

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE PÚBLICA: A HISTÓRIA DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE NO BRASIL

Cintia Garabini Lages¹

RESUMO

O presente artigo pretende discutir a necessária interdependência entre as políticas públicas de saúde, garantidoras de direitos sociais, e os demais direitos fundamentais, a partir da reconstrução da política sanitária de combate à hanseníase. Estigmatizada como castigo pela prática de atos pecaminosos, a hanseníase impunha aos seus portadores um duro processo de discriminação. Esse processo, antes difuso, torna-se objeto de uma política estatal que se estende ao longo de todo o século XX e impõe à sociedade de modo geral um sistema de segregação através da constituição de asilos colônias nos quais são “internadas”, de modo compulsório, as pessoas acometidas pela hanseníase. Conclui-se, ao final, que a construção de uma política pública de saúde não pode, ainda que fundada no interesse público e vocacionada à promoção de direitos sociais, violar direitos fundamentais, sob pena de romper com o sistema de direitos fundamentais sob o qual nos constituímos em um estado democrático de direito.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos humanos – isolamento compulsório – hanseníase

DERECHOS HUMANOS Y SALUD PÚBLICA: LA HISTÓRIA DEL TRATAMIENTO DE LA HANSENIASIS EN EL BRASIL

¹ Doutora e Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Professora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito da Universidade de Itaúna. Professora da Faculdade Mineira de Direito da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

RESUMEN

El presente artículo pretende discutir la necesaria interdependencia entre las políticas públicas de salud, garantistas de derechos sociales, y de los demás derechos fundamentales, a partir de la reconstrucción de la política sanitaria de combate a la hanseniasis. Estigmatizada como castigo por la práctica de actos pecaminosos, la hanseniasis imponía a sus portadores un duro proceso de discriminación. Ese proceso, antes difuso, se hace objeto de una política pública estatal que se extiende a lo largo de todo el siglo XX e impone a la sociedad de modo general un proceso de segregación a través de la constitución de asilos colonias en los cuáles son “ingresadas” de modo compulsorio a las personas acometidas por la hanseniasis. Se concluye, al final, que la construcción de una política pública de salud no puede, aunque fundada en el interés público y llamada a la promoción de derechos sociales, violar derechos fundamentales, bajo pena de romper con el sistema de derechos fundamentales que fundamenta el Estado Democrático de derecho.

PALABRAS CLAVES: Derechos humanos – aislamiento compulsorio - hanseniasis

1. Introdução

A palavra atenção foi pronunciada três vezes, depois a voz começou, o Governo lamenta ter sido forçado a exercer energicamente o que considera ser seu direito e seu dever, proteger por todos os meios as populações na crise que estamos a atravessar, quando parece verificar-se algo de semelhante a um surto epidémico de cegueira, provisoriamente designado por mal-branco, e desejaria poder contar com o civismo e a colaboração de todos os cidadãos para estancar a propagação do contágio, supondo que de um contágio se trata, supondo que não estaremos apenas perante uma série de coincidências por enquanto inexplicáveis. A decisão de reunir num mesmo local as pessoas afectadas, e, em local próximo, mas separado, as que com elas tiveram algum tipo de contacto, não foi tomada sem séria ponderação. O Governo está perfeitamente consciente das suas responsabilidades e espera que aqueles a quem esta mensagem se dirige assumam também, como cumpridores cidadãos que devem ser, as responsabilidades que lhes cometem, pensando que o isoladamente em que agora se encontram representará, acima de quaisquer outras considerações pessoais, um acto de solidariedade par com o resto da comunidade nacional.

José Saramago

O presente artigo pretende reconstruir, de uma perspectiva crítica, a política sanitária de combate à hanseníase adotada pelo Estado brasileiro ao longo do Século XX, baseada no isolamento compulsório do enfermo como instrumento de redução dos riscos de contágio e garantia de tratamento da enfermidade.

Pautada no isolamento compulsório dos doentes em colônias e asilos, a política sanitária de combate à hanseníase importou na restrição de diversos direitos fundamentais dos doentes como liberdade, trabalho, autonomia da vontade, dignidade da pessoa humana, entre outros. Daí a pertinente afirmação de Jeffrey Richards de que a exclusão formal da sociedade privava o hanseniano dos seus direitos civis, transformando-o em uma não pessoa (RICHARDS, 2003, p. 158).

