Muitos viajantes destes países vieram e se instalaram no Brasil, supondo-se que houvessem espalhado a doença principalmente pela costa brasileira, bem como em outros países da América Latina por onde estiveram. A Holanda registrou, durante o século XVII, uma diminuição brusca no número de hansenianos, vagabundos e mendigos, acreditando-se que muitos deles tivessem sido enviados para a região nordeste do Brasil, criando ali os focos endêmicos conhecidos (Sousa-Araújo, 1956).

Ackerknecht (1963) afirmava que, enquanto a Hanseníase no século XVI estava desaparecendo na maior parte da Europa, ela se desenvolvia em outras grandes regiões. Da mesma forma, o autor acredita que os escravos negros, os espanhóis e os portugueses trouxeram a Hanseníase para a América Central e América do Sul. Estes posicionamentos revelam, portanto, que a doença existia ainda como um problema de saúde na África, na Espanha e em Portugal, países que se encontravam em pleno movimento de emigração nesta época, podendo, desta maneira, terem trazido imigrantes portadores de Hanseníase para o continente Americano. Em outros países como a Alemanha e França, era notada a diminuição de casos, supondo-se que se devia à maior informação sobre a doença, ao isolamento dos doentes, enfim, ao tipo de tratamento e controle prestado aos doentes, além da melhoria nas condições sanitárias das cidades, também observada no final do século XVI.

### **2.3.2 Diagnóstico, Terapêutica e Controle**

Antes de tratarmos do diagnóstico, terapêutica e controle da Hanseníase no Brasil, vejamos preliminarmente como aconteceu o seu desenvolvimento num contexto mais amplo. Assim, por exemplo, na tentativa de minimizar o sofrimento dos hansenianos, os europeus buscavam os mais diversificados tratamentos, mesmo antes da descoberta da doença ou de medicamentos específicos. É possível que os médicos na antiguidade, suspeitando da incurabilidade da Hanseníase, procurassem apenas aliviar os sintomas, sem, contudo, buscar a sua causa, como bem nos ilustra uma passagem de Gordônio, datada de 1697, citada por Faes: ‘ha lepra confirmada ou verdadeira, não se deveria intrometer-se, a não ser para prolongar a vida, e que o físico prediga’(Faes, 1966, p.117). Propunha-se, portanto, uma posição passiva frente à doença, sem interferência na resposta do próprio organismo e, também, sem uma busca de soluções para os problemas que se apresentavam em relação ao diagnóstico e tratamento.

O alívio dos sinais e sintomas apresentados pelos doentes era feito principalmente com unguentos, pomadas e cataplasmas diretamente sobre os nódulos e ulcerações características da doença, além de banhos com diversas ervas. Santo Hildegardo (1098 - 1179), um abade da cidade de Rupertsberg, foi, sem dúvida, um dos primeiros a descrever suas observações sobre a doença, além de propor formas de tratamentos. Para uma das formas de Hanseníase, eram prescritas pomadas feitas com fezes de andorinha, gerânios, gordura de guia e enxofre, e ainda prolongados banhos de suor. Para a forma de Hanseníase considerada por ele como “incurável”, a qual deve corresponder à verdadeira, ele recomendava banhos de terra (lama) e sangue de menstruação, tanto quanto fosse possível obter.

Na Espanha, Gordônio citado por Faes (1966) registrou o uso de sangrias, banhos quentes, ingestão de caldo de carne de cobra e até a extirpação dos nódulos. A alimentação, de um modo geral, não representava fato importante no tratamento, mesmo porque a escassez de alimentos era evidente na época, predominando o milho, leite, ovos, castanhas, pouca carne e nenhuma verdura.

Em 1350, Chauliac, citado por Frohn (1933), classificava os sinais característicos e aparentes da Hanseníase:

“1- Transformação da forma elíptica dos olhos e das orelhas em forma arredondada.

2- Perda e fraqueza dos cabelos, sobrancelhas e cílios.

3- Inchaço e deformação do nariz com aumento do seu orifício.

4- Mudança da cor e forma dos lábios.

5- Voz rouca e nasal.

6- Olhar selvagem, fixo e brilhante.

7- Endurecimento e deformação dos músculos.

8- Insensibilidade do corpo.

9- Coceira e comichão.

10- Inchaço debaixo da língua.

11- Ardência e picadas na pele.

12- Pele áspera.

13- Aumento da oleosidade da pele.

- 14- Ausência de febre.
- 15- Esperteza, vivacidade, consciência.
- 16- Sonhos intranqüilos.
- 17- Fraqueza do pulso.
- 18- Atividade normal do sangue e da urina” (Frohn, 1933, p.40).

Mais tarde, 1500, Gerssdorf, citado por Frohn (1933) acrescentou mais alguns sinais à lista de Chauliac:

- “1- Tumores abertos especialmente nas mãos e pés cuja purulência e cheiro são típicos.
- 2- O sangue é preto, grosso e cheira mal.
- 3- Insensibilidade nas extremidades.
- 4- Dormência e formigamento.
- 5- Mau hálito e mau cheiro em todo o corpo.
- 6- Pontos, escamas e nódulos sobre e sob a pele, especialmente no rosto” (Frohn, 1933, p.41).

Todos os sinais descritos evidenciam descobertas importantes para o diagnóstico da Hanseníase no decorrer dos séculos XIV a XVI.

Sabe-se hoje que o bacilo, uma vez desenvolvida a doença, aloja-se nos nervos periféricos, provocando manchas e nódulos, principalmente no rosto, ulcerações na planta do pé e nas mãos, perda de pelos, inclusive os da sobrancelha e dos cílios, insensibilidade das extremidades entre outros sintomas.

Com relação ao diagnóstico, tratamento e controle da Hanseníase no Brasil, médicos e estudiosos no assunto encontravam-se em permanentes pesquisas e suas descobertas contribuíram para o avanço da medicina no que diz respeito à doença. Em 1831, o médico Joaquim Cândido Soares de Meirelles apresentou em Paris um quadro comparativo entre a Elephantíasis dos Gregos e dos Árabes (filariose) e a Hanseníase. A diferença fundamental apontada pelo médico se referia à forma e aspecto das manchas apresentadas pelos doentes:

“...Cada um destes sintomas não se observa nas duas elephantíasis: depois de se terem destacado da superfície do corpo largas escamas leprosas ou depois de terem sido arrancadas com esforço, essas escamas não tardarão a se reproduzir. Elas podem oferecer no espaço de alguns meses ou anos um número mais ou menos considerável de descamações sucessivas. Ora, nós não notamos cousa alguma semelhante, nem na elephantíasis dos gregos nem na dos árabes. Se estas três moléstias têm sido sempre confundidas é porque a maior parte das descrições da lepra publicadas até o presente, são inexatas, falsas ou ininteligíveis” (Meirelles, 1831, p.135).

Mais tarde, a questão da sensibilidade periférica nos hansenianos foi descrita por Cândido de forma detalhada, contribuindo desta forma para um diagnóstico diferencial com várias outras doenças que também foram confundidas com Hanseníase na antigüidade, como a sífilis e outras dermatoses:

“Pequenas manchas elípticas, ou irregulares, trigueiras, mais ou menos numerosas, aparecem no antebraço, região cervical, membros inferiores, tórax, etc., uma abstração completa da sensibilidade cutânea, quase sempre no terço inferior da face anterior do antebraço. Manchas vulgarmente chamadas de ‘panos’ desaparecem e voltam conforme a alimentação, exposição ao sol, etc. Esta insensibilidade é tal que o doente corta-se com um canivete, aplica um ferro em brasas, cauteriza, sem a menor consciência. Esta insensibilidade se circunscreve, de sorte que é abaixo, acima, lateralmente. Fora, a sensibilidade é perfeita” (Cândido, 1845, p.272).

A causa da doença sempre foi um ponto a ser questionado pelos médicos e pesquisadores até 1874, quando Hansen isolou o bacilo em laboratório. Atribuía-se a causa da Hanseníase a vários fatores, como por exemplo, a contaminação do ar, a umidade, o prejuízo das funções normais do organismo, tais como alimentação inadequada e irritação. Santo Hildegardo acreditava que era uma doença da gula e da embriaguez, dos libidinosos e dos coléricos. A causa mais aceita, no entanto, era a de “envenenamento” do sangue por contaminação ou por via congênita aliados a uma predisposição do organismo.

Na Conferência sobre a Lepra, em Berlim, 1897, o próprio Hansen fez recomendações sobre a conduta para com os doentes, ressaltando a importância do isolamento destes. Ele afirmava que:

“1- O isolamento dos doentes em sua própria casa, contribuirá para um combate mais eficaz à doença.

2- Onde existem muitos pobres hansenianos, o isolamento feito apenas em casa não será suficiente. Nestes casos, o governo terá de tomar providências e isolá-los, assim como responsabilizar-se pelo cuidado e tratamento destes.

3- Cada caso dever ser examinado individualmente e então se decidir pelo isolamento facultativo ou obrigatório” (Hansen, 1897, p.211).

No Brasil, a terapêutica empregada para todos os tipos de doenças existentes, desde a época da colonização, era baseada em plantas medicinais, com forte influência da medicina indígena. Depois, acrescentaram-se as influências da medicina usada pelos jesuítas e africanos, que também utilizavam-se de plantas nativas em larga escala. Os portugueses e, de um modo geral, os europeus, introduziram um pequeno número de medicamentos importados que compunham a “caixa de botica”; porém, a quantidade era extremamente limitada e a falta de medicamentos passou a ser um grande empecilho para a prática da medicina européia em terras coloniais (Santos Filho, 1960).

Assim, a medicina no Brasil, desde o começo da colonização até o início do século XIX, constituiu-se a partir da fusão de várias formas de medicina, inclusive para o caso da Hanseníase. Muitas foram as tentativas de cura da doença através das plantas medicinais, banhos com águas termais, banhos de lama, sangrias, choques elétricos, alimentação específica e até picadas de cobras.

As cobras sempre exerceram papel importante na tentativa de cura da doença, desde antigos “estudos” feitos ainda por Galeno. Da Europa chegavam notícias de tratamentos feitos com a carne e o veneno delas. Aqui, porém, as opiniões dos médicos brasileiros acerca do assunto divergiam radicalmente. Cândido (1845) prescrevia a ingestão de veneno de cobra em quantidades diluídas (1/18 de gota) para ser misturado a uma mucilagem, variando conforme a necessidade. Justificava a prescrição alegando que as pessoas picadas por cobra, “vertem sangue pelos pulmões, gengiva, reto, bexiga, uretra, etc. e isto supõe a liquefação do sangue” (Cândido, 1845, p.275).

A partir deste princípio, um grupo de médicos, apesar da não concordância de outros, aplicou, como tratamento, a picada de cobra a um hanseniano sob forma de experimento. A experiência foi feita às 11 horas e 50 minutos do dia 4 de setembro de 1839, no consultório do Dr. Santos, presenciada por mais alguns colegas seus. No dia anterior, o hanseniano Marianno José Machado, de 50 anos, natural de Rio Pardo, enfermo há 6 anos, internado no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, assinou uma declaração ou termo de responsabilidade pessoal e espontaneidade em submeter-se à prova:

“O paciente colocou uma das mãos na gaiola onde se achava a cobra e esta o mordeu na articulação metacarpiana do anular mínimo. O doente retirou a mão da gaiola declarando que não havia sentido dor alguma. Cinco minutos depois sentia frio na mão ferida que inchou consideravelmente ao término de 20 minutos. Uma hora após, o paciente queixava-se de dor que se estendia pelo braço. O paciente estava calmo, mas referia tremores pelo corpo e sensação de torpor, sonolência e aperto na garganta. O seu mal-estar e sofrimento foram crescendo progressivamente e, 3 horas após, ele apresentava sudorese generalizada, pulso a 100 batimentos por minuto, queixava-se de grande dor no braço, apresentava face edemaciada e epistaxe. Doze horas após a picada, o paciente foi confessado, a pedido seu. Neste momento, urinava continuamente e apresentava dificuldade de deglutição. Na manhã seguinte apresentava convulsões e queixava-se de compressão no tórax. Às 11 horas e 30 minutos, exatamente 12 horas após a picada, falecia o hanseniano”(Sigaud, 1844, p.389).

Outras tentativas de tratamento foram feitas, sempre sob o princípio de que a causa da doença estava no sangue. “A sede da morphéa , a pele, o agente imediato que a desorganiza , o sangue”, e, comentando sobre bioquímica:“... o seu sangue , abundante da fibrina e matéria colorante, reproduzindo-se com extrema facilidade, e sempre fibrinoso, depois de copiosas e reiteradas sangrias” (Cândido, 1845, p.275).

Além das sangrias, que eram feitas a cada 3 ou 4 semanas, ou ainda conforme a necessidade, os banhos diários e prolongados também eram recomendados. Estes banhos eram feitos por imersão, em águas tépidas e acrescidas de sabão, onde se fazia uso de uma esponja para acelerar a descamação. Depois do banho, sempre eram aplicadas algumas pomadas ou unguentos feitos de plantas, como o óleo de amêndoas.

O galvanismo também foi usado na tentativa da cura da Hanseníase, apesar de não encontrar muita aceitação e ter sido abandonado por não demonstrar resultados. Este m,todo consistia na aplicação de banhos galvânicos em banheiras isoladas, com água tépida e levemente acidulada, onde o paciente recebia uma corrente galvânica produzida por uma pilha monitorada em um dos pólos na sua coluna cervical e no outro a água. A justificativa para tal procedimento estava no fato de que o método tornava o sangue menos coagulável e o paciente apresentava melhoras, restabelecendo sua sensibilidade periférica. Este método porém, não trouxe os benefícios esperados, conforme comenta Cândido (1845).

A aplicação da resina de caju foi outra tentativa feita pelos médicos brasileiros, na intenção de minimizar os sintomas apresentados pelos

hansenianos. Depois da extração, aplicava-se a resina sob forma de emplastro, diretamente sobre os nódulos, permanecendo fechados por 24 horas. A resina atuava como vesicatório, provocando queimadura que depois deveria ser tratada como tal, fazendo desaparecer os nódulos (Sousa-Araújo, 1956).

Muito conhecido entre os médicos no Rio de Janeiro era o Método de curar a elephantíasis que usava o preto de D. Anna Francisca no Batantam:

‘Em hum coffo deita-se huma camada de cinza de Imbauba, e na sua falta, cal; põe-se por cima, folhas de pindoba, e desta sorte se fazem trez camadas: deita-se-lhe por cima uma porção de agoa, não muita, a qual vai caindo em huma vasilha, que se põe debaixo do coffo, depois vai-se gradualmente juntando às cinzas mais agoa, e quando estiver huma boa porção bota-se-lhe dentro hum pouco de sipó mixira, e folhas de Meraró, em fervendo hum pouco, tira-se do forno, e quando estiver morno esfrega-se muito bem o corpo do doente com hum bocado da herva chamada de São Caetano, molha-se na lixívia, proveniente da filtração: passados 20 ou 30 dias destes banhos, botão-se algumas ventosas sarjadas em cima das manchas; depois unta-se o doente com hum unguento de caroço de algodão, e carrapato, isto por 20 ou 30 dias, e he da maneira seguinte: pela manhã toma-se o banho, e depois de se limpar, unta-se com o unguento. Passados os 30 dias, untão-se as manchas com hum unguento feito de castanha de cajú muito bem socada, e assim se vao untando até ficarem as manchas em chagas; advertindo que os banhos sempre se continuarão até o fim da cura, esfregando bem as chagas com São Caetano; passados 30 ou 40 dias a untar com unguento de caroço de algodão, até sararem as feridas. Então sangra-se o doente, e dão-se-lhe duas purgas de pedra lipes ou pedra hume, desfazendo-se estas com um copinho de caxassa, até ficar em huma leve cor de pérola, faz obrar e vomitar. Dieta: carne seca e farinha” (Barreto, 1835, p.36).

Em Goiás, as águas termais de Caldas de Santa Cruz, constituíam outra forma de tratamento. Recomendava-se banhos diários com águas quentes e vapores. Depois disso, o paciente submetia-se ao cautério, feito com ferro candente diretamente sobre os nódulos e tubérculos (Sousa-Araújo, 1956).