Atualmente, no contexto de um Estado que se afirma democrático e que reconhece um amplo rol de direitos humanos tratados como direitos fundamentais, políticas sanitárias, enquanto políticas públicas de garantia do direito social à saúde, não podem ser elaboradas sem a consideração dos seus impactos no que tange ao exercício e garantia dos demais direitos fundamentais.

Nesse sentido, tomando como fio condutor a política de isolamento compulsório para tratamento da hanseníase adotada no Brasil ao longo do século XX, pretende-se discutir a interdependência entre o direito à saúde e os demais direitos fundamentais que compõem o sistema de direitos humanos adotado constitucionalmente, a partir da reconstrução histórica da medida de isolamento compulsório e sua adoção pelo Estado brasileiro. Espera-se, dessa forma, contribuir para uma compreensão mais adequada do sistema de direitos fundamentais adotado pela Constituição Federal de 1988.

2. Da lepra à hanseníase: a formação de uma minoria política pouco conhecida

Minorias políticas são uma constante na história da humanidade. Da formação das sociedades patriarcais, a partir da fixação do homem na terra (MURARO, 2010), até os dias de hoje, o relacionamento entre grupos humanos diferenciados deu-se a partir de

distintas relações de poder, possibilitando ao mais forte a submissão do mais fraco. As mulheres formam a primeira e mais numerosa minoria política da história. Com o passar do tempo, outras minorias surgiram ou foram reconhecidas como resultantes de processos de dominação de natureza política, econômica, religiosa e cultural. Nesse sentido, são reconhecidos como minorias desde a Idade Média, os judeus, os hereges, as bruxas, os homossexuais, as prostitutas e os leprosos (RICHARDS, 2003).

Os hansenianos não possuem, enquanto minoria política, nenhum elemento cultural, religioso ou étnico que os defina. Sua identidade decorre do contágio pelo bacilo de *Hansen*, causador da hanseníase. Historicamente conhecida como lepra, a hanseníase é uma doença contagiosa que atinge o sistema nervoso e provoca, dependendo do tipo, manchas na pele, perda de sensibilidade cutânea, deformações físicas, atingindo de modo especial mãos, pés, olhos e nariz (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008, p. 172).

Em função dos efeitos físicos decorrentes do desenvolvimento da doença, foram hansenianos retratados como “infelizes, de carnes roídas, das faces de mortos, das mãos transformadas em tocos, aqueles párias trancafiados em gafarias, aldeias de infecção e pestilência nas quais procriavam entre si e das quais só podiam sair com sininhos nas mãos” (DRUON, 2010, p. 14). A deformidade física do hanseniano e a possibilidade da propagação da doença pelo contato com o doente emprestaram à hanseníase uma dramaticidade desconhecida em relação a outras enfermidades, o que justifica a afirmar-se que “talvez não exista na história nenhuma doença que tenha causado tanto medo e asco quanto a lepra” (RICHARDS, 2003, p. 153).

Assim, desde cedo, os “leprosos” formaram uma minoria distinta, temida ao mesmo tempo fragilizada. Além da deformidade física, do odor decorrente das feridas, a doença era associada a um comportamento censurável. O portador de hanseníase não era apenas um enfermo, mas o impuro, de comportamento lascivo e desregrado, marcado pelo sinal inequívoco do pecado, sobretudo pelo pecado sexual (RICHARDS, 2003, p. 153).

No entanto, a própria doença possuía um caráter absolutamente democrático e atingia da mesma forma reis, nobres, súditos, clérigos, homens e mulheres, ricos e pobres, crianças, adultos e velhos. Todos estavam sujeitos à contaminação pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, somente descoberto em 1873, por Gerhard Henrik Armauer Hansen, médico norueguês.

Mas se a doença não encontrava limitações de nenhuma ordem com relação às possibilidades de contágio, ou seja, se contagiava de modo indistinto, também o tratamento dispensado aos doentes pouca distinção fazia com relação ao doente e sua condição econômica, financeira e cultural. Incurável até o final do século XX, a hanseníase impunha aos doentes o isolamento compulsório em hospitais ou colônias como único meio de controle da doença. Somente a partir da década de 80, a Organização Mundial de Saúde passou a recomendar a poliquimioterapia (PQT) para o tratamento dos doentes.

Com a descoberta da cura, o isolamento compulsório foi paulatinamente abolido e a política de controle da hanseníase ganhou novos contornos. Uma das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, em 1976, foi o de abolir o termo “lepra”, substituindo-o por hanseníase (BRASIL, 2010).

Atualmente, a hanseníase tem cura e seu tratamento é gratuito, mas a história da doença se confunde com a história de milhares de pessoas em todo o mundo que sofreram e ainda hoje sofrem as conseqüências de uma política sanitária segregacionista, baseada no medo e no preconceito e desconhecadora dos direitos fundamentais de que também são titulares os hansenianos.

3. O isolamento compulsório como medida histórica de redução dos riscos de contágio da hanseníase

A história da saúde pública não registra nenhuma medida sanitária relativa à hanseníase até a Idade Média, apesar de os hebreus, gregos e romanos terem-na conhecido (ROSEN, 1994). Trazida pelos cruzados que retornaram do Oriente, a hanseníase tornou-se epidêmica na Europa no início da Idade Média, nos séculos VI e VII, atingindo seu pico nos séculos XIII e XIV (ROSEN, 1994, p. 59).

No entanto, o medo do contágio decorrente, sobretudo, dos seus efeitos físicos, demandou, desde cedo, uma política de minimização dos riscos da sua propagação e,

diante da falta de conhecimento sobre a sua etiologia e de um tratamento que impedisse de modo seguro o contágio, o “tratamento” adotado foi o do confinamento do doente.

A segregação do portador de hanseníase tem a sua previsão mais antiga no livro do Levítico, datado de cerca de 1450 anos antes de Cristo. De caráter notadamente normativo, estabelece o referido texto bíblico, em seu capítulo 13, um verdadeiro manual de procedimento para detecção da doença pelo sacerdote², que após bem observar as manchas na pele, chagas, feridas ou qualquer outro sinal que indicasse a sua presença, declarava a condição de impureza do paciente e determinava a sua segregação: “O leproso atacado de lepra andarás com as vestes rasgadas, os cabelos soltos e a barba coberta, gritando: Impuro! Impuro! Durante todo o tempo em que estiver contaminado de lepra, será impuro. Habitará a sós e terá sua morada fora do acampamento” (LEVÍTICO, 13, 45-46).

Também estabelecia o referido Texto a necessidade de se inspecionar a casa do leproso. Uma vez constatada a situação de impureza, deveria a mesma ser demolida e o produto da demolição levado para fora da cidade para ser depositado em local também impuro (LEVÍTICO, 14, 44-45).

Paulatinamente, o isolamento passou a ser adotado como medida de controle da hanseníase ao longo da Idade Média. Em 644, uma lei lombarda editada pelo rei Rotardo, regulamentou o isolamento de doentes. Há notícias da adoção do confinamento obrigatório nas leis francas do século VIII e nas leis norueguesas do século XI, mas é a partir do século XII, mais especificamente no III Concílio Lateranense ocorrido em 1179, que o confinamento obrigatório foi assumido oficialmente pela Igreja Católica como medida profilática (ROSEN, 1994, p. 60; RICHARDS, 2003, p. 155).

Cedo se reconheceu a necessidade de controlar a enfermidade e se desenvolveu uma forma de ação de Saúde Pública ainda presente entre nós: o isolamento de pessoas vítimas de doenças contagiosas. Quando pessoas que sofrem de moléstias transmissíveis podem ameaçar, diretamente, a saúde dos que a circundam, a comunidade sente-se no direito de sujeitar o indivíduo a restrições, e até mesmo a sanções. Assim, surgiu a obrigação de notificar de algumas doenças comunicáveis, e, em algumas ocasiões a liberdade do indivíduo pôde ser severamente limitada. (ROSEN, 1994, p. 59).

² São sacerdotes indicados no texto bíblico Aarão ou seus filhos (LEVÍTICO, 13, 1-2).