No Pará, os pacientes submetiam-se a tratamentos com ervas laxantes como uma infusão feita com folhas de assacu (*Hura brasiliensis*), que provocava evacuações líquidas de até quatro vezes ao dia. Seguindo o tratamento, tomavam banhos mornos na água de casca de assacu cozida e ainda banhos de vapor que eram feitos da seguinte forma:

“Coloca-se uma panela grande com água e casca de assacu para ferver e estende-se uma rede logo acima desta panela onde deita-se o doente coberto por um lençol, fazendo-se instaurar a transpiração. Esta prática era condenada pelos índios, que consideravam o assacu uma planta perigosa que provocava manchas na pele e gastroenterite” (Sousa-Araújo, 1956, p.82).

Não havia, como se vê, no Brasil, uma normatização quanto ao tratamento e conduta em relação aos hansenianos. Apesar da existência de um grande número de médicos pesquisadores da doença, pouco se avançava em termos de profilaxia. Desde o final do século XVIII, todo o tratamento passou a ser executado nos ‘lazaretos’ que proliferaram com o crescente número de casos existentes, e da necessidade de recolher os doentes andarilhos. Configurava-se assim, o isolamento de que se falava na Europa, porém, sob forma de hospital especializado.

Esta iniciativa de construção de hospitais para hansenianos, deve-se ao fato de as autoridades médicas, principalmente do Rio de Janeiro, terem se convencido de que a doença poderia ser transmitida de uma pessoa a outra e não mais ser de caráter hereditário como se pensava até então. Alguns médicos haviam se pronunciado afirmando a transmissibilidade da doença, assim conforme Lima (1898): “...e segundo parece, essa moléstia tende a disseminar-se, graças talvez à crença de que ela não é transmissível” (Lima, 1898, p.147).

A origem da Hanseníase, antes da descoberta do bacilo isolado por Hansen, era um ponto muito questionado e quase sempre sem respostas. Mesmo depois de se saber sobre o bacilo, as tentativas de combate à doença não avançavam para a cura. Vários pesquisadores e leprologistas brasileiros, entre eles Lima, Araújo e Meireles se deparavam com um bacilo estéril em todas as tentativas de cultura a que o submetiam, assim como sua inoculação em outros animais também ficava sem resultado, deixando seus estudos sobre a doença muito incompletos. Do Laboratório Anátomo-Patológico e Bacteriológico do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, os relatórios apontavam que:

“Em um estudo bacteriológico do sangue de 50 leprosos em diversos estágios da doença, além de bacilos isolados e englobados em leucócitos, foram encontradas zooglêas bacilares e com esporos. O poder coagulante do sangue vai crescendo à proporção que a moléstia avança e o número de leucócitos mantém-se elevado. As pesquisas sobre o estado bacteriológico do ar das enfermarias só confirmaram a presença de estafilococcus. A urina examinada e inoculada em cobaias não alcançou nenhum resultado proveitoso” (Lima, 1898, p.333).

Para o Congresso sobre a Lepra em Berlim, em 1897, o Brasil enviou uma carta contendo informações sobre o tratamento dispensado aos hansenianos. Este tratamento era baseado no isolamento dos doentes, pois recomendava:

“A lepra é endêmica entre nós e vai atingir proporções consideráveis, portanto, as medidas profiláticas devem apoiar-se na separação dos doentes. Esta separação pode dar-se de 3 modos: 1º em hospitais para leprosos, gafarias, 2º em colônias de leprosos, contanto que fiquem isolados dos sãos, e 3º em domicílio particular, mas em condições particulares preestabelecidas” (Sousa-Araújo, 1956, p.67).

Algumas medidas eram tomadas pelos médicos nomeados pelas autoridades da época, em relação aos cuidados com os comunicantes da doença, como, por exemplo, a de impedir o casamento entre hansenianos, retirar as crianças do meio familiar de doentes, proibir o aleitamento materno a crianças de mães e amas-de-leite portadoras da doença, e ainda tornar obrigatória a notificação de qualquer caso suspeito da Hanseníase às autoridades sanitárias e criar um registro estatístico da doença no Brasil. Estas medidas governamentais foram repassadas a todas as províncias através das Inspetorias de Saúde Pública criadas desde 1890 (Decreto n.º 169 de 18 de janeiro de 1890).

Em 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a então Diretoria Geral de Saúde Pública, a Hanseníase passou a ter maior atenção por parte do poder público, e fazer parte dos programas governamentais de combate às doenças transmissíveis. Isto aconteceu a partir do seu relatório feito ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores:

“A propagação se faz por contágio, isto é, pelo contato imediato ou mediato com o doente, que é a única fonte. O contágio é lento e varia segundo a forma da moléstia... Não se conhecem ainda as vias de penetração dos bacilos no organismo humano; supõe-se que penetrem pela mucosa nasal, por via genital e por via cutânea” (Cruz, 1905, p.31).

A partir do final do século XIX, as legislações brasileiras passaram a contemplar as questões mais sérias da saúde como um problema de ordem social, que deveriam sofrer a interferência do governo para a sua resolução. Para tanto, foram criados os Conselhos, Inspetorias, Diretorias e Serviços de Saúde

Pública, que tinham a incumbência de fazer recomendações, regulamentos e ordens, além de promover a vigilância sanitária e manter um serviço de notificações e de estatística.

Na primeira década de funcionamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, entre 1920 e 1930, a preocupação para com as estatísticas ficou evidenciada nas publicações feitas pelo Departamento através da Imprensa Nacional. Para o caso da Hanseníase, as estatísticas feitas em três anos apontavam um crescente aumento no número de casos registrados, distribuídos nos vários estados:

**TABELA 4 – Número de casos de Hanseníase no Brasil (1923-1927)**

<b>Estados/Ano</b>	<b>1923</b>	<b>1925</b>	<b>1927</b>
Amazonas	272	691	828
Pará	1.452	2.013	2.540
Maranhão	450	653	680
Piauí	20	21	46
Ceará	141	466	457
R.G. do Norte	5	68	89
Paraíba	13	22	29
Pernambuco	131	298	355
Alagoas	35	32	32
Sergipe	18	9	9
Bahia	33	62	82
Espírito Santo	8	22	27
Rio de Janeiro	44	68	84
Distrito Federal	546	1.294	1.607
São Paulo	3.128	4.115	4.620
Paraná	285	370	380
Santa Catarina	71	106	106
R.G.do Sul	8	164	64

Minas Gerais	602	601	601
Goiás	2	2	2
Mato Grosso	50	97	97
Totais	7.224	11.174	12.830

FONTE – SOUSA-ARAÚJO, 1956. p. 421.

Provavelmente pela dificuldade de acesso e de comunicação entre os estados e o Departamento de Saúde Pública, alguns dados apresentados não devem ser totalmente confiáveis nem tampouco

o atualizados. Porém, nota-se que a Hanseníase no Brasil distribuía-se em dois grandes focos, um maior ao norte, abrangendo as regiões do Amazonas, Pará e Maranhão e outro na região que compreende São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Distrito Federal.

O Departamento Nacional de Saúde Pública mencionou normas sobre a profilaxia da Hanseníase em seu Relatório de Atividades:

“- Notificação compulsória.

-Levantamento do censo de leprosos.

-Isolamento obrigatório em domicílio, colônias agrícolas, sanatórios ou hospitais e asilos.

-Vigilância sanitária dos doentes isolados em domicílio.

-Vigilância sanitária dos suspeitos.

-Vigilância sanitária preventiva dos comunicantes.

-Assistência pecuniária aos leprosos isolados ou às suas famílias.

-Proibição do exercício, por leprosos, de ofícios ou profissões que possam ser perigosos à coletividade.

-Proibição da entrada, no território Nacional, de estrangeiros leprosos.

-Proibição da amamentação natural pelas mulheres leprosas.

-Proibição da transferência de residência de leprosos de um para outro Estado ou Município sem audiência prévia das autoridades sanitárias do local para onde se destinam.

-Obrigação de comunicação às autoridades sanitárias da transferência de residência na própria cidade em que estejam isolados em domicílios ou sob vigilância sanitária.

-Segregação imediata dos filhos nascidos de pais leprosos.

-Facilitação do tratamento aos doentes e incremento ao estudo dos métodos modernos de terapêutica.

-Combate ao charlatanismo médico e farmacêutico.

-Incremento e difusão do estudo da leprologia.

-Educação higiênica popular no sentido de tornar conhecidas as condições de contágio da doença.

-Incentivo à cooperação privada visando auxiliar o isolamento domiciliar e nosocomial.

-Vistoria e fiscalização sanitária dos estabelecimentos particulares de assistência a leprosos

-Extensão da profilaxia da lepra, mediante acordos prévios, aos Estados da União” (RELATÓRIO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, citado por Sousa-Araújo, 1956, p.117).

Grande parte destas medidas vinha sendo aplicada em toda a Europa há pelo menos 30 anos, a partir da Conferência sobre a Lepra em Berlim, em 1897. Portanto, fica evidente a influência das medidas adotadas por outros países, mesmo porque tais medidas vinham apresentando resultados animadores na Europa, onde a doença estava praticamente controlada nesta época.

Algumas recomendações com relação ao tratamento da Hanseníase também foram anunciadas no relatório do Departamento Nacional de Saúde Pública, como por exemplo o uso do “ether ethylico” extraído da “chaulmoogra” (*Hydnocarpus wightiana*), uma planta indiana, adaptada ao Brasil, e que trazia benefícios, embora apenas como auxiliar na profilaxia da Hanseníase. As plantas medicinais brasileiras também foram objeto de vários estudos, na tentativa de se poder utilizá-las no tratamento da doença. A “sapucainha” (*Carpotroche brasiliensis*) foi uma das mais utilizadas, por influência da crença popular, que acreditava no poder bactericida desta planta. Da sapucainha extraíam-se óleos e éteres que eram comercializados com o nome de “Karpotran” ou “Carpotreno”, amplamente utilizado principalmente na forma lepromatosa da doença, por necessitar de tratamento mais prolongado.

Com relação à imunoterapia, o descrédito era evidente. Quanto à vacina feita com germes ácido-resistentes, denominada “vacina de Bruschetine”, o

Departamento relatava que os resultados não eram animadores, apenas diminuía os lepromas ulcerados e a úlcera plantar.

Um estudo estatístico, feito por Sacramento em 1931, apresenta dados sobre a situação da Hanseníase até esta data. Ele examinou 2.500 hansenianos provenientes de vários estados e que procuraram o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro para tratamento.

Este estudo estatístico incluía brasileiros e estrangeiros que foram analisados conforme a idade, o resultado dos exames baciloscópios, o sexo, a cor, o estado civil e a nacionalidade:

**TABELA 5 - Situação da Hanseníase no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro em 1931.**

Quanto à idade, entre os brasileiros	337 casos entre 31 a 60 anos 14 casos acima de 60 anos	13,48% 0,56%
Quanto à idade, entre os estrangeiros	171 casos entre 01 e 30 anos 412 casos entre 31 e 60 anos 79 casos com mais de 60	6,84% 16,48% 3,16%
Exames laboratório: Baciloscopia	1.527 com bacilosc. Positiva 703 com bacilosc. Negativa 219 baciloscopia não feita	61,08% 28,2% 16,48%
Sexo	1.516 do sexo masculino 984 do sexo feminino	60,64% 39,36%
Cor	2.276 da cor branca 137 da cor parda 87 da cor negra	91,04% 5,48% 3,48%
Estado Civil	1.233 casados 881 solteiros 134 não apurados	49,32% 35,24% 5,365
Nacionalidade	1.789 brasileiros 497 italianos 99 portugueses 72 espanhóis 9 alemães 34 outros	71,56% 19,88% 3,96% 2,88% 0,36% 1,36%

### **2.3.3 – A doença no Rio Grande do Sul**

O território onde se encontra hoje o Estado do Rio Grande do Sul, foi historicamente muito disputado entre Portugal e Espanha. Sua ocupação se deu nos séculos XVII e XVIII, primeiramente pelos jesuítas espanhóis, depois pelos bandeirantes paulistas e pelos militares portugueses. As regiões que mais se desenvolveram inicialmente foram as de Porto Alegre, Pelotas e Rio Grande, em decorrência da política de exportações de charque. Em 1808, por determinação de D. João, incrementou-se no Brasil uma política de colonização agrícola por estrangeiros, fazendo com que o Rio Grande do Sul fosse ocupado inicialmente por famílias açorianas e, depois, por colonizadores alemães, a partir de 1824, e, mais tarde ainda, por italianos e outros grupos étnicos. Estes estrangeiros foram trazidos para a então província com o objetivo de aumentar a população e, conseqüentemente, a produção, além de terem de auxiliar na proteção das fronteiras (Cunha, 1991).

Bernardi e Ferreira (s.d.) estimavam que no Rio Grande do Sul, na década de 80, a população se constituía de 4% negros, 8% mulatos e 88% brancos, sendo a raça amarela pouco expressiva no Estado.

O Rio Grande do Sul encontrava-se geograficamente distante do centro econômico brasileiro, fazendo com que se caracterizasse um isolamento sob vários aspectos. Disto resultou o desenvolvimento de uma organização social, política e econômica estável e peculiar nesta região. Por outro lado, esta situação colocava o Rio Grande do Sul à margem das informações que circulavam no centro do país, especialmente as informações relacionadas às questões de saúde pública.

Em sua visita à província, o viajante alemão Königswald relatou que as condições de saúde aqui eram muito ruins, principalmente pela qualidade da água que não era nem filtrada e pela insuficiente e “irracional” alimentação. A mortalidade infantil era alta, comenta, chegando a 60% ou mais. As doenças mais comuns eram a varíola, febre tifóide, difteria e tuberculose: “Pouco se faz em relação ao tratamento das diferentes doenças. Nas cidades existem hospitais e médicos competentes, mas no interior o doente só pode recorrer a si mesmo ou a algum curandeiro” (Königswald, 1898, p.37).

A situação da saúde na província realmente era precária, conforme referências encontradas nos relatórios anuais apresentados aos presidentes da província, a partir de outubro de 1851. Nesta época, a preocupação era com a epidemia de cólera que chegava à província vinda do norte do país, para a qual a Comissão de Higiene Pública dedicava toda a sua atenção. Concomitantemente, constata-se a existência de “estagnamento de águas lodozas” e ainda a falta de água potável, fazendo com que, em 1867, uma nova epidemia de cólera se disseminasse pela província (Relatórios apresentados aos Presidentes da Província de São Pedro do Rio Grande).

No entanto, apenas dez anos mais tarde, em 1877, se iniciaram as obras de saneamento na capital da Província, juntamente com a campanha de asseio nas ruas e nos prédios, na tentativa de diminuir a mortalidade geral, que chegava ao índice de 14,7%, enquanto que a média do país era de 10%. Nesta época, dois hospitais encontravam-se em funcionamento, a Santa Casa de Porto Alegre e a de Rio Grande, que forneciam dados sobre as causas da mortalidade: doenças do aparelho digestivo e respiratório. Assim, por exemplo:

**TABELA 6 - Enfermidades que mais ocorreram na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - RS, 1873.**

Nacionalidade dos enfermos	Brasileiros	555
	Portugueses	57
	Africanos	56
	Alemães	51
	Inglese	12
	Franceses	11
	Paraguaios	10
	Espanhóis	7
Enfermidades que mais ocorreram	Tuberculose Pulmonar	132
	Gastroenterites	61
	Diarréia	36
	Tétano	33
	Pneumonia	26
	Congestão	25
	Bronquite	23
	Tifo	23
	Úlceras	22
	Lesão do coração	20
	Enterocolite	15
	Congestão pulmonar	14
Cancro	14	

		Espasmo	13
		Anemia	13
		Meningite	12
Mortalidade assistência	sem	Asfixia	12
		Velhice	30
		Natimorto ao nascer	19
			38

FONTE – RIO GRANDE DO SUL, 1873. (Relatório do Presidente da Província).

Nos anos que se seguem, a preocupação maior foi com epidemias de varíola que se faziam freqüentes a cada ano. Para minimizar o problema, os presidentes anunciavam o funcionamento de ‘lazaretos’, para onde eram levados os doentes, principalmente indigentes, numa tentativa de isolamento. Estes pequenos estabelecimentos, situados nos arredores da capital, estavam sob responsabilidade do governo que os colocava em funcionamento em caso de necessidade e encerrava suas atividades quando não mais haviam casos contaminantes. Isto se sucedia com v rias outras doenças transmissíveis pois a intenção era apenas o isolamento e o tratamento específico dos doentes recolhidos.

Esta talvez fosse a única razão para que estes estabelecimentos recebessem o nome de ‘lazareto’, uma vez que, nesta época, a Hanseníase era pouco conhecida, ou, pelo menos, não era mencionada. Sabe-se que o nome ‘lazareto’ era dado aos estabelecimentos por ser São Lázaro o padroeiro dos hansenianos desde a Idade Média. Na Europa medieval, denominavam-se assim os estabelecimentos que tinham por função isolar os portadores de ‘lepra’.

No norte e no centro do país, os lazaretos já funcionavam há quase um século abrigando hansenianos.

Por ordem do presidente da província, Henrique Pereira de Lucena, o ‘Lazareto da Ilha Grande’ tornou-se um local obrigatório para a estadia, por um período de quarenta dias, dos passageiros de navios estrangeiros, caracterizando-se a ‘quarentena’, porque muitos imigrantes, ao chegarem ao porto, estavam acometidos de doenças transmissíveis, entre elas a cólera, conforme relatório apresentado a Assembléia Provincial em 1886:

“..Outrossim resolve o governo que os navios que trouxerem imigrantes, quer para o Império, quer em trânsito, continuem a ir previamente ao porto do Lazareto da Ilha Grande, a fim de ser examinado o estado sanitário de bordo, enquanto não se sujeitarem às seguintes prescrições:

1º: Os transportes de imigrantes só poderão conduzir número tal de passageiros que a cada um seja concedido um metro quadrado de superfície de convés corrido.

2º: Deverão os mesmos transportes trazer sempre médico a bordo e ser providos de estufa de vapor d'água superaquecida para desinfecção das roupas que tiverem servido aos doentes de qualquer moléstia durante a viagem” (RIO GRANDE DO SUL, 1886).

A partir de 1891, quando o Rio Grande do Sul passou a ser Estado, foram criadas as Delegacias de Higiene. Em número de 21 e distribuídas por regiões, nelas funcionava um serviço de vigilância sanitária. Mesmo assim, nenhuma alusão à Hanseníase foi encontrada nos relatórios sobre saúde apresentados aos presidentes da província até então, fato que não se deu da mesma forma em relação à tuberculose, enfermidade que passou a ser o problema central das delegacias. Por volta de 1918, a tuberculose foi causa de 47% da mortalidade, seguida de 18% de moléstias epidêmicas e 8% de varíola. No ano seguinte, a influenza vitimou 4.000 habitantes, vindo a confirmar a preocupação da sociedade da capital em relação à falta de saneamento básico, conforme relatório apresentado ao então presidente da província, Rodrigo de Azambuja Vila Nova, em sessão da Assembléia Legislativa Provincial:

“ Não desconhece esta Assembléia os perigos iminentes a que está exposta a crescente população da cidade, com a previsão do aparecimento brusco e infalível de alguma epidemia de caráter desconhecido e efeitos desastrosos, se com indiferença criminosa permitirmos por mais tempo que o lixo, detritos e resíduos animais e vegetais continuem a ser depositados em toda a extensão das margens fluviais que limitam a cidade” (RIO GRANDE DO SUL, 1888).

Quanto aos primeiros registros da Hanseníase no Rio Grande do Sul, são importantes os relatórios de Araújo (1918), médico pesquisador designado pelo governo da república para investigar a doença no país. Em viagem para o sul do país, Buenos Aires, Montevideu e Assunção, aportando então em Rio Grande, juntamente com Dr. Adolpho Lutz e Olympio da Fonseca Filho, Araújo constatou um caso da doença em um carregador já no cais do porto. Outros casos foram diagnosticados na Santa Casa da cidade de Rio Grande, entre eles um português que afirmou ter deixado parentes com Hanseníase em Portugal, um espanhol que já se tratava em Buenos Aires, dois italianos e um mineiro:

“Registramos sete casos em Rio Grande e parece ser muito maior o número deles, dada a grande quantidade de operários de várias zonas do país e de várias nacionalidades que lá trabalham” (Sousa-Araújo, 1918, p.147).

Mas, as primeiras estatísticas sobre Hanseníase que se tem notícias , datada de 1905, e, conforme Rapone (s.d.), eram estatísticas baseadas em informações indiretas e não oficiais.

No seu relatório de viagem, Araújo escreve que, apesar de dermatologistas brasileiros acreditarem na não-existência da Hanseníase no Rio Grande do Sul, ele reafirma que ela existe, conforme pode constatar, mas que o número de casos registrados no sul , inferior ao do centro ou norte do país.

“Mas o fato de ser rara, não é argumento para não se tomar medida de defesa; muito pelo contrário, é agora a oportunidade de se iniciar a sua profilaxia para evitar maior disseminação do mal” (Sousa-Araújo, 1918, p.150).

Existiam na época, casos confirmados da doença em Rio Grande, Pelotas, Bagé, Alegrete, Uruguaiana, Vacaria, São Borja, Cruz Alta, Passo Fundo, Santa Maria, Bom Retiro, Itaqui, São Leopoldo, Santa Cruz, São Sebastião do Caí, Jaguarão e Porto Alegre. Constava ainda em seu relatório a não-existência de hospital para hansenianos no Estado, bem como nem se cogitava sobre uma profilaxia para a “lepra” (Sousa-Araújo, 1918).

Em texto apresentado pela Secretaria Estadual de Saúde, Souza (s.d.) avalia que talvez o foco mais antigo da doença no Rio Grande do Sul tenha sido a cidade de Vacaria, de onde Mendes (citado) deduz que a Hanseníase tenha sido difundida por paulistas no século XVIII. Neste mesmo texto encontramos que:

“...é fora de dúvida que o baixo nível de vida e as péssimas condições higiênicas em que viviam as populações rurais, aliados à entrada constante de imigrantes estrangeiros desde 1824, época em que a fiscalização sanitária nos portos não era muito rigorosa, tenha contribuído para o agravamento e

maior incidência do mal” (RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde).

Esta pode ser a primeira explicação para o início e a difusão da doença no Rio Grande do Sul. Encontramos ainda que:

“..o contato contínuo com países limítrofes do Rio Grande do Sul - Argentina, Uruguai e Paraguai - também “flagelados” pela doença, deve ter sido outra fonte para a aquisição da Hanseníase” (Souza, s.d.).

Somente em 1925 foram tomadas providências. Borges de Medeiros relata em seu relatório à Assembléia Legislativa daquele ano (1925), que o Dispensário de Prophylaxia da Lepra e Doenças Venéreas, criado em Porto Alegre pelo governo federal, associado ao governo estadual continuava a produzir os melhores resultados. Neste relatório, a ênfase é dada aos resultados da profilaxia da sífilis, que, junto com a tuberculose, tornara-se um dos maiores problemas de saúde pública da época. Foram registrados 4.903 atendimentos naquele ano, dos quais 3.679 na seção de doenças venéreas. (RIO GRANDE DO SUL, 1925). Deduz-se que os restantes 1.324 atendimentos estavam relacionados à Hanseníase, ainda que neste ano, o diretor do Dispensário tenha registrado apenas 164

hansenianos no Estado, distribuídos em número de casos como segue:

**TABELA 7 - Relatório do “Dispensário de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas” - Casos registrados de Hanseníase no Rio Grande do Sul em 1925.**

Capital	27		
São Francisco de Paula	23	Vacaria	2
Bom Jesus	16	Montenegro	2

Santa Cruz do Sul	12	São Sebastião do Caí	2
Cachoeira	9	São Jerônimo	2
Palmeira	8	Itaqui	2
Pelotas	6	Triunfo	2
Rio Grande	4	Alegrete	2
Santa Maria	4	Piratini	2
São Borja	4	Patrulha	1
Dom Pedrito	4	Guaporé	1
Caxias do Sul	4	São Gabriel	1
Passo Fundo	3	Encruzilhada	1
Gravataí	3	Canguçu	1
Uruguaiana	3	Soledade	1
Cruz Alta	3	Hamburg Berg	1
Antônio Prado	3	Taquari	1
São Leopoldo	3	Quaraí	1

FONTE – RIO GRANDE DO SUL, 1925. (Relatório do Presidente do Estado).

Nesta época, enquanto as autoridades sanitárias destinavam o hospital de isolamento para doentes acometidos de “febre eruptiva, peste e meningite epidêmica”, alguns segmentos da sociedade buscavam fundar uma Sociedade Beneficente, cujo objetivo era a construção de um leprosário no Estado:

“O Rvmo. Padre João Rick fundou, em 1924, na cidade de Santa Cruz do Sul, a Sociedade Beneficente Pró-Leprosário Riograndense e pediu a colaboração do Governo do Estado, da Sociedade de Medicina e do Rotary Club para a escolha da sua sede” (Sousa-Araújo, 1956, p.382).

A partir de 1926, começou a ser divulgada a construção do Leprosário Riograndense. Borges de Medeiros, em seu relatório deste ano, anunciou que:

“Coadjuvando a iniciativa da Associação Leprosário Riograndense, resolveu o governo amparar, moral e materialmente, a idéia da criação de uma leprosaria particular, do tipo colônia agrícola, onde possam ser isolados e tratados os leprosos que o queiram.”(RIO GRANDE DO SUL, 1925).

Porém, a dificuldade que se apresentava era em relação ao local para a construção deste hospital. A princípio o governo do Estado havia cedido a Ilha Francisco Manoel, mas, por motivos ainda não conhecidos, a construção não se efetivou e a idéia da instalação de um hospital-colônia, aos poucos deu lugar a outras questões consideradas mais importantes, como a de combate à epidemia de febre tifóide.

Nos quatro anos subseqüentes, a Hanseníase figurou entre as seis principais causas de mortalidade geral no Estado, conforme dados recebidos pelo governador, da Diretoria de Higiene:

**TABELA 8 - Causas dos óbitos no Estado do Rio Grande do Sul (1927-1930)**

Ano	1927	Ano	1928	Ano	1929	Ano	1930
Causas	Óbitos	Causas	Óbitos	Causas	Óbitos	Causas	Óbitos
Febre tifóide	302	Febre tifóide	433	Febre tifóide	265	Febre tifóide	184
Tuberculose	143	Tuberculose	133	Tuberculose	92	Tuberculose	94
Alastrim	34	Sarampo	84	Varíola	48	Difteria	44
Disenteria	31	Difteria	36	Difteria	41	Varicela	30
Difteria	19	Lepra	26	Varicela	23	Lepra	20
Lepra	17	Varicela	23	Lepra	14	Varíola	15
Sarampo	13	Disenteria	13	Disenteria	6	Sarampo	15
Coqueluche	12	Peste	7	Coqueluche	5	Coqueluche	10

FONTE – RIO GRANDE DO SUL, 1927 a 1930. (Relatórios dos Presidentes do Estado).

Estes dados, porém, não podem servir de referência para se saber do número real de casos existentes no Rio Grande do Sul no decorrer destes quatro anos. Uma das questões a serem levantadas é a mortalidade por Hanseníase. Sabe-se que dificilmente um doente chega à óbito por estar acometido pela Hanseníase; o óbito pode ocorrer em decorrência de outras enfermidades concomitantes, ou, muito raramente, de complicações causadas pela doença. Outro ponto a ser analisado é o da fidedignidade dos dados estatísticos disponíveis nesta época. Bassewitz, médico pesquisador da doença no Estado,

em seu artigo publicado no Arquivo Riograndense de Medicina, em 1927, deixa clara a sua insatisfação para com a organização dos serviços sanitários vigentes: “A falta absoluta de dados estatísticos fidedignos não permite avaliar o número de morphéticos no nosso Estado, que carece de organização sanitária eficaz” (Bassewitz, 1927, p.2).

Em 1930, Borges de Medeiros pronunciou-se sobre a questão da Hanseníase no Rio Grande do Sul, contabilizando em 600 o número de casos do Estado, alegando ser um número bem inferior se comparado com os casos registrados em outros Estados brasileiros. Ele aconselhava o isolamento dos doentes em hospitais-colônia, e comentava a intenção da Sociedade Leprosário Riograndense de fundar um hospital, fato que já vinha sendo discutido há vários anos. Ainda assim, o hospital-colônia levou muitos anos para ser construído. Sousa-Araújo comenta que:

“...muito antes da construção desse leprosário definitivo, o professor Raul de Primio teve de fundar, em Porto Alegre (1936), um hospital de emergência, exclusivamente com recursos obtidos de particulares, composto de 5 edifícios de madeira, sendo que o pavilhão das mulheres foi designado Carolina Annes Dias e o dos homens Luiza de F. V. Aranha, as principais colaboradoras daquele médico patriota” (Sousa-Araújo, 1956, p.383).

Foi, portanto, importante para a história da Hanseníase no Rio Grande do Sul a criação deste primeiro Leprosário pelo Dr. Primio, bem como, mais tarde, a criação do Hospital Colônia Itapuã, para onde foram transferidos os pacientes deste Hospital de Emergência para hansenianos. Em 1940, Porto Alegre já contava com outros serviços além do Hospital Colônia Itapuã, que era um Dispensário Central, funcionando no Centro de Saúde n.º 2, como ambulatório para doenças de pele, além de outros núcleos de atendimento em Centros e Postos de Higiene do interior do Estado. Neste mesmo ano, encontrava-se em fase de construção, o Amparo Santa Cruz, que seria destinado a atender as crianças, filhos de doentes de Hanseníase.

O serviço de atendimento aos hansenianos compreendia, além do tratamento, exames periódicos em comunicantes, investigação de casos novos, vigilância sanitária, propaganda e educação sanitária.

A distribuição da Hanseníase no Estado do Rio Grande do Sul, em 1940, encontra-se esquematizado por Mageon e Mendes (1940), em artigo publicado sobre a Profilaxia da Lepra no Rio Grande do Sul, no Departamento Estadual de Saúde, donde se conclui que Santo Ângelo, Palmeira, Lagoa Vermelha, Vacaria, São Francisco de Paula, Santa Cruz do Sul, São Sebastião do Caí e Porto Alegre apresentavam uma incidência grande em relação aos outros municípios do estado, conforme os autores.

O controle da Hanseníase no Estado passou a ser responsabilidade do governo estadual somente a partir de 1938, momento em que também os

registros passaram a ser sistematizados. Em conformidade com a lei, até 1954, todos os doentes eram internados compulsoriamente, como em todo o país. Depois disto, com a revogação da lei, mais ênfase foi dada ao tratamento ambulatorial, através de pessoal especialmente treinado para atender em dispensários e postos de triagem. Somente em 1964 o controle da doença passou a ser responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Bernardi e Ferreira, s.d.).

Estavam vinculados aos Serviço de Profilaxia da Lepra o Posto de Triagem, os Dispensários e os Leprosários. Além do Dispensário da capital, foram criados mais quatro no interior: Passo Fundo, Uruguaiana, Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul. Em 1956 o número de dispensários aumentou para 36, momento em que foram criadas zonas de supervisão, com sede nos municípios de Santa Maria, Santo Ângelo, Passo Fundo, Guaporé, Caxias do Sul, Santa Cruz do Sul e Porto Alegre (Rapone, s.d.).

### **2.3.4 Santa Cruz do Sul e a Hanseníase**

A distância geográfica do Rio Grande do Sul do centro econômico brasileiro, localizado historicamente no sudeste, provocou o isolamento e o desenvolvimento de uma estrutura social e econômica periférica no extremo sul do Brasil. Para esta organização social, política e econômica estável e peculiar, contribuíram, desde 1824, também os imigrantes alemães.

“O início da colonização alemã no Rio Grande do Sul é marcado pelo comportamento apolítico dos alemães no núcleo colonial” (Lando e Barros, 1981). Isto se explica, em parte, porque estas pessoas não atuavam politicamente na sociedade alemã de onde vieram, porque eram camponeses na sua maioria. Mais tarde, devido às melhores condições econômicas em que se encontravam, estes imigrantes foram estimulados a participar das atividades políticas porque isto lhes garantia a participação também no processo de desenvolvimento econômico regional.

Lando e Barros (1981) identificam no desenvolvimento das colônias no Rio Grande do Sul três etapas: a primeira consiste nas dificuldades que existiam na localização e demarcação dos lotes, na conquista da terra, no desmatamento e no início de uma agricultura para a subsistência. Formavam-se assim unidades fechadas, onde se verificava uma certa autonomia familiar. A segunda etapa é

marcada pela expansão da agricultura e do comércio, pelo surgimento do trabalho artesanal que atendia às necessidades próprias de consumo, ainda desenvolvidos em núcleos fechados e praticamente auto-suficientes. A terceira etapa caracteriza-se pela especialização sobre certos produtos que já eram comercializados fora do núcleo, na capital Porto Alegre, como o milho, feijão, fumo, banha de porco e toucinho.

A economia das colônias desenvolveu-se com a possibilidade de adquirir produtos do exterior, de importar e elevar os preços da produção com a abertura de espaços para o surgimento das indústrias.