Assim, em um primeiro momento, em face da inexistência de tratamento médico que produzisse resultados seguros, coube à Igreja o papel de acolher os leprosos e promover a sua “purificação”. Surgem os primeiros leprosários vinculados a mosteiros e fundações de caridade. Posteriormente, foram criados hospitais especialmente para o tratamento da hanseníase, uma vez que os hansenianos não podiam ser admitidos em hospitais destinados ao tratamento de outras enfermidades, em função do risco de contágio.

A manutenção dos leprosários passou a ser considerado um ato de caridade. Muitos dos hospitais foram dedicados a São Lázaro, decorrendo daí, como afirma Richards (2003, p. 159), as expressões *lázaro* e *lazareto*, ainda hoje, carregadas de forte conotação pejorativa³.

O confinamento dos doentes nos leprosários mantidos pela Igreja era precedido de um rito, segundo o qual o leproso era declarado morto para o mundo.

O leproso vinha vestido com uma mortalha, lia-se a missa solene para os mortos, jogava-se terra sobre o doente; e então os padres o conduziam, acompanhados de parentes, amigos e vizinhos, até uma choupana ou de um leprosário, for dos limites da comunidade (ROSEN, 1994, p. 60)

Com o ritual de confinamento, uma série de severas restrições sociais era imposta ao doente, inclusive a obrigatoriedade de usar vestes designativas da sua condição ou guizos e sinos, que serviam, sobretudo, para alertar a comunidade da presença da doença (RICHARDS, 2003; ROSEN, 1994, p. 60).

Rituais distintos eram realizados no processo de ingresso dos leprosos nos diversos leprosários que se espalharam por toda a Europa, mas todos estabeleciam um conjunto de normas restritivas da liberdade dos doentes, cujo descumprimento importava na aplicação das penas de espancamento, confinamento a pão e água e até mesmo expulsão da casa (RICHARDS, 2003, p. 159).

Além do confinamento, normas sobre circulação dos leprosos eram estabelecidas com o intuito de restringir a propagação da doença nos centros urbanos e

³Segundo o “Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa”:

Larento[Do antr. *Lázaro*, o homem coberto de úlceras da parábola do evangelho de S. Lucas, + *-ento*.] Adjetivo.Substantivo masculino. 1.Que ou aquele que tem pústulas, chagas; *lázaro*. 2.V. *leproso* (1 e 5). Lazareto (ê). [Do it. *lazzaretto*.] Substantivo masculino.1.Edifício para quarentena de indivíduos suspeitos de contágio. 2.Ant. V. *leprosário*.

também importavam em medidas segregacionistas. Há registros da restrição da circulação dos leprosos na França (Séc. XIV e XV), Inglaterra (Séc. XIII e XIV) e em várias cidades italianas. “Em Paris, era permitido que eles saíssem do hospital uma vez por semana para mendigar. Mas o ritual procura reduzir ao mínimo o perigo para o público de tais aparições” (RICHARDS, 2003, p. 158).

A exclusão formal da sociedade privava o leproso dos seus direitos civis. Ele se tornava uma não pessoa, impossibilitado de legar ou herdar propriedade, de defender suas demandas em tribunal etc., embora a igreja reiterasse sistematicamente que a lepra não era motivo para a dissolução do casamento (RICHARDS, 2003, p. 158).

Ao longo da Idade Média, entre os séculos XI e XV, o número de leprosários na Europa multiplicou-se de modo extraordinário (FOUCAULT, 2005, p. 03). Rosen noticia que no início do século XIII, só na França, existiram aproximadamente dois mil leprosários, chegando a dezenove mil em toda a Europa (1994, p. 60). Como característica comum, a localização afastada das cidades, dos centros de atividades, como meio de garantir o processo de segregação e ao mesmo tempo diminuir as possibilidades de contágio da população sadia. (RICHARDS, 2003, p. 160).