Os primeiros imigrantes encaminhados para Santa Cruz do Sul, foram localizados inicialmente em Linha Santa Cruz, eram procedentes de diversas regiões da Alemanha e da antiga colônia de São Leopoldo. Mais numerosos que os lusos, se encontravam numa situação quase autônoma dentro da área a eles designada pelo governo, e reforçavam o seu isolamento inicial através de suas características culturais.

Quanto à população de Santa Cruz do Sul, Medeiros (1962), Martin (1979) e Cunha (1991) informam que a população do município, em 1860, era de 2.866 habitantes, e, em 1880, era de 11.000 habitantes. O crescimento da população acontecia num ritmo mais acelerado do que o restante do estado, porém, por volta de 1950, houve uma desaceleração provocada pela considerável diminuição nas migrações.

Na cidade, a participação dos lusos nas questões políticas era mais significativa, pois ali se estabeleciam os comerciantes, funcionários públicos, pessoas de classe média e autoridades administrativas e religiosas.

A região foi dividida em distritos e, para Medeiros (1962), cada distrito compreendia grupos diferenciados de moradores. Socialmente, os habitantes das linhas participavam conjuntamente de bailes, festas religiosas, competições esportivas e outros eventos.

Os grupos que exerciam maior influência eram as comunidades católica e evangélica. Estas comunidades assistiam às necessidades espirituais, mantinham, às vezes, uma escola, administravam um cemitério próprio, promoviam festas religiosas e exerciam notadamente um controle sobre a conduta de seus sócios. O sacerdote ou o pastor eram os líderes destas organizações e recebiam a colaboração de diretorias, compostas por pessoas que tinham certa proeminência na localidade.

Na estrutura da sociedade colonial imigrante, se encontrava ainda a “venda”, que era um pequeno estabelecimento comercial para onde o produtor levava o seu produto para colocá-lo à venda e se abastecia de mantimentos necessários:

“A venda não é apenas a casa comercial, ela é o centro das informações, é o lugar de encontro de vizinhos, ponto de coleta e distribuição de correio, parada de ônibus, , um centro social” (Medeiros, 1962, p.05).

A figura do vendeiro também tinha uma função mais ampla e diferenciada, pois exercia o papel de espaço de troca de informações, dispunha de capital para operações financeiras, prestava serviços, e o seu estabelecimento era o ponto de referência de toda a comunidade.

Neste contexto, a família era a base da organização social e econômica. O pai exercia uma autoridade visível e a permanência dos filhos no núcleo familiar era prolongada, porque a família constituía um grupo de trabalho e tinha também o papel de educadora que se estendia à adolescência.

“É o produtor independente, auxiliado por sua família, o agente do processo de produção, participando de todas as etapas do processo de trabalho, da administração à execução” (Montali, 1979, p.83).

Montali (1979) comenta ainda que, na maioria dos estabelecimentos comerciais da área urbana, o proprietário e sua família participavam da atividade comercial, principalmente na gerência e na administração do estabelecimento:

“A família, enquanto instituição transmissora da propriedade, e pelo seu contrário, da não propriedade, pode atuar como um elemento importante na reprodução da situação de classe de seus descendentes, mas, em última instância, o que determina a situação de classe desses elementos não é a família mas a dinâmica do capital e seus processos inerentes de acumulação e proletarização” (Montali, 1980, p.187).

Quanto ao aspecto da saúde, na colônia recém-formada havia problemas financeiros para que a comunidade pudesse se organizar para a implantação de escolas, igrejas, e, principalmente, de instituições para o atendimento aos

doentes. A mão-de-obra era escassa neste campo. O atendimento aos doentes era feito pelo padre ou pastor, que faziam visitas a doentes, mediante solicitação. Giehl (1986) comenta que era um trabalho exaustivo, uma vez que o vigário de Santa Cruz do Sul, por exemplo, era responsável pelas localidades de Vera Cruz, Candelária, Cachoeira do Sul, Agudo, Rio Pardo, Venâncio Aires, Cruzeiro do Sul, Lajeado, Arroio do Meio e Estrela, somando-se a isso a dificuldade com estradas e meios de transporte.

As causas de morte mais freqüentes eram relacionadas ao parto, doenças do pulmão, acidentes diversos, convulsões, paralisia, queimaduras, sarampo e hemorragias (Giehl, 1986).

Em 1908, Santa Cruz do Sul inaugurava o seu primeiro hospital, construído com doações da comunidade e com empréstimos, sendo orientado pelas irmãs franciscanas. Foram contratados, para atender os doentes no hospital, algumas irmãs da Alemanha e ainda o Dr. Heinz von Ortenberg, doutor pela Universidade de Berlim. O ano de 1908 ,é portanto, o marco inicial da prestação de serviços de saúde em nível hospitalar no município (Giehl, 1986).

O Dr. von Ortenberg publicou apenas um estudo científico e nele mostrava sua preocupação com a Hanseníase em Santa Cruz do Sul. Em seu artigo publicado no Jornal alemão de medicina tropical, em 1936, sob o título “A propagação da lepra e seu tratamento nos círculos populacionais de sangue alemão no sul do Brasil”, citado por Telles (1980), ele chama a atenção para algumas questões que estariam contribuindo para um aumento do número de casos de Hanseníase no sul do país. A primeira diz respeito ao modo de vida das pessoas, com liberdade de ir e vir, sem uma certa vigilância nas ações e na profissão. Isso, segundo ele, prejudicava o controle de qualquer doença transmissível:

“Nada existe nos Estados sulinos no tocante a uma legislação sobre o isolamento e um tratamento rigoroso. No maior e mais populoso Estado sulino, Rio Grande do Sul, a causa dessa inexistência deve ser procurada na concepção constitucional “positivista”, aqui dominante por muitos decênios, a qual tentava não delimitar tanto quanto possível a liberdade de ação e locomoção do indivíduo. Essa liberdade ilimitada e liberdade no desempenho da profissão, esse deixar viver a cada cidadão segundo sua própria feição, enquanto ele não entrasse em choque com a legislação vigente, prejudicava sobremaneira qualquer regulamentação das doenças contagiosas” (Ortenberg, citado por Telles, 1980, p.131).

Outra questão, levantada pelo Dr. Ortenberg, diz respeito à população com ascendência alemã que, segundo ele, tinha mais predisposição a contrair Hanseníase do que as de outra ascendência étnica ou nacional:

“A cifra da moléstia entre a porção de sangue alemão da população local é, surpreendentemente, enorme. As chamadas colônias alemãs estão consideravelmente contaminadas pela lepra. Apóio-me nessa constatação não só na observação própria, mas, também, por indagação junto a outros colegas (inclusive de círculos luso-brasileiros), sempre vi confirmada a mesma. Assim, o prof. Dr. Ernst von Bassewitz, bastante conhecido pela experiência na pesquisa e tratamento da lepra em nosso estado, reconhece que, sem dúvida os alemães constituem o maior foco da epidemia da lepra no Rio Grande do Sul. Bassewitz calcula em seu material de enfermos, dentre 371 casos, 289 de teuto-brasileiros. Isso significa 75%! Face a essa realidade devemos considerar uma predisposição racial diferenciada” (Ortenberg, citado por Telles, 1980, p.132).

A preocupação do médico alemão para com a Hanseníase era evidente no documento citado por Telles (1980), donde se pode concluir que a doença assumia proporções mais elevadas em Santa Cruz do Sul do que no restante do Estado. No citado artigo, o Dr. Ortenberg sugere também uma causa para a disseminação da doença entre imigrantes alemães e seus descendentes. Segundo ele, a causa seria uma ‘inferioridade funcional do sistema reticuloendotelial’ existente nestes imigrantes. Estudos desta natureza não foram feitos de forma detalhada, portanto, não existe comprovação científica para tal suposição.

O objeto de preocupação do médico em Santa Cruz do Sul era também objeto de curiosidade para o departamento de saúde da Secretaria do Estado. que publicava:

“Com relação à nacionalidade dos doentes, notamos: 220 brasileiros, quatro italianos, um espanhol e um romeno. E entre os brasileiros: 68 de origem alemã, 30 de origem italiana, três de origem polonesa, um de origem espanhola, um de origem uruguaia e 117 de ascendência brasileira. Somente 51,78% são filhos de famílias genuinamente brasileiras em comparação com 45,57% de brasileiros de origem estrangeira e entre esses, predomina a origem alemã com 60,18%” (Mageon e Mendes, 1940, s.p.).

Diversos fatores podem ter contribuído para que a Hanseníase assumisse em Santa Cruz do Sul uma proporção relativamente alta, colocando o município entre os que possuíam uma incidência elevada no Rio Grande do Sul.

Conforme o mencionado acima, uma das características das colônias alemãs era o fato de estarem à margem das decisões políticas e das informações, também sobre saúde, importantes no centro do país. A Hanseníase, em diversos estados brasileiros, era uma preocupação que crescia proporcionalmente ao número de casos. As autoridades sanitárias brasileiras buscavam soluções para o problema em outros países, principalmente em Portugal e na própria Alemanha.

Outra questão que pode ser levada em conta é a do crescimento vegetativo, que elevou o número de habitantes das colônias basicamente a partir da endogamia.

“Salvo raríssimas exceções, a endogamia ainda é preponderante na totalidade das colônias alemãs, pois que 71,5% dos casamentos constituídos por teuto-rio-grandenses são etnicamente puros...” (Roche, 1969, p.600).

Este é um fator que pode ser relacionado com a disseminação da doença entre pessoas com a mesma etnia, uma vez que, tanto a convivência na família quanto as relações sociais extra familiares desenvolviam-se sempre com outros imigrantes alemães.

Como já foi descrito, a doença entre os imigrantes alemães e seus descendentes atingia proporções altas, de tal forma que o fato chamou a atenção do médico alemão, Dr. Ortenberg, e o levou a escrever seu artigo sobre a Hanseníase. Também o Dr. Ernst von Bassewitz reconhecia que: - “sem dúvida os alemães constituem o maior foco da endemia da lepra no Rio Grande do Sul” (Bassewitz, 1927, s.p.).

Esta alta incidência da doença entre os imigrantes alemães pode ter sido iniciada a partir de focos de contaminação, ou trazidos da Alemanha na época da imigração, ou a partir de contatos com doentes aqui já residentes, ou seja, de grupos étnicos e nacionais diferentes.

A primeira suposição está fundamentada no fato de, na época da imigração, a Alemanha ainda possuir focos infecciosos de Hanseníase em

regiões como o Memel, antiga Prússia Oriental, de onde vieram parte dos imigrantes para Santa Cruz do Sul.

Em São Paulo, Maurano (1950) tentava explicar a alta incidência de Hanseníase principalmente entre descendentes estrangeiros:

“A princípio, os primeiros núcleos, os coloniais, viviam mais ou menos isolados, dispersos como eram em território vastíssimo e quasi privados de meios de comunicação. As raras estradas de antanho cheias de perigo, certamente só eram percorridas quando havia necessidade absoluta, e, além disso, as distâncias entre as vilas eram grandes” (Maurano, 1950, p.65).

As condições de vida dos imigrantes alemães na nova colônia de Santa Cruz eram muito semelhantes às descritas acima, onde as relações sociais davam-se com pouca frequência, pelo menos no início da colonização.

Outro fato comentado por Maurano , em relação à esta difícil comunicação

“...devia haver maior concentração de leprosos em seus focos, e maior reprodução de casos in situ; os focos teriam tendência a se condensar e, portanto, a se agravar” (Maurano, 1950, p.66).

Assim, o número de casos estaria concentrado, fazendo com que a doença lentamente apresentasse um caráter endêmico em algumas regiões.

Uma observação pode ser feita aqui: A Hanseníase apareceu em grande escala somente após passados vários anos da chegada dos imigrantes alemães, ou seja, o maior número de casos foi encontrado em descendentes de alemães. Então, pode-se supor que vieram da Alemanha alguns doentes e que, pelo longo período de incubação característico da doença, ela passou a ser percebida somente depois de vários casos. Além disso, devido às condições difíceis na colônia, os doentes não tinham acesso a tratamentos médicos de qualquer natureza. Outra possibilidade é a de que não havia nenhum hanseniano entre os alemães que aqui se instalaram. Sendo assim, podemos atribuir a alta incidência

naquela época a contatos que, porventura, alguns tenham tido com doentes, seja no navio que os transportou ao Brasil, seja no período de quarentena exigido pelo governo, ou em sua permanência temporária em Porto Alegre ou Rio Grande, enquanto aguardavam a definição dos lotes de terra a serem ocupados por eles nas colônias. Há de se considerar, ainda, que muitos dos primeiros colonizadores da região de Santa Cruz vieram de antigas colônias, fundadas nos vales dos rios dos Sinos e Caí desde 1824, e que podem ter contraído a doença aí.

Ainda que, para esta suposição, não hajam dados que a comprovem, o fato é que a Hanseníase se desenvolveu sem que as comunidades e as autoridades tomassem conhecimento da doença, até que, no começo do século XX, a doença apareceu como um problema da região, fazendo com que se pensasse, inclusive, na construção de um leprosário que atendesse os hansenianos do município, conforme movimento liderado pelo Padre João Rick, a partir da fundação da Sociedade Beneficente Pró-Leprosário Riograndense, já comentado. Contudo, em 1928 a Associação Comercial e Industrial de Santa Cruz protestou contra a localização do leprosário em Linha Pinheiral (O Jornal, 12/04/1928, citado por Sousa-Araújo, 1956).

Acompanhando a política adotada pelo governo, todos os pacientes hansenianos de Santa Cruz do Sul eram internados compulsoriamente - até 1954 - em hospitais gerais ou especiais, como no caso do Hospital Colônia Itapuã, em Porto Alegre. A partir de 1954, o Estado do Rio Grande do Sul criou no município um dispensário para o atendimento ambulatorial destes pacientes, que contava com um profissional médico e funcionava junto ao “Posto de Higiene” localizado na Rua Marechal Floriano, no centro de Santa Cruz do Sul. Desde a criação deste dispensário, oito médicos, em épocas diferentes, estiveram responsáveis pelo atendimento aos hansenianos sendo que apenas o último, contratado a partir de 1989 até 1995, era especializado em dermatologia.

Os primeiros pacientes atendidos eram santa-cruzesenses egressos do Hospital Colônia Itapuã para o tratamento ambulatorial no dispensário e depois disto, todos os casos novos passaram a ser diagnosticados e tratados ambulatorialmente, sob responsabilidade do governo estadual através do Programa de Controle da Hanseníase do Serviço de Dermatologia Sanitária.

### **2.3.5 Hanseníase e imigração**

Sob a ótica da epidemiologia, a questão das migrações está diretamente ligada à disseminação das doenças. Muitas são as discussões sobre as modificações do ecossistema sofridas pela ação do homem migrante e a sua relação com a disseminação de doenças.

“Do ponto de vista da difusão de agentes patogênicos de doenças endêmicas, a análise baseia-se na natureza da área endêmica de um ou de ambos os pólos entre os quais se dá a migração” (Carvalho, 1986, p.29).

Carvalho (1986) considera a disseminação de agentes patogênicos de uma forma mais ampla quando diz que este processo busca na história da própria formação social, na organização do espaço, uma nova maneira de ver o problema, uma vez que:

“... o processo migratório altera os perfis epidemiológicos das classes sociais da região receptora e essas alterações, sendo grandes, podem emergir como graves problemas de saúde pública” (Carvalho, 1986, p.30).

Portanto, a mobilização de grandes massas da população altera o ecossistema e a situação de saúde/doença desta população, tanto da área que fica desocupada, quanto da nova área ocupada, principalmente no que diz respeito às doenças transmissíveis, isto é, a circulação de pessoas as coloca em contato com outros agentes, com os quais não estavam habituadas, facilitando a disseminação.

Em São Paulo, estudos sobre a questão da disseminação da Hanseníase e imigração vinham sendo feitos desde 1950:

“Na marcha da lepra em determinado território, há outros fatores incriminados como responsáveis pela maior difusão da endemia, e dentre estes estão as correntes imigratórias originárias de países onde a lepra ou não existe, ou apresenta alguns focos fechados de pequena importância” (Maurano, 1950, p.57).

O autor faz suposições de que a aclimatização desta massa migrante deve ter provocado mudanças biológicas e patológicas importantes nos indivíduos, também com relação à Hanseníase.

Assim como acontece no Rio Grande do Sul, em São Paulo o número de casos de Hanseníase esteve elevado entre imigrantes e principalmente entre seus descendentes, dado que levou Maurano a comentar:

“Esta observação, como a da extinção da lepra, que na Idade Média assolou a Europa, tem servido de importante esteio de uma corrente que assevera estabelecer a lepra, no decorrer do tempo, uma resistência aumentada da população do país por ela atingido. Esta capacidade maior de resistência far-se-ia pela receptação contínua por parte da população de bacilos lançados no ambiente pelos leprosos, e consequentemente lenta e eficiente imunidade, qualidade esta que se transmitiria por herança” (Maurano, 1950, p.58).

Autores alemães como Lütolf (1860) e Zubriczky (1924) sustentam esta idéia, explicando, desta forma, a lenta e paulatina extinção da doença em países onde a Hanseníase existiu por longo tempo.

Se considerarmos como verdadeiras estas afirmações, será necessário revisar questões como as colocadas por Gomes citado por Maurano (1950), que alertava para a alta incidência da doença em alguns municípios de São Paulo, explicando que:

“..., devida aos colonos alemães, vindos em 1824, que contraíram a lepra nos antigos focos de Limeira e Piracicaba. Estes colonos prussianos provindos de um país sem lepra, o contato com os nativos foi-lhes nefasto. Infectados, desenvolveram formas graves e contaminantes que a escassez dos meios de comunicação isolou naquele município, e os limítrofes vieram a sofrer por causa do intercâmbio comercial, e propagação da moléstia” (Gomes, citado por Maurano, 1950, p. 60).

Quanto à afirmação de que esses colonos tivessem vindo de uma região-Prússia - onde não mais ocorria a doença, podemos dizer que não é verdadeira, uma vez que, na Alemanha, alguns focos permaneceram ativos até 1905, inclusive o da região de Memel, que mantinha um leprosário com 30 doentes. A região de Memel, hoje Polônia, faz limite geográfico com a Rússia, de onde se supõe que tenham vindo alguns doentes, visto que é região portuária e a maioria dos infectados era pescador ou comerciante (Blaschko, 1897). Estes dados foram fornecidos por Blaschko na Conferência sobre a Lepra, em Berlim, onde o autor afirmava também que alguns autores, inclusive alemães, como Arning (1897), escreviam sobre o desaparecimento da doença na Europa, deixando uma imagem errônea e até influenciando negativamente em estudos posteriores. Atualmente, na Alemanha, se considera que a região de Memel era endêmica até 1944.

Por ocasião da Conferência sobre a Lepra em Berlim, a idéia de que a doença havia desaparecido na Europa, na época da imigração, se tornou infundável, visto que vários países apresentaram a sua situação com relação à doença em 1897. Países como Portugal, Rússia, Bulgária e Romênia mantinham a Hanseníase como um problema endêmico sem controle. Já a Itália, Noruega, Espanha e Polônia contavam com o controle da doença e Alemanha, França, Inglaterra, Holanda, Bélgica, Dinamarca e Áustria mantinham apenas focos endêmicos (Kübler, 1897).

Sabe-se que a maioria dos imigrantes alemães de Santa Cruz do Sul vieram da antiga Prússia, a partir de 1849:

“Examinando-se as informações contidas no cadastramento realizado por Carlos Trein Filho, conclui-se, excluídos os nascidos no Brasil, que 90,53% dos habitantes da Colônia de Santa Cruz haviam nascido em território do Reino da Prússia: 42,53% deles naturais da Pomerânia, 37,88% da Renânia, 4,46% da Prússia Ocidental e Oriental, 3,57% haviam nascido na Silésia, 1,65% na Westfália e 0,14% em Brandemburgo” (Cunha, 1991, p.113).

Não se pode afirmar, com isso, que a Hanseníase foi trazida da Alemanha para a então Colônia de Santa Cruz, porém pode-se supor que assim tenha ocorrido.

**TABELA 9 – Local de nascimento dos colonos alemães de Santa Cruz do Sul.**

<b>Local de nascimento</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
Pomerânia	624	42,83
Renânia	552	37,88
Prússia	65	4,46

Silésia	52	3,57
Saxônia	48	3,29
Oldenburg	32	2,19
Westfália	24	1,65
Hessen	16	1,10
Baden	10	0,69
Hamburgo	6	0,41
Baviera	6	0,41
Hannover	5	0,34
Mecklemburg	2	0,14
Schwarzburg	2	0,14
Brandenburg	2	0,14
Württemberg	1	0,07
Holanda	6	0,41
Luxemburgo	2	0,14
Bélgica	1	0,07
Tirol	1	0,07
<b>Total</b>	<b>1.457</b>	<b>100,00</b>

FONTE – CUNHA, 1991, p. 114

A evidência de que entre descendentes de imigrantes alemães a incidência e a prevalência da Hanseníase era mais alta é notada por vários autores, como Maurano (1950), Bernardi e Ferreira (s.d.), Telles (1980) e Bassewitz (1927). Conforme nos observam Bernardi e Ferreira:

“Dos 232 municípios do Estado (RS) 15 apresentam coeficientes de prevalência superiores a 1 para cada 10.000 habitantes. Todos estes municípios estão situados na metade norte do Estado e correspondem, em sua maioria, a áreas de população de origem alemã e polonesa. Isto poderia ser atribuído ao fato desses indivíduos serem descendentes de imigrantes oriundos de áreas não endêmicas e portanto sem “resistência secular”, enquanto que os negros e os brancos de origem ibérica descendem de habitantes de áreas endêmicas que, por seleção natural, eram em sua maioria resistentes à hanseníase” (Bernardi e Ferreira, s.d., s.p.).

Contudo, tais autores não afirmam que a doença possa ter sido trazida da Alemanha para o Brasil e supõem que, de alguma forma, estes descendentes tenham tido contato com a Hanseníase já em território brasileiro, neste caso, no Rio Grande do Sul. Isto se deve ao fato de que, na Alemanha, na época das emigrações, a doença já se encontrava controlada.

Em outros estados brasileiros, como em São Paulo, Minas Gerais, Bahia e Rio de Janeiro, constatou-se que a Hanseníase veio ao Brasil trazida pelos imigrantes portugueses, africanos e espanhóis e que, antes das medidas adotadas para o isolamento destes doentes, a maioria encontrava-se livre pelas ruas, aumentando as possibilidades de contágio. Mas o mesmo não ocorreu no município de Santa Cruz do Sul, onde a ocupação do território se deu de forma diferente sob o ponto de vista étnico, cultural e social, quando a colonização alemã, pioneira no município, enfrentou dificuldades em relação à saúde dos imigrantes, durante o período de adaptação ao novo meio. Além disso, enfrentaram também a dificuldade de acesso a centros mais desenvolvidos. O desenvolvimento da Hanseníase e de outras doenças pode ter ocorrido mais rapidamente pelo modo como viviam estes imigrantes, cujos contatos sociais, como foi visto, eram apenas entre elementos da mesma comunidade, pelas condições precárias de infra-estrutura e pela dificuldade de comunicação existente na época.

Desta forma, apesar de ser possível apenas cogitar sobre o aparecimento da Hanseníase em Santa Cruz do Sul, a análise se torna difícil pela inexistência de documentos e dados bibliográficos mais aprofundados sobre esta questão.

Assim, as reflexões aqui apresentadas têm a intenção de proporcionar novas discussões e aprofundamentos, incluindo abordagens detalhadas que relacionem a etiologia da doença, com o estigma que a acompanha e com as questões políticas e sociológicas adotadas pelo poder público.

### **3 SITUAÇÃO ATUAL DA DOENÇA**

Conforme dados fornecidos pela OMS (1996), os casos de Hanseníase no mundo hoje, estão distribuídos em 60 países endêmicos. Estão registrados em tratamento 940.000 casos e cerca de 560.000 novos casos são diagnosticados por ano.

Comparando-se com a Tuberculose, doença também controlada pela OMS, a Hanseníase parece não representar um problema maior. Em relação ao

número de casos, a Tuberculose apresenta somas mais elevadas, mais de 40 milhões de casos (OMS,

1996) em todo o mundo. No entanto, a doença não representa um problema social como a Hanseníase, porque os pacientes tuberculosos se submetem a um tratamento de menor duração e não são afastados do trabalho e do convívio social, além de não apresentarem praticamente nenhuma seqüela, enquanto que os hansênicos necessitam de um longo período de tratamento, além de apresentarem deformidades físicas irreversíveis que os impedem de trabalhar e, também pelo estigma que a doença representa, são afastados ainda do convívio social.

Como unidade de medida das doenças, a epidemiologia se utiliza de coeficientes, principalmente os que expressam a freqüência com que elas ocorrem, ou seja, coeficientes de incidência e prevalência. A incidência mede a intensidade com que acontece a doença em uma determinada população, calculando-se em relação ao número de casos novos que acontecem; já a prevalência diz respeito aos casos que ainda permanecem, onde os casos novos se somam aos já existentes, significando assim a força com que subsistem determinadas doenças (Rouquayrol, 1994). Em relação à Hanseníase, o indicador epidemiológico mais usado é o coeficiente de prevalência, seguido do coeficiente de detecção, que indica quantos casos novos são detectados em determinada população por ano.

Para fins de comparação, e também para que se possa traçar metas e verificar a situação da doença, o Ministério da Saúde adota parâmetros para os indicadores epidemiológicos mais utilizados que são os coeficientes de prevalência, detecção de casos novos, percentagem de casos com deformidade e percentagem de casos curados. O coeficiente de prevalência é calculado anualmente e é considerado alto quando estiver maior ou igual a 5 casos para cada 10.000 habitantes; é médio quando estiver entre 1 e 5 casos para cada 10.000 habitantes e é baixo quando for menor de 1 caso por 10.000 habitantes.

A OMS registrou como índice global de prevalência, o coeficiente de 1,7 casos para cada 10.000 habitantes (OMS, 1996), informando que este coeficiente sofreu uma redução de 27% em relação ao ano anterior (2,3 em 1995). Esta redução foi observada em quase todos os países endêmicos e atribui-se esta redução ao tipo de tratamento adotado a partir de 1991.

**TABELA 10 - Número de casos registrados de Hanseníase por região da OMS, e percentagem sobre as diferenças.**

Regiões da OMS	1985	1995	1996	1985-1996 %	1995-1996 %
África	987.608	113.650	92.517	(-) 90.6	(-) 18.6
Américas	305.999	195.891	163.277	(-) 46.6	(-) 16.7
Sul-Leste da Ásia	373.575	913.664	635.490	(-) 83.0	(-) 30.4
Leste Mediterrâneo	74.892	2.319	18.188	(-) 75.7	(-) 21.7
Oeste Pacífico	245.753	4.008	31.043	(-) 87.4	(-) 23.4
<b>Totais</b>	<b>5.351.408</b>	<b>1.286.932</b>	<b>940.515</b>	<b>(-) 82.4</b>	<b>(-) 26.9</b>

FONTE – WHO, 1996. p. 9.

Ainda conforme a OMS (1996), os 16 países - onde vivem 95% dos hansenianos - que apresentam coeficientes de prevalência não considerados baixos, e que necessitam maior atenção e prioridade de ações de combate e controle, têm características comuns: - apresentam prevalência maior do que 1 por 10.000 habitantes e o número de casos novos detectados é maior do que 2.000 ao ano. Baseada no número de casos, a OMS apresenta os 16 países mais acometidos, em ordem decrescente:

**TABELA 11 - Prevalência registrada de casos de Hanseníase em tratamento com poliquimioterapia (PQT) e a detecção nos 16 principais países endêmicos.**

País	Casos Registrados	Prevalência por 10.000	Casos de PQT	Tratamento com PQT	Curados com PQT (total acumula-do)	Casos novos detectados	Índice de detecção por 10.000
Índia	542.511	5.9	504.535	93.0	6.570.000	416.685	45.4
Brasil	137.908	8.8	101.417	73.5	181.763	35.922	22.9
Indonésia	41.649	2.1	40.295	96.8	175.104	16.477	8.5
Myanmar	21.071	4.7	21.071	100.0	144.661	6.577	14.7

Nigéria	17.371	2.0	17.371	100.0	39.713	7.147	8.1
Nepal	12.764	6.0	11.905	93.3	3.722	4.783	22.7
Bangladesh	12.343	1.0	12.434	100.0	61.241	8.782	7.2
Filipinas	11.410	1.7	11.368	99.6	66.941	4.202	6.1
Moçambique	11.072	6.2	8.003	72.3	7.414	3.429	19.1
Etiópia	9.627	1.8	9.927	100.0	71.291	4.513	8.3
Zaire	6.082	1.5	6.069	99.8	49.422	5.526	13.4
Madagascar	6.130	4.9	6.130	100.0	20.360	4.676	37.5
Sudan	5.718	2.1	5.718	100.0	7.500	1.765	6.4
Tanzania	3.924	1.4	3.924	100.0	35.720	2.537	8.8
Guiné	3.873	5.0	3.873	100.0	25.662	3.194	41.5
Camboja	2.886	3.2	2.833	98.2	5.884	2.219	24.7
<b>Totais</b>	<b>846.430</b>	<b>4.7</b>	<b>766.573</b>	<b>90.6</b>	<b>7.499.398</b>	<b>528.434</b>	<b>29.2</b>

FONTE – WHO, 1996. p.12.

Considerando-se o coeficiente de prevalência, ou seja, o número de casos existentes para cada 100 mil habitantes, o Brasil se evidencia como o país mais acometido pela Hanseníase, seguido de Moçambique, Nepal e Índia.

Na Europa, assim como na América do Norte, os coeficientes são considerados baixos. Apenas Portugal e Espanha apresentam pequenos focos endêmicos (Bechelli, 1984).

Atualmente, na América do Sul, Brasil e Suriname apresentam os índices mais elevados (8,8 e 5,9), e países como Argentina, Venezuela, Bolívia, Colômbia e Paraguai, a prevalência está em torno de 1 a 2 por 10.000 habitantes.

No Brasil, existem 137.908 casos registrados pelo Ministério da Saúde (1996). A região Norte apresenta o maior coeficiente, seguida da região Centro-Oeste. Proporcionalmente, a população mais acometida pela doença é a do Amazonas e a que menos apresenta Hanseníase é a do Rio Grande do Sul, na região Sul.

**TABELA 12 - Prevalência registrada de casos de Hanseníase em tratamento com poliquimioterapia (PQT) e a detecção nos países americanos.**

País	Casos registrados	Prevalência por 10.000	Casos detectados	Detecção por 10.000	Casos de PQT	Percentual de casos tratados com PQT	Total cumulativo de curas com PQT
Argentina	3.396	1.01	509	1.5	3.231	95.1	5.842
Bolívia	864	1.12	86	1.1	859	99.4	562
Brasil	137.908	8.81	35.922	22.9	101.417	73.5	181.763
Colômbia	4.738	1.39	692	2.0	4.738	100.0	1.668
Costa Rica	195	0.60	15	0.5	142	72.8	2
Cuba	684	0.63	252	2.3	648	94.7	4.295
Rep. Dominicana	528	0.69	229	3.0	486	92.1	5.072
Equador	518	0.46	115	1.0	518	100.0	1.234
Guatemala	106	0.11	7	0.1	25	23.6	5
Haiti	689	1.00	124	1.8	689	100.0	-----
México	6.106	0.68	523	0.6	4.725	77.4	7.946
Paraguai	828	1.78	401	8.6	817	98.7	3.718
Peru	240	0.10	90	0.4	240	100.0	215
Suriname	264	5.92	64	14.4	264	100.0	326
Estados Unidos	640	0.02	157	0.1	571	89.2	351
Venezuela	3.954	1.92	490	2.4	3.261	82.5	8.799

A Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária, na sua décima reunião de avaliação, realizada em 1996, apresenta a situação do Brasil em relação à detecção de casos: em 1995 foram detectados 35.906 casos novos de Hanseníase no Brasil, com uma taxa de detecção de 2,3 por 10.000 habitantes, considerada alta segundo o parâmetro nacional (1,0 por 10.000). Fazendo uma análise da tendência da doença no Brasil, a Coordenadoria sugeriu que a endemia no país é ascendente, porém, o comportamento da Hanseníase nas diversas unidades federadas não é homogêneo. As taxas de detecção, em ordem decrescente são: Região Norte - 6,3 casos por 10.000 hab., Região Centro-Oeste - 6,1 casos por 10.000 hab., Região Nordeste - 2,5 casos por 10.000 hab., Região Sudeste - 1,3 casos por 10.000 hab., e Região Sul, - 0,6 casos por 10.000 habitantes.