Como pano de fundo da segregação e do tratamento infame dispensado aos hansenianos, a ideia segundo a qual “o abandono é para ele a salvação; sua exclusão oferece-lhe outra forma de comunhão” (FOUCAULT, 2004, p. 06). Ou seja, a caridade consiste na negativa de acolhimento do leproso, no seu abandono. O sofrimento em vida possibilita a redenção dos seus pecados, uma vez que o abandono por parte dos seus não importa no abandono por parte de Deus. (FOUCAULT, 2004, p. 06).

A partir do Século XV, “o vazio se estabelece nos leprosários europeus”, resultado da segregação dos leprosos e do fim das cruzadas com a conseqüente “ruptura com os focos orientais de infecção” (FOUCAULT, 2005, p. 05) ou ainda resultado da epidemia da peste negra (ROSEN, 1994, p. 61). Mas o estigma do leproso já se estabelecera, permanecendo a imagem que adieru ao leproso como paroxismo da promiscuidade. “O desejo excessivo por sexo havia sido associado à doença por escritores antigos. Podia ser visto no rosto dos leprosos; por isso a referência de Gui de Chauillac à aparência de sátiro como um dos sinais” (RICHARDS, 2003, p. 162).

O isolamento compulsório foi adotado como modelo de tratamento da hanseníase em todo o mundo. Há registros de leprosários nas Filipinas, Argentina, Canadá, Colômbia, Chile, Índia, China, México e Estados Unidos. No Brasil, ao todo foram construídas 101 colônias agrícolas para o tratamento-isolamento dos hansenianos. Deste total, 33 ainda existem como centros de tratamento, 05 delas em Minas Gerais. Em todos eles, o confinamento era acompanhado do estigma de impureza e do pecado.

4. A política segregacionista e a organização da saúde pública no Brasil República no combate à hanseníase

No Brasil, a hanseníase passa a ser considerada como problema de saúde pública apenas no início do século XX, apesar de existirem registros do aumento da doença no Paraná já no ano de 1816 (VIEIRA, 2006, p. 01). Entretanto, durante o Império, prescindiu o Estado brasileiro de uma política sanitária que abarcasse todo o território nacional de modo planejado. De modo contrário, a política de combate à hanseníase dependia de medidas isoladas autorizadas pelo poder central. Nesse sentido:

Segundo dados do Serviço Nacional de Lepra (1960), as medidas legislativas mais importantes até o século XX, ditadas para o controle da hanseníase no território nacional, foram: Lei tornando obrigatório o isolamento dos doentes de hanseníase no Rio de Janeiro, decretada em 1756; o regulamento assinado em 1787 por D. Rodrigo de Menezes para o hospital da Bahia; o isolamento obrigatório dos doentes no Estado do Pará em 1838; proibição do exercício de certas profissões pelos hansenianos em 1848 e de 1883 expedição de legislação apropriada com a criação de hospitais-colônias em Sabará. (EIDT, 2004, p. 09).

O início do Século XX é marcado pela estruturação de uma política nacional de saúde pública, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, sob a direção de Carlos Chagas.

Em 1923 é publicado o Decreto 16.300, que aprovou o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e adotou, dentre outras importantes medidas,

normas relativas à profilaxia especial da lepra. Esse decreto estabeleceu de modo geral e compulsório a internação em colônias agrícolas, sanatórios, hospitais e asilos de toda e qualquer pessoa diagnosticada com a doença. O caráter compulsório da medida importava na sua execução a despeito da vontade do doente, adulto ou criança.

A segregação em colônia agrícola importava em um apartamento definitivo do doente do convívio familiar e social. Abrangendo homens, mulheres, crianças e idosos, a medida era adotada independentemente de qualquer aspecto relevante da vida do doente, importando em uma rígida restrição ao contato com parentes, impedindo a manutenção dos laços familiares, assim como o exercício do trabalho ou profissão.

Lado outro, a efetividade da medida dependia da atuação dos agentes de saúde e da própria sociedade: ao médico era atribuído o dever de notificar aos órgãos competentes, e na sua falta, a atribuição recaía ao chefe da família, ao parente mais próximo ou ainda ao próprio doente. O descumprimento do dever de notificação importava na aplicação de sanções severas. “O médico que infringisse as disposições seria declarado suspeito pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo todos os doentes por ele visitados sujeitos à verificação por parte da autoridade sanitária” (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008, 169).

Na hipótese de contágio de toda a família, a estrutura de tratamento baseada no tripé leprosário, dispensário e preventório possibilitava o isolamento de todos. O leprosário abrigava os adultos infectados, o dispensário os comunicantes, e os filhos dos infectados eram encaminhados aos preventórios, nos quais permaneciam internados. Essa estrutura foi implementada com a criação do Serviço Nacional da Lepra, em 1941, quando a política sanitária sofreu um sensível processo de centralização no âmbito federal, aqui representado pela atuação do Ministério da Saúde, sob a coordenação de Gustavo Capanema. (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008, p. 184).

O cumprimento das determinações do Serviço Nacional da Lepra, órgão do Departamento Nacional de Saúde, contava com a atuação de uma polícia sanitária, que tinha por função localizar e encaminhar os doentes para os estabelecimentos de saúde, sendo permitido o uso da força para o cumprimento das normas atinentes ao isolamento. Seguiu-se, no combate à hanseníase, a política sanitária de caráter fiscal e policial elaborada por Osvaldo Cruz e implementada no início da República.

Em 1946 o Serviço Nacional da Lepra construiu, concluiu ou ampliou estabelecimentos naqueles estados em que mais intensa se apresentava a endemia. Todas as unidades da Federação passaram a contar com um ou mais leprosários, funcionando regularmente e destinados a isolar os doentes contagiantes. (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008, p. 186).

Finda a política de isolamento compulsório a partir de 1976, a conquista da liberdade colocou para os hansenianos a questão do “para onde ir”. Livres, não tinham porquê sair da Colônia. Com o rompimento dos vínculos familiares, a colônia e a hanseníase tornaram-se parte integrante da identidade dos internos. A despreocupação com o aspecto social da internação gerou efeito não considerado no início do século passado: o esquecimento. A sociedade esqueceu-se dos hansenianos porque não precisava lembrar-se deles ou da doença que, recôndita nas colônias, feneceria dentro dos seus muros. Mas esse objetivo também não foi alcançado.

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2011), o Brasil ainda não alcançou a meta da eliminação da hanseníase, constituindo a doença como uma questão de saúde pública. São 21,08 novos casos a cada 100.000 habitantes, índice muito superior à meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para a erradicação da doença para o ano de 2000. O relatório do Ministério da Saúde sobre a situação epidemiológica no Brasil aponta ainda a necessidade de envolvimento dos diversos atores sociais no combate à doença, ressaltando a demanda social decorrente da política de isolamento obrigatório adotada nos últimos setenta anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Nesse sentido, afirma Silva Júnior:

Apesar do decréscimo, ainda não se atinge a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde, de eliminação dessa doença como problema de saúde pública, patamar considerado para uma prevalência inferior a 1,0 por 10.000 habitantes. Chama a atenção, igualmente, a constância do coeficiente de prevalência que, a partir de 1997, estabiliza-se praticamente no mesmo nível, até o presente momento. (SILVA JÚNIOR, 2004, p. 231)

A política sanitária baseada no isolamento compulsório dos doentes fracassou duplamente ao não viabilizar a diminuição da incidência da doença e por ter se constituído em uma das mais organizadas formas de violação de direitos fundamentais, ao privar as pessoas atingidas pela doença dos direitos à liberdade, ao convívio familiar, ao trabalho, enfim, à dignidade.

5. O caráter autoritário das medidas sanitárias de combate à hanseníase

O direito à saúde, segundo a Constituição Federal de 1988, é um direito social fundamental, ao mesmo tempo dever do Estado que deve garanti-lo mediante políticas sociais e econômicas que visem, nos termos do art. 196 da CF/88, à redução dos riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2010).

Enquanto direito fundamental, à saúde atribui-se as características de historicidade, universalidade, limitabilidade, irrenunciabilidade, inalienabilidade e imprescritibilidade, como afirma Lenza (2011, p. 864).

Também caracterizam de modo especial os direitos fundamentais a interdependência e complementariedade que os mesmos estabelecem entre si, o que permite afirmar que a realização de um direito fundamental muitas vezes importa na realização de outros direitos correlatos (MORAES, 2002, p. 41).