Na análise apresentada na reunião, percebe-se que nos últimos 10 anos, a taxa de detecção de Hanseníase no Brasil teve um incremento de 60%, concluindo-se que este aumento é devido à melhor cobertura do programa de controle da rede de serviços de saúde, ao treinamento de pessoal e à divulgação dos sinais e sintomas da doença através dos meios de comunicação.

Dos 137.806 casos registrados, 74% estavam sob tratamento com poliquimioterapia (PQT/OMS)<sup>6</sup> e 30% encontravam-se em abandono de tratamento. Quanto a esta questão, um alerta foi dado: Esta baixa efetividade ao tratamento na rede básica de saúde leva a uma perda de oportunidade em controlar a endemia já que a poliquimioterapia é instrumento eficaz na cura, interrompendo a cadeia de transmissão da doença.

Em relação ao coeficiente de prevalência, o Brasil apresenta um índice de 8,8 casos por 10.000 habitantes, considerado alto segundo os parâmetros (5 casos por 10 mil). A Coordenadoria da décima reunião de avaliação apresentou ainda os índices de prevalência nos 27 estados brasileiros: Destes, 18 estados (Roraima, Acre, Amazônia, Rondônia, Par, Amapá, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás) apresentam altas taxas de prevalência ( mais de 5 casos/10 mil); 8 estados apresentam taxas consideradas médias (de 1 a 5 casos/10 mil) que são Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Sergipe, Bahia, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal e 1 estado (Rio Grande do Sul) apresenta taxa baixa (menos de 1 caso por 10 mil habitantes), este atingindo a meta de eliminação proposta pela Organização Mundial de Saúde.

---

<sup>6</sup> A OMS adotou, em 1991, o uso da terapia com combinação de drogas para todos os casos de Hanseníase, a chamada poliquimioterapia (PQT), apud OMS, 1995.

Uma das dificuldades que se tem, ainda hoje, em estudos epidemiológicos da enfermidade, é conhecer o “risco de infecção” a que está exposta uma determinada população. O risco, assim como a taxa de prevalência, de um modo geral é considerado baixo, porém, se observarmos a distribuição da doença em cada país e se nos detivermos a analisar os focos endêmicos, podemos observar que a quinta parte da população da América Latina e Caribe vive em áreas de alto risco, com taxas de prevalência superiores a 1 por dez mil, com o agravante de, exatamente nestas áreas, encontrarem-se as populações mais expostas às piores condições sócio-econômicas em seus respectivos países. Além disso, são regiões com características de importante movimento migratório para as grandes cidades ou para outros países que ofereçam melhores ofertas de trabalho. Este fato deve chamar a atenção das autoridades para a alocação de recursos para o controle da endemia nestas áreas, na intenção de evitar a disseminação da doença para outras áreas ou países.

Para a redução da morbidade, a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) sugere que se adotem as seguintes medidas:

“ Permanente atividade de detecção de casos, especialmente entre os contatos e nos consultórios de dermatologia.

Tratamento efetivo, por tempo definido, com base de regimes de múltiplas drogas aos pacientes de formas bacilíferas, com vistas a evitar o crescente incremento de cepas resistentes e de encurtar o período de transmissibilidade em cada paciente. Especial atenção deve ser dada ao grupo de menores de 15 anos.

Tratamento aos pacientes de formas não-bacilíferas com esquema multimedicamentoso por períodos curtos, mas com eficiente controle e seguimento que garanta sua regularidade” (OPS, 1988, p.17).

Para reduzir a prevalência e a incidência de incapacidades inerentes à doença, a OPS sugere:

“ Uma permanente atividade de informação ao paciente sobre a prevenção das incapacidades, paralelamente com a quimioterapia a que estão submetidos.

Tratamento e prevenção das incapacidades em seu conceito amplo, dando prioridade aos métodos e técnicas simples que podem ser aplicados a nível de atenção primária” (OPS, 1988, p.18).

Ainda, para melhorar os sistemas de controle da endemia, conforme a OPS deve-se observar:

“ O melhoramento da infra-estrutura dos sistemas de saúde, em geral, mediante a aplicação de planejamento, implementação e evolução das ações de saúde através de um sistema de informação adequado.

A estruturação de programas de controle da Hanseníase em nível nacional ou estadual, onde a prevalência da enfermidade assim o requer, que normatizem, organizem, supervisionem, manejem a informação, providenciem insumos, formem pessoal e que, em síntese, conheçam a realidade epidemiológica de cada área de seu programa e os vinculem à ação integral das atividades gerais de saúde.

A permanente ação de controle sobre os focos de alta endemicidade, aos quais se deve dedicar uma intensiva e prioritária atividade.

A progressiva incorporação dos programas específicos de controle e as atividades dos programas gerais de saúde e em especial naquelas áreas onde a atividade dos programas específicos de Hanseníase tem dificuldades para sua ação permanente e eficiente.

Formação e incorporação de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades em todos os níveis de execução dos programas, com base nas realidades epidemiológicas da endemia. Se deve incluir aí os programas de reabilitação física e social do paciente.

A permanente informação e educação da comunidade a fim de que participe ativamente para maximizar o impacto epidemiológico que significa a descoberta e o aparecimento de novos casos o mais cedo possível, melhorando a aceitação de novos conceitos sobre a enfermidade que deverão reduzir os prejuízos e a discriminação do paciente.

Apoio aos países que estão desenvolvendo programas de investigação, estimulando iniciativas com objetivo de aprimorar programas na área social, organizando melhor os recursos, a fim de torná-los mais eficientes e produtivos, bem como motivando a comunidade para a diminuição da problemática social que leva a discriminação do paciente” (OPS, 1988, p.18-9).

A adoção destas medidas de controle, sem dúvida, não pode ser uma condição única e vertical de combate à enfermidade. O processo de integração dos serviços nos diversos níveis de atuação dos profissionais, a descentralização

das ações podem criar novas formas de intervenção, com a participação da comunidade.

Atualmente, a fonte principal de descobrimento de casos se dá através da apresentação voluntária de pessoas nos serviços de saúde, isto é, os casos que se apresentam já estão praticamente confirmados, num estágio não inicial da doença.

O controle de contatos como método para descobrir casos, adotado nos países sul-americanos, não é feito satisfatoriamente pela maioria deles. A validade social desta atividade é a realização de uma ampla ação educativa no grupo familiar, principalmente sobre:

- a possível sintomatologia da doença.
- os graus de incapacidade que provoca
- a aceitação do paciente sem discriminações em seu grupo familiar.
- o cuidado e o acompanhamento do paciente durante o regime terapêutico.

A escassez de pessoal para realizar estas atividades é um problema comum a quase todos os programas de controle. O treinamento de pessoal auxiliar vem sendo uma opção com limitada cobertura em alguns países. Uma boa atenção ao paciente e a adequada informação à comunidade aumentam a apresentação voluntária de casos, fazendo com que se possa diagnosticar a doença mais precocemente.

Com relação a adoção da poliquimioterapia (PQT) como tratamento, cuja meta é a eliminação da Hanseníase como um problema de Saúde Pública até o ano 2000, a OMS sustenta o fato de que a tendência da doença, no mundo todo, é crescer, caso não se adotem medidas diferentes de tratamento, além do aparecimento, cada vez maior, de casos em que a sulfona se torna resistente. Esta eliminação é definida como uma redução da prevalência para, pelo menos, 1 caso por 10.000 habitantes.

No Brasil, além destas razões, o fato de existir um grande número de pacientes com tratamento irregular, ou em abandono, também contribuiu para a implantação da poliquimioterapia.

A eliminação da Hanseníase como um problema de Saúde Pública é possível hoje, conforme a OMS, porque envolve vários fatores:

“ oportunidade epidemiológica, ou seja, em muitas partes do mundo a Hanseníase já retrocedeu em termos de tendência secular.

- oportunidade tecnológica, ou seja, a polioquimioterapia é bastante efetiva na cura da doença.

- oportunidade política, ou seja, existe um grande compromisso nacional na maioria dos países endêmicos.

- oportunidade financeira, ou seja, agências doadoras e Organizações não-Governamentais estão, atualmente, muito interessadas em dar suporte financeiro para a implementação da polioquimioterapia e eliminação da Hanseníase como um problema de Saúde Pública” (WHO, 1996, 25).

Conforme a OMS, os objetivos da implantação dessa terapia no Brasil foram os seguintes:

“ quebra da cadeia de transmissão da hanseníase através da redução das fontes de infecção.

- prevenção da ocorrência da resistência secundária à droga e tratamento dos casos de resistência primária.

- operacionalização das ações de controle pela duração limitada do tratamento (mais curta do que o anteriormente usado).

- melhoria da relação usuário- equipe de saúde e conseqüente aumento da adesividade ao tratamento.

- redução da prevalência e incidência da doença” (WHO, 1996, p.15).

Ainda conforme a OMS, por causa do longo período de incubação da doença, a implementação da poliquimioterapia hoje, embora capaz de interromper a transmissão, não traz resultados para a redução total na incidência para os próximos anos, por isso alguns casos vão continuar aparecendo, ainda que em número reduzido.

Países como o Brasil, cuja taxa de prevalência da doença é maior do que 1 por dez mil habitantes, são considerados pela OMS como um problema de Saúde Pública. Estes países são considerados prioritários nas ações e colaborações de outros países no combate à Hanseníase. Esforços se concentram para alcançar o efetivo controle da doença, e vêm sendo apoiado por organizações não-Governamentais (ONGS).

No Brasil, o Rio Grande do Sul tem a menor prevalência do país, ou seja, menos de 1 caso por dez mil habitantes, por isso, parte dos investimentos enviados pelas ONGS serão destinados a dar continuidade ao objetivo da eliminação da doença, conforme sugestão da Décima Reunião de Avaliação Nacional de Dermatologia Sanitária em 1996.<sup>7</sup> A coordenação da reunião recomenda ainda que o Estado do Rio Grande do Sul procure, entre os municípios, aqueles que apresentam uma prevalência acima de 1 caso por dez mil habitantes, ou seja, aqueles que têm o coeficiente de prevalência acima da média do Estado. Estes municípios deverão receber maior atenção por parte do serviço de controle.

A evolução do coeficiente de prevalência no estado do Rio Grande do Sul, a partir de 1975, pode ser observado:

**TABELA 13 - Prevalência de Hanseníase no Rio Grande do Sul (1975-1995)**

Ano	Prevalência por 10.000
1975	4.31
1976	4.17
1977	4.15
1978	4.15
1979	4.16
1980	4.18
1981	4.29
1982	4.31
1983	4.33
1984	4.31
1985	4.23
1986	4.09

<sup>7</sup> Ministério da Saúde. *Relatório da dermatologia sanitária*. Brasília: CENEPI/FNS, 1996.

1987	4.06
1988	3.99
1989	4
1990	4.05
1991	3.96
1992	2.77
1993	2.38
1994	1.39
1995	0.9

FONTE – RIO GRANDE DO SUL, 1996. (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente).

Santa Cruz do Sul tem registro oficial de pacientes a partir de 1933. Desde então, 212 pacientes foram registrados no município, conforme dados fornecidos pela Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente.

**TABELA 14 - Número de casos diagnosticados de Hanseníase em Santa Cruz do Sul (1933-1996).**

1933	1	1949	2	1965	6	1981	5
1934	0	1950	2	1966	6	1982	5
1935	1	1951	1	1967	3	1983	6
1936	1	1952	0	1968	3	1984	7
1937	1	1953	6	1969	0	1985	5
1838	6	1954	4	1970	6	1986	1
1939	3	1955	2	1971	3	1987	9
1940	10	1956	10	1972	2	1988	4
1941	5	1957	5	1973	1	1989	0
1942	3	1958	2	1974	0	1990	5
1943	2	1959	8	1975	5	1991	6

1944	2	1960	5	1976	8	1992	4
1945	2	1961	2	1977	3	1993	6
1946	3	1962	2	1978	8	1994	7
1947	2	1963	4	1979	3	1995	3
1948	4	1964	2	1980	5	1996	8

FONTE – RIO GRANDE DO SUL, 1997. (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente)

A partir desses dados, juntamente com técnicos da Secretaria da Saúde, calculamos a incidência acumulada da Hanseníase no período de 1944 a 1996, tomando como base de população o ano de 1970, tanto em relação ao estado do Rio Grande do Sul, quanto ao município de Santa Cruz do Sul.

Concluiu-se, que a incidência média de Hanseníase em Santa Cruz do Sul (25,44/10.000) se manteve mais alta do que a incidência média geral do Estado do Rio Grande do Sul (14,46/10.000) ao longo de mais de 50 anos.

Conforme arquivos da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, dos pacientes registrados no município, 86% (184) residem em zona urbana e 14% (28) na zona rural. Constatou-se ainda que 50% dos pacientes da zona urbana residem na periferia e outros 50% na zona central da cidade. Dos pacientes residentes na zona rural, 71% encontram-se registrados no distrito de Monte Alverne, 17% no distrito de Rio Pardinho e o restante nos distritos de Erveiras, Sinimbu e João Alves.

De um total de 212 pacientes, apenas 11 ainda estão em registro ativo, os demais tiveram alta por cura, ou alta estatística (por impossibilidade de localizá-los em mais de 10 anos) ou faleceram. Verificou-se ainda que não há predominância em relação ao sexo dos doentes, uma vez que 49,5% são masculinos e 50,5% são femininos.

Constatou-se ainda que, em relação à doença, a população de Santa Cruz do Sul se encontra desinformada. Verificando com os diversos segmentos da sociedade, notou-se que, a não ser no órgão público que trata da Hanseníase, não há conhecimento sobre o fato da doença existir no município, constatando-se dificuldades para definir com clareza seus sinais, sintomas e modo de transmissão.

Este é um fator preocupante, uma vez que, no momento em que se quer eliminar a Hanseníase como um problema de saúde, a população se encontra desprotegida pela falta de informação. É necessária uma ampla divulgação sobre

a doença e suas medidas de prevenção, para que cada pessoa possa fazer seu auto-exame e estar consciente do modo de transmissão. Quanto mais cedo a doença for diagnosticada, mais eficaz é seu controle e, desta forma, menor o número de novos casos, ou seja, menos pessoas estarão expostas ao risco de adoecer.

O Serviço de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde em Santa Cruz, no momento, está funcionando muito precariamente. Os pacientes em registro ativo estão sem assistência médica, apenas têm recebido medicação e o pouco controle desta doença, assim como a Tuberculose, é de exclusividade dos órgãos governamentais. Esses órgãos deveriam garantir aos pacientes assistência médica gratuita e acompanhamento do tratamento. Se esse controle não é feito rigorosamente, a doença pode voltar e vir a ser novamente um problema de saúde para a população de Santa Cruz do Sul, uma vez que estes pacientes hansênicos tornam a ser focos contaminantes.

Considerando Santa Cruz do Sul um município pólo de desenvolvimento econômico e social, para onde vêm pessoas de municípios vizinhos em busca de assistência médica especializada, a questão do descaso para com a Hanseníase, que, num estágio avançado provoca lesões físicas irreversíveis e torna os doentes incapacitados para o trabalho, além de marginalizados socialmente, pode trazer um aumento de número de casos em médio prazo, e, desta forma, trazer mais preocupações para a área da saúde.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo teve como enfoque principal a identificação dos fatores que, historicamente, contribuíram para que a Hanseníase apresentasse índices considerados elevados em Santa Cruz do Sul.

O resgate da história da doença desde os primeiros registros históricos e a situação da doença na Europa na época da endemia hansênica entre os séculos XI e XIV, a história do aparecimento da Hanseníase no Brasil, a evolução do tratamento e as descobertas feitas com o passar dos séculos, contribuíram para elucidar fatores sobre a conduta adotada pelos órgãos governamentais na tentativa de controle da Hanseníase em âmbito nacional.

Em consonância com a delimitação técnica da pesquisa, analisou-se dados sobre a história da Hanseníase como evolução linear, constatando que a superação de crenças ligadas a valores culturais teve seu papel importante no desenvolvimento da doença, bem como na adoção de medidas de controle.

Ficou claro que a doença foi considerada uma das grandes pragas que assolaram as populações da Europa na Idade Média, pelo fato de se tornar endêmica em quase todos os países e perdurar como doença endêmica durante vários séculos. O ponto máximo do avanço da epidemia se deu entre os séculos XI e XV. Na visão dos medievais, as principais causas para que a disseminação se acelerasse eram, em primeiro lugar, a idade, a raça, o tipo de Hanseníase (Lepra Verdadeira ou Falsa) e o contato direto de uma pessoa com outra, em segundo lugar, a alimentação, sexo, imigração e, por último, a predisposição para outras doenças, a predisposição familiar, o clima, a qualidade do ar, da alimentação, da água e ainda o crescimento da população.

Percebemos também que, com o movimento do cristianismo, a forma de tratar os doentes passou a ter um caráter de santidade, ou seja, a Igreja passou a considerar estes doentes como alguém necessitado de ajuda, a exemplo de Cristo. Assim, era tarefa obrigatória de cristãos o cuidado para com os hansenianos, não os excluindo mais do convívio na sociedade. Este fator, certamente contribuiu para uma maior disseminação da doença, uma vez que, não mais isolados, os hansenianos passaram a conviver socialmente, inclusive entre nobres.

A partir de então, a necessidade de isolar os pacientes se tornou uma preocupação para as autoridades, que iniciaram a construção de Leprosários para o abrigo de hansenianos, que já somavam mais de 19 mil na Europa Ocidental no século XIII.

Como o desconhecimento sobre a doença era evidente, a única preocupação dos médicos da época era chegar ao diagnóstico para que o doente fosse encaminhado para um Leprosário, para fins de isolamento e como uma forma de prevenção para que a doença não se disseminasse entre a população. Esta medida pode ter contribuído para que o número de casos começasse a diminuir consideravelmente em alguns países.

Importante para o desenvolvimento dos conhecimentos sobre a doença foi a 1ª Conferência sobre a Lepra (Lepra Konferenz) realizada em Berlim, no ano de 1897, quando então vários países apresentaram a situação da doença e os problemas enfrentados com o seu controle. Alguns países como a Alemanha, França e Noruega, já mantinham a doença sob controle, com poucos focos endêmicos. Na Alemanha os leprosários que se encontravam cheios em 1710, diminuíram em número no início do século seguinte e, apenas em 1945, o país considerou oficialmente sob controle a doença, registrando apenas casos isolados.

Buscando elucidar a situação da doença no Brasil, constatamos que, no final do século XVIII, o país enfrentava sua pior crise em relação à doença, que existia oficialmente desde o ano de 1600. Devido à distância geográfica e à dificuldade da troca de informações, não se conhecia o número exato de casos de Hanseníase e tampouco se conheciam métodos eficientes de tratamento.

O Brasil dependia de Portugal, país onde a epidemia ainda estava sem controle e que se encontrava atrasado em relação ao tratamento de hansenianos. Muitos estados brasileiros, preocupados com a situação da doença, mandavam construir Lazaretos, ou seja, edificações especiais com assistência médica para pacientes com Hanseníase.

Com a criação do Departamento de Saúde Pública, órgão governamental que passou a regulamentar e implantar programas de combate à doença, veio a obrigatoriedade do isolamento e a atuação da vigilância sanitária. Nota-se aí a clara influência dos países europeus.

No Rio Grande do Sul, as primeiras notificações datam de 1905 e não são oficiais, segundo a Secretaria da Saúde do Estado. O Estado, distante do centro econômico, principalmente no período de sua colonização, esteve também distante de recursos e informações sobre a saúde, além da precária infra-estrutura existente, possibilitando a disseminação de doenças.

O governo, preocupado com a transmissibilidade destas doenças, mandou instalar “lazaretos” onde se isolavam e tratavam doentes durante as epidemias. Mais tarde, especialmente por causa da epidemia de varíola que vinha do exterior com os colonizadores europeus, se fez necessária a passagem obrigatória de todos os imigrantes pelo lazareto e lá permanecerem em quarentena.

Ao refletirmos sobre a questão da Hanseníase e imigração, vimos que a doença também pode ter vindo com alguns destes imigrantes, em cujos países de origem, ainda existia como um problema. O foco mais antigo do Estado, porém, pode ter sido na cidade de Vacaria, por onde entravam os bandeirantes paulistas, vindos de regiões onde a epidemia estava sem controle. Mas salientamos que, nas primeiras cidades fundadas e em desenvolvimento como Pelotas, Rio Grande e Vacaria, o número de casos notificados oficialmente, em 1925, era

bem inferior ao de outras cidades como São Francisco de Paula, Bom Jesus e Santa Cruz do Sul.

Entre 1926 e 1929, a Hanseníase figurou entre as seis principais causas de mortalidade geral do Estado. Sabe-se que, dificilmente, a Hanseníase leva à morte, a não ser em casos em que a doença está bastante avançada. Se estes dados sobre a mortalidade estão corretos, pode-se deduzir que a doença já existia no Estado há muito tempo, visto que muitos pacientes deveriam estar num estágio avançado da doença. Pode-se deduzir também que as notificações feitas a respeito da Hanseníase nesta época não eram exatas.

O primeiro leprosário fundado no Estado foi, na verdade, um Hospital para Hansenianos, chamado Hospital Colônia Itapuã, no ano de 1936, 200 anos depois de terem fundado no Rio de Janeiro o primeiro leprosário brasileiro.

Ficou claro que o controle da doença passou a ser responsabilidade do Estado apenas a partir de 1938 e contava com os serviços do Hospital, do Dispensário Central (ambulatório) e Postos de Higiene no interior, inclusive em Santa Cruz do Sul, que prestavam serviços para hansenianos.

Em Santa Cruz do Sul, a Hanseníase figurava como um problema de Saúde Pública a partir de 1925, quando o relatório do Dispensário de Profilaxia da Lepra apontava este município como um dos quatro mais acometidos pela doença no Estado.

Diversos fatores podem ter contribuído para que a Hanseníase assumisse em Santa Cruz do Sul, uma proporção relativamente alta, ou seja, uma média de número de casos superior à média do Estado.

Uma das características desta colônia alemã, assim como das demais, era o isolamento, pelo fato de estarem longe do centro de informação do país, numa área designada pelo governo. Estes imigrantes alemães reforçavam seu isolamento inicial também através de suas características culturais. Assim, o crescimento acelerado da população, a forte influência de grupos comunitários, a permanência dos filhos na família por um longo período de tempo e a falta de recursos e informações para a implantação de programas eficientes de saúde, principalmente nos primeiros anos da colonização, certamente colaboraram para que a doença se disseminasse com mais facilidade.

Assim como em outras regiões brasileiras, estes descendentes de imigrantes alemães também enfrentavam problemas com relação à Hanseníase. Esta constatação foi feita também pelo alemão Dr. Ortenberg, um dos primeiros médicos de Santa Cruz do Sul. E ainda, Souza (1982) apontava uma maior incidência da doença entre descendentes centro-europeus, concluindo que:

‘Há forte evidência de que a Hanseníase no Rio Grande do Sul é menos prevalente entre descendentes de espanhóis, portugueses e africanos. Como causa mais provável dessa observação, aponta-se a hipótese de que os imigrantes centro-europeus, por provirem de áreas não endêmicas, não sofreram processo de seleção natural, havendo entre eles alta proporção de indivíduos sem resistência à Hanseníase’ (Souza, 1982, s.p.).

Essa alta incidência entre descendentes alemães pode ter sido iniciada a partir de focos de contaminação, trazidos da Europa, mais precisamente da Alemanha, ou em contato com doentes aqui residentes. A doença na Europa, de um modo geral, havia diminuído consideravelmente. Na época da imigração, a hanseníase ainda existia em pequenos focos, mesmo na Alemanha. Em outros países europeus a doença ainda existia como um problema fora de controle, como em Portugal e na Rússia.

Pode-se concluir que, se algum hanseniano tenha vindo contaminado da Alemanha, devido ao tipo de vida que aqui levavam os imigrantes, numa convivência social restrita a outras famílias alemãs, onde os casamentos se davam com pessoas da mesma etnia, inclusive, da mesma religião, além do crescimento acentuado da população pela necessidade de povoação e de mão-de-obra para o trabalho, que era predominantemente familiar, então a doença pode ter se desenvolvido rapidamente entre eles. Além disso, o completo desconhecimento sobre a doença facilitava o contágio, transformando-a num problema sem controle, com um índice em Santa Cruz do Sul superior ao do Estado do Rio Grande do Sul.

Atualmente, em relação ao número de casos, a doença em Santa Cruz do Sul não é mais considerada um problema grave, uma vez que apenas 11 pacientes estão sob registro ativo, conforme a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado (1996), o que representa um coeficiente de prevalência de 1,09/10.000 habitantes. A diminuição no número de casos é atribuída à implantação da poliquimioterapia instituída pelo Ministério da Saúde a partir de 1991 para todos os estados brasileiros. Contudo, é necessário lembrar que no município, o programa de controle da Hanseníase está sendo cumprido precariamente por não existir, desde 1994 até a presente data, um profissional médico responsável pelo atendimento a estes doentes. Desde então os hansenianos recebem apenas a medicação e orientações gerais feitas por pessoal auxiliar. Sendo assim, os coeficientes de prevalência e incidência tendem a se manter sem alteração, porque tanto a alta do tratamento, quanto a detecção de casos novos é de competência exclusiva de profissional médico contratado pelo Serviço Público e vinculado ao Programa de Controle da Hanseníase do Serviço de Dermatologia Sanitária. Mas a gravidade da situação está no fato de que a doença pode vir a ser um problema de saúde no futuro próximo, uma vez que o

número de casos tende a se multiplicar, através de focos contaminantes não detectados. Além disso, a falta de informação sobre a Hanseníase, sobre seus meios de transmissão e formas de prevenção, verificada entre a população do município, faz com que a situação se agrave ainda mais.

Em relação ao Rio Grande do Sul, Santa Cruz do Sul pode ser considerado um município de média prevalência (1,09/10.000), uma vez que o Estado, em 1996, apresentou um índice de prevalência inferior a 1 caso para cada 10.000 habitantes, significando que atingiu a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde direcionada para a eliminação da doença (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1996).

Os demais estados brasileiros não apresentaram índices inferiores e as regiões norte e centro-oeste do país são as mais atingidas pela Hanseníase, chegando a mais de 5 casos para cada 10.000 habitantes, conforme relatório da reunião anual de avaliação do Serviço de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde (Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1996).

O Brasil, em relação aos outros países, não se encontra em situação privilegiada, pelo contrário, ocupa o primeiro lugar em coeficiente de prevalência, que chega a 8,8 casos para cada 10.000 habitantes.

Finalizando, para o caso de Santa Cruz do Sul, pode-se dizer que a Hanseníase apresenta apenas uma diminuição no número de casos, devido à implantação da poliquimioterapia, mas que a doença não se encontra controlada, porque o programa de controle, de responsabilidade dos órgãos governamentais, não está sendo executado de forma efetiva. É necessário, além do alerta que deve ser dado aos órgãos competentes, que a população desenvolva - a partir de ampla divulgação de informações sobre a doença, através de campanhas educativas - mecanismos próprios de controle e, conjuntamente com o governo municipal, atue de forma a combater e eliminar a doença como um problema de Saúde Pública. Desta forma, a sociedade civil organizada, conhecedora das questões culturais que envolvem a resolução de seus próprios problemas de saúde, deve participar do controle da doença no seu município em conjunto com os órgãos gestores das normas técnicas para este controle, ou seja, os governos municipal, estadual e federal.

Essas medidas, acredita-se, vão fornecer subsídios para alcançar o objetivo maior que é a eliminação da Hanseníase no município e através da participação da população na solução de um problema de Saúde Pública - neste caso o da Hanseníase -, desenvolver a consciência política com a participação de todos nos aspectos da vida social.

É evidente que o problema da Hanseníase não é o único e também não se constitui no mais grave dos problemas, contudo, a consciência coletiva, que nasce da informação e conhecimento, pode romper não somente com as barreiras do preconceito em relação à Hanseníase e aos hansenianos, mas também com a

não participação nos problemas que dizem respeito a todos e que entravam o desenvolvimento de qualquer sociedade.

Frente a esta preocupação, as questões tratadas neste estudo, possibilitam compreender o quadro geral da Hanseníase com mais profundidade a partir de dados objetivos e científicos, apontando para a gravidade da questão e para a necessidade de serem desenvolvidas políticas de saúde para superar e controlar a doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - ABREU e LIMA, J.C. Memórias sobre a elephância. Revista Médica Fluminense. Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 46-73, abr. 1838.

2 - ACKERKNECHT, Erwin H. Geschichte und geographie der wichtigsten krankheiten. Stuttgart: G. Thiemer, 1963.

3 - ANDRADE, Vera L. G., SABROZA, Paulo T., ALBUQUERQUE, Maria de Fátima M. de. Séries temporais dos indicadores de morbidade da hanseníase - Brasil, 1946 - 1994. Informe epidemiológico do SUS. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, ano 5, n. 3, p.23-35, jul.- set. 1996.

4 - \_\_\_\_\_. Evolução da Hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1996. 182 p. (Tese de Doutorado).

5 - ARAUJO, Oscar da Silva. A profilaxia da lepra e das doenças venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Arquivos de Higiene, Rio de Janeiro, ano 1., n. 2., set. 1927.

6 - ARNING, Eduard. Lepra und imigration. In: LEPPRA KONFERENZ, 1, 1897, Berlim: August Hirschwald, 1897.

7 - BABES, Vitor. Untersuchungen über den leprabacillus und über die histologie der lepra. Berlim: Alfred Hölder, 1898.

- 8 - BARATA, José S. Sarmento. Diagnóstico laboratorial da lepra e da sua distribuição no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1923.
- 9 - BARRETO, José M. Método de curar a elephantíasis que usava o preto de D. Anna Francisca no Batantam. Revista Médica Fluminense. Rio de Janeiro, v. 4, n. 5, p. 36-42, ago. 1835.
- 10 - BASSEWITZ, Ernesto von. A questão da Lepra no Rio Grande do Sul. Archivos Médicos Riograndenses. Porto Alegre, ano 6, n. 10-12, p. 1-12, Out.
- 11 - BECHELLI, L. Hanseníase. In: VERONESI, R. Doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991, p. 349-365.
- 12 - BÈRIAC, Françoise. Histoire des Lépreux au moyen age une société d'exclus. Paris: Mago, 1988.
- 13 - BERNARDI, César, FERREIRA, Jair. Epidemiologia da hanseníase no estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, [s.d.].
- 14 - BÍBLIA sagrada. N.T. Mateus. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- 15 - BIER, Otto. Bacteriologia e imunologia. São Paulo: Melhoramentos, 1978.
- 16 - BLASCHKO, A. Die Lepra in Deutschland. In: LEPROA KONFERENZ, 1, 1897, Berlim: August Hirschwald, 1897.
- 17 - BONNASSIE, Pierre. Dicionário de história medieval. Lisboa: Publicação Dom Quixote, 1985.
- 18 - BÜHLER, F. Der Aussatz in der Schweiz. Zürich: [s.n.], 1902.
- 19 - CÂNDIDO, J. de Paula. Reflexão sobre a Morphéa. Annaes de Medicina Brasiliense. Rio de Janeiro, ano 1, n. 7, p. 252-275, dez. 1845.
- 20 - CARVALHEIRO, J. Processo migratório e disseminação de doenças. Textos de Apoio. Ciências Sociais, Rio de Janeiro, n. 1., p. 29-55, 1986.

- 21 - CLARO, Lenita B. L. Hanseníase: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 110 p.
- 22 - CORBET, R. et al. Klinik der gegenwart. Handbuch der praktischen medizin. München, Berlin, Wien: [s.n.], 1957.
- 23 - CHUORAQUI, André. Os homens da Bíblia. São Paulo: Cia das Letras, 1978.
- 24 - CONFERÊNCIA NACIONAL PARA A UNIFICAÇÃO DO COMBATE À LEPROSA, 1, 1933, Rio de Janeiro. Laudos da Conferência para a Unificação do Combate à Lepra. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1935.
- 25 - COSTA, Nilson do Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário. Origens da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985. 121 p.
- 26 - CRUZ, Oswaldo. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores. Rio de Janeiro: Departamento da Imprensa Nacional, 1905.
- 27 - CUNHA, Jorge Luiz da. Os colonos alemães e a fumicultura. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 1849-1881. Santa Cruz do Sul: FISC, 1991. 184 p.
- 28 - D'HAUCOURT, Geneviève. A vida na idade média. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- 29 - DELUMEAU, Jean. História do medo no ocidente - 1300 - 1800. São Paulo: Cia das Letras, 1989.
- 30 - ENTRALGO, P. Lain. Das erlebnis der krankheit als geschichtliches problem. Stuttgart: G. Thiemer, 1961.
- 31 - FAES, J. T. Hospitales de leprosos em Asturias durante las edades media y moderna. Oviedo: [s.n.], 1966.
- 32 - FALCÃO, Zeferini. Portugal. In: LEPROSA KONFERENZ, 1, 1897, Berlin: August Hirschwald, 1897.
- 33 - FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 295 p.
- 34 - FREITAS, Celso A. História da peste e de outras endemias. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1988. 214 p.