A análise retrospectiva dos instrumentos de efetivação da política sanitária de combate à hanseníase possibilita verificar como a mesma foi concebida no interior da burocracia estatal com uma finalidade muito simples: a erradicação da doença. Por outro lado, da perspectiva atual, o grande erro da política adotada ao longo do século passado e que atingiu milhares de brasileiros foi o de não considerar seus destinatários como sujeitos de direitos fundamentais, mas apenas como instrumentos de uma política baseada no interesse público.

A estruturação da política sanitária de combate à hanseníase no Brasil ocorreu predominantemente através da edição de decretos do Executivo, enquanto regulamentadores de uma função administrativa.⁴ Assim, em 1902, a lepra foi incluída no rol de doenças de comunicação obrigatória, nos termos do Decreto n. 4.464, de 12 de julho de 1902. A medida adotada estendia-se a todos os serviços sanitários nacionais, apesar da determinação ter origem no Serviço de Higiene da Capital republicana, como afirmam Santos, Faria e Menezes (2008).

⁴ Exceção feita à Lei Federal no. 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional e que acabou por desencadear a Revolta da Vacina, no mesmo ano, 1904.

O Decreto 16.300, publicado em 31 de dezembro de 1923, estabelecia uma profilaxia especial para a lepra, segundo a qual o médico deveria, após examinar o paciente, cientificá-lo do caráter contagioso da doença, notificar o caso às autoridades sanitárias, para que o processo do isolamento compulsório pudesse ser realizado de modo seguro, evitando-se a internação dos sãos. Estabelecia o art. 145 do referido decreto:

Desde que a autoridade sanitária tenha concluído pelo diagnóstico positivo da lepra, levará o facto ao conhecimento do doente ou de quem por elle responder, notificando-lhe também a obrigatoriedade do isolamento e a liberdade que fica ao doente de levar-o a effeito em seu próprio domicilio ou no estabelecimento nosocomial que lhe convier. (BRASIL, 2011)

O Decreto 16.300/1923 ainda dispunha sobre a estrutura dos distintos estabelecimentos nosocomiais, colônias agrícolas, hospitais e asilos, sua destinação específica, normas sobre internação de adultos e crianças e a separação dos filhos dos pais contaminados.

Em 1941 foi publicado em 02 de abril, o Decreto 3.171 que reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, criando o Departamento Nacional da Lepra. O referido decreto, editado com fundamento no art. 180 da Constituição brasileira de 1937 que atribuía ao Presidente da República poder de legislar sobre todas as matérias de competência da União, promoveu uma centralização das atribuições administrativas em matéria de saúde pública no âmbito da União (BRASIL, 2012).

Em 1950 foi promulgada a Lei 1.045, que dispunha sobre a concessão de alta aos doentes de lepra, autorizando a suspensão da alta hospitalar, medida que não se aplicava aos pacientes submetidos ao isolamento compulsório⁵, que ainda consistia no principal instrumento de combate à doença.

Em 1976, a Portaria 165 do Ministério da Saúde, de 14 de maio, estabeleceu novos parâmetros para o tratamento da hanseníase, visando estimular a integração social dos doentes. Dentre as medidas de reintegração adotadas, a expressão “lepra” foi substituída pela expressão “hanseníase” e foi proposta a conversão das colônias agrícolas em cooperativa. No entanto, a Portaria não declarou o fim do isolamento compulsório.

⁵ Dispunha a Lei 1045/1950 sobre a concessão da alta de modo temporário ou definitivo. A alta definitiva somente poderia ser adotada após a concessão da alta temporária, sendo que essa somente podia ser concedida a doentes não sujeitos ao isolamento compulsório.

Conclui-se que a maioria dos atos normativos que encerravam normas sobre tratamento e profilaxia da hanseníase assumiram a forma de decretos do Poder Executivo, enquanto instrumentos de realização de uma competência administrativa. A adoção do isolamento compulsório enquanto medida restritiva do direito à liberdade, do direito ao trabalho, ao convívio familiar, à educação, entre outros, não foi objeto de debate no âmbito do Congresso Nacional. Tampouco se discutiu sobre a adoção de medidas assistenciais.

Da mesma forma, a compreensão