- 35 - FREY, Andreas B. Die vorstellungen zur ätiologie der lepra im 19. jahrhundert. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität, 1988. 117 p. (Medizinischen Dissertation).
- 36 - FREYTAG, Ludwig.Über der folklore des aussatzes. In:Mitteilungen zur geschichte der medizin und der naturwissenschaften, Berlin, n. 7, 59-90, okt., 1908.
- 37 - FROHN, W. Der aussatz im Rheinland; sein vorkommen und seine bekämpfung. Jena: Gustav Fischer, 1933.
- 38 - GARMUS, L. Bíblia Sagrada. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- 39 - GASCHLER, Gabriele. Die aktuelle situation der lepra in Deutschland. Bonn: Fakultät zu Hohen Medizin, Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität, 1984. 90 p. (Medizinische Dissertation).
- 40 - GIEHL, W. A debilitação da saúde e o surgimento do primeiro hospital geral em Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 1986. (Manuscrito).
- 41 - GLÄSER, Peter Paul. Die lepra nach den texten der altchristlichen literatur. Kiel: Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität, 1986. (Medizinisches Dissertation).
- 42 - GOMIDE, Leila R. S. órfãos de pais vivos. A lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigma, preconceitos e segregação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1991. (Dissertação, Mestrado da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas).
- 43 - GOTTRON, H. A. und SCHÖNFELD, W. Die Lepra. In: Dermatologie und venerologie; einschliesslich berufskrankheiten, dermatologischer kosmetik und andrologie. Stuttgart: Georg Thieme, 1963.
- 44 - HABRICH, Christa et al. Aussatz und christlicher Glaube. In: Aussatz, lepra, hansen-kranheit. Ein menschheitproblem im wandel. Köln: [s.n.], 1983.
- 45 - HANSEN, G. Armauer. Übertragung der lepra von mensch zu mensch. In: LEPRA KONFERENZ, 1, 1987, Berlin: August Hirschwald, 1897.
- 46 - \_\_\_\_\_. Facultative oder obligatorische isolation der lepräsen. In: LEPRA KONFERENZ, 1, 1897, Berlin: August Hirschwald, 1897.
- 47 - HECHT, I. Der siechen wandel. Die aussätzigen im mittelalter und heute. Freiburg: [s.n.], 1982.

- 48 - HECKER, Justus F. K. Die grossen volkskranheiten im mittelalter. Historisch-pathologische untersuchungen. Berlin: Karger, 1865.
- 49 - HIRSCH, A. Handbuch der historisch- geographische pathologie. Stuttgart: G. Thiemer, 1886.
- 50 - HOLANDA, Sérgio Buarque de. História da civilização brasileira. São Paulo: Difel, v.3, 1967.
- 51 - HUBER, Oswald. Der aussatz in Basel. Basel: [s.n.], 1937.
- 52 - KEIL, Gundolf. Seuchenzüge des mittelalter. In: HERMANN, Bernd (Hrsg.). Mensch und umwelt im mittelalter. Stuttgart: G. Thieme, 1986.
- 53 - KIRSCH, J. P. Die leproserien Lothringens. In: KIRSCH, J. P.; HIRSCH, A. Jahrbuch der gesellschaft für lotharingische geschichte und altertumskunde. Strasburg: [s.n.], 1903.
- 54 - KLINGMÜLER, G. V. Lepra. In: HORNBOSTEL, H. u.a. (Hrsg.). Innere medizine in praxis und klinik. Stuttgart: G. Thieme, 1977.
- 55 - \_\_\_\_\_. Die Lepra. In: JADOSSOHN, J. Handbuch der haut- und geschlechts
- 56 - KLÖVERKORN, G. H. Der aussatz in Köhl. München: K. Thiening KG., [s.d.]
- 57 - KOCH, Robert. Die leprakrankheit in Kreis Memel. Leipzig: [s.n.], 1912.
- 58 - KOCH, R. M.; WALTER, R. L.; GISI, M. L. Doenças transmissíveis. Curitiba: Florence, 1996.
- 59 - KOELBING, Huldrych M. u.a. Beiträge zur geschichte der lepra. Zürich: [s.n.], 1972.
- 60 - KOEHLER, C. Zur geschichte des aussatzes in der Provinz Posen. In: LEPRO KONFERENZ, 1, 1897, Berlin: August Hirschwald, 1897.
- 61 - KÖNIGSWALD, Gustav. Rio Grande do Sul. São Paulo: Verlag des Verfassers, 1898.
- 62 - KÜBLER, P. Die allgemeine bemerkungen über de geographie der lepra. In: LEPRO KONFERENZ, 1, 1897, Berlin: August Hirschwald, 1897.

- 63 - KYLL, Nikolaus. Ein trierer ritus zur absonderung der aussätigen. Trier: [s.n.], 1960
- 64 - LANDO, Aldair M., BARROS, Eliane C. A colonização alemã no Rio Grande do Sul - uma interpretação sociológica. 2 ed. Porto Alegre: Movimento, 1981.
- 65 - LE GOFF, J. A civilização do ocidente medieval. v.1. Lisboa: Imprensa Universitária, 1984.
- 66 - LIMA, J. J. de Azevedo. A lepra no Brasil. Gazeta Médica da Bahia, Rio de Janeiro, ano 29, n. 6, p. 263-72, dez. 1897; ano 29, n. 7, p. 322-33, jan. 1898.
- 67 - LOMBARDI, C. Hanseníase: epidemiologia e controle. 1 ed. São Paulo: IMESP, 1990.
- 68 - LÜTOLF, A. Die leprösen und ihre verplegung in Lucern und der umgegen. Lucern: [s.n.], 1860.
- 69 - MAGEON e MENDES. Profilaxia da lepra no Rio Grande do Sul. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. Porto Alegre, v. 1, p. 81-92, 1940.
- 70 - MARQUES, Marília Bernardes. Ciência, tecnologia, saúde e desenvolvimento sustentado. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, 1991. 93 p.
- 71 - MARTIN, A. Beiträge zur geschichte der aussatzes, der antoniusfeuers, der pest und der an diesen erkrankten in Deutschland. In: SUDHOFF, Karl, SINGER, Ernst (Hrsg.). Archiv Geschichte der Medizin. Wiesbaden: [s.n.], 1919. p. 189-99.
- 72 - MARTIN, Hardi E. Santa Cruz do Sul. De colônia a freguesia; 1849-1859. Santa Cruz do Sul: APESC, 1979. 142 p.
- 73 - MAURANO, Flávio. História da lepra em São Paulo. São Paulo: Melhoramentos, 1950.
- 74 - MEDEIROS, Laudelino T. Educação na área rural de Santa Cruz do Sul. Porto Alegre: CRPE, 1962.
- 75 - MEIRELLES, Joaquim Cândido Soares de. Paralelo entre as duas espécies de elephantíais e entre a lepra. Semanário de Saúde Pública da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v. 1, n. 26, p. 134-3, jun. 1831.

- 76 - MINAYO, Maria C. de S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- 77 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. A evolução do tratamento da hanseníase até a poliquimioterapia. Perspectivas terapêuticas. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, [s.d.].
- 78 - \_\_\_\_\_. Guia de controle da hanseníase. 2 ed. Brasília: CENEPI/FNS, 1994. 156 p.
- 79 - \_\_\_\_\_. Relatório de dermatologia sanitária. Brasília: CENEPI/FNS, 1996. 46 p.
- 80 - MOLLAT, Michel. Os pobres na Idade Média. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- 81 - MONTALI, Lilia T. Do núcleo colonial ao capitalismo monopolista - produção de fumo em Santa Cruz do Sul. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1979. 167 p. (Dissertação, Mestrado em Sociologia).
- 82 - \_\_\_\_\_. Família e estrutura de classe em Santa Cruz do Sul. In: GODINHO, Rute E. et al. Estudos de população. VI - Santa Cruz do Sul. São Paulo: CEBRAP, 1980. 244 p.
- 83 - MÜLLER-BÜTOW, Horst. Lepra. Ein medizinhistorische überblick unter besonderer berücksichtigung der mittelalterlichen arabischen medizin. Frankfurt am Main: Europäische Hochschulscriften, 1981.
- 84 - MUIR, Ernest. Leprosy in Africa. Transactions of the royal society of tropical medicine and hygiene. Berlin, v. 33, n. 1, p. 118-126, jun. 1939.
- 85 - NUNES, Everardo D. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.
- 86 - OMS (Organização Mundial de Saúde). Um guia para eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública. 1 ed. Genebra: OMS, 1995. 61 p.
- 87 - OPS (Organizacion Pan-americana de Saúde). Situacion do los programas de control de la lepra en las Américas. Washington: Oficina Sanitária Pan-americana, 1988. 133 p.
- 88 - PAIXÃO, Waleska. História da enfermagem. 5 ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979. 142 p.

- 89 - PUPO, João de Aguiar. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e sua cooperação na obra de profilaxia da lepra; 1779-1933. O Asilo-Colônia de Santo Ângelo - SP. São Paulo: [s.n.], 1934.
- 90 - RAPONE, Túlio. Combate hanseníase no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (Manuscrito), [s.d.].
- 91 - REVEL, Jaques e PETER, Jean-Pierre. O corpo: O homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jaques; NORA, Pierre. História: Novos objetos. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1976.
- 92 - RIBEIRO, Renato J. Recordar Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1985. 247 p.
- 93 - RICHTER, P. Beiträge zur geschichte der aussatz. Sudhoffs Archiv zur Geschichte der Medizin. München, n.4, p. 323-352, 1911.
- 94 - RIO GRANDE DO SUL. Obras de combate à lepra no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (Mimeografado), [s.d.].
- 95 - RIO GRANDE DO SUL (Província de São Pedro). Fala com que o Exmo. Sr. Dr. João Pedro de Carvalho de Moraes, presidente da província, abriu a sessão da Assembléia Legislativa Provincial de 1873. Porto Alegre, 1873.
- 96 - \_\_\_\_\_. Fala com que o Exmo. Sr. Dr. Henrique Pereira de Lucena, presidente da província, abriu a sessão da Assembléia Legislativa Provincial de 1886. Porto Alegre, 1886.
- 97 - \_\_\_\_\_. Fala com que o Exmo. Sr. Dr. Rodrigo de Azambuja Vila Nova, presidente da província, abriu a sessão da Assembléia Legislativa Provincial de 1888. Porto Alegre, 1888.
- 98 - RIO GRANDE DO SUL. Relatórios apresentados ao Exmo. Sr. Dr. Antônio Augusto Borges de Medeiros, presidente do Estado do Rio Grande do Sul, de 1925 até 1930. Porto Alegre.
- 99 - ROCHE, Jean. A colonização alemã e o Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Globo, 1969.
- 100 - ROSEN, George. Uma história da saúde pública. São Paulo: UNESP, 1994. 423 p.
- 101 - ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia e saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. 527 p.

- 102 - SACRAMENTO, Adalberto Azevedo. Estudo estatístico sobre a lepra. In: IV Conferência Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia, 1929, Rio de Janeiro. Annaes da IV Conferência Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 1931. p. 245-505.
- 103 - SANTOS FILHO, Lycurgo. Medicina colonial. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de (org.) História da civilização brasileira. São Paulo: DIFEL, 1960.
- 104 - SCHADEWALDT, Hans. Zur Geschichte der Lepra. In: BRAUN, Falco. Hautarzt. Berlin, Heidelberg, New York: Regensburg und Biermann, 1973.
- 105 - SCHIPPERGES, Heinrich. Der garten der gesundheit. medizin im mittelalter. München, Zürich: Deutsches Taschenbuch, 1985. 280 p.
- 106 - \_\_\_\_\_. Die kranken im mittelalter. München: C. H. Beck, 1993. 250 p.
- 107 - SCHLOTTER, O. Die geschichte der lepra und pocken in Europa. München: C. H. Beck, 1967.
- 108 - SCHMITT, Jean Claude. A história dos marginais. In: LE GOFF, Jacques. A história nova. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- 109 - SCLiar, Moacir. Sonhos tropicais. São Paulo: Cia das Letras, 1995. 212 p.
- 110 - \_\_\_\_\_. Do mágico ao social. A trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L e PM, 1987. 111 p.
- 111 - SIGAUD, J. F. X. Du climat et des Maladies du Brésil. Paris: [s.n.], 1844.
- 112 SOUSA-ARAÚJO, Heráclides César de. Clima e estado sanitário: Viagem Científica no Rio Paraná e a Assunción com volta por Buenos Aires, Montevideu e Rio Grande pelos Drs. Adolfo Lutz, Araújo e Fonseca Filho. In: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Departamento da Imprensa Nacional, 1918. p. 104-171.
- 113 \_\_\_\_\_. História da lepra no Brasil; 1500-1952. Rio de Janeiro: Departamento da Imprensa Nacional, 1956.
- 114 \_\_\_\_\_. A lepra: estudos sobre o seu tratamento e prophylaxia. Belém: [s.n.], 1923.

115 \_\_\_\_\_. A lepra e as organizações antileprosas do Brasil. In: Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Departamento da Imprensa Nacional, 1936.

116 - SOUZA, Alda M. P. V. História da hanseníase no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (Manuscrito), [s.d.].

117 - \_\_\_\_\_. Prevalência da Hanseníase por grupo étnico no Rio Grande do Sul - Enfoque analítico. IV CONGRESSO BRASILEIRO DE HANSENOLOGIA, 1982. Porto Alegre: Associação Brasileira de Hansenologia, 1982.

118 - SPECKMEYER, Birgit. Lepra - Aktueller stand der diagnostik und therapie unter berücksichtigung des patientengutes des zentrums für dermatologie der WWU Münster. Münster: Westfälischen Wilhelm-Universität Münster, 1990. (Medizinisches Dissertation der Medizinischen Fakultät).

119 - TELAROLLI JR., Rodolpho. Epidemias no Brasil. Uma abordagem biológica e social. 1 ed. São Paulo: Moderna, 1995.

120 - TELLES, Leandro S. Heinz von Ortenberg - Médico do Kaiser e de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul: APESC, 1980.

121 - TERRA, Fernando. Lepra no Rio de Janeiro. Seu aparecimento, freqüência e formas. Brasil Médico. Rio de Janeiro, ano 23, n. 5, 1, p. 33-6 e p. 41-4, fev. 1919.

122 - TORRES, Octávio. História da lepra na Bahia. Salvador: [s.n.], 1945.

123 - VARRON, A. G. Der angst vor krankheiten im mittelalter. CIBA, Wehr/Baden, v. 7, n. 74, p. 2462-2466, 1955.

124 - VIRCHOW, R. Die krankheiten geschwiste. Berlin: Karger, 1865.

125 - \_\_\_\_\_. Die stellung der lepra den infektionskrankheiten und die pathologisch-anatomische erfahrung. In: LEPRO KONFERENZ, 1, 1897, Berlin: August Hirschwald, 1897.

126 - \_\_\_\_\_. Zur geschichte des aussatzes besonders in Deutschland nebet einer aufforderung an ärzte und geschichtsforscher. Berlin: August Hirschwald, 1860.

127 - \_\_\_\_\_. Zur geschichte des aussatzes und der spitäler, besonders in Deutschland. Berlin: August Hirschwald, 1860.

128 - VOGT, Helmuth. Lepra in Mitteleuropa. In: BRAUN, Falco. Hautarzt. Berlin, Heidelberg, New York: Regensburg und Biemann, 1966. p. 423-428.

129 - WACKERNAGEL, Wilhelm. Aussatz und dessen heilung innerhalb der geschichte. In: STADLER, Ernst. Der arme Heinrich, Herrn Hartmanns von Aue. Basel: [s.n.], 1911.

130 - WEHINGER, J. P. Drei jahre unter den aussätzigen. Wien: Diogenes, 1895.

131 - WEYAND, Ute. Neue untersuchungen über lepra- und pesthäuser in Westfalen und Lippe. Versucht eines katasters. Bochum: Medizinisches Fakultät der Ruhr Universität zu Bochum, 1983. (Medizinisches Dissertation).

132 - WHO (World Health Organization). Action programe for the elimination of leprosy. Status Report. Genève: WHO, 1996.

133 - \_\_\_\_\_. Report of the second international conference on the elimination of leprosy. New Delhi: WHO, 1996.

134 - ZUBRICZKY, A. Geschichte der grossen europäischen lepraepidemie. Orvosi: [s.n.], 1924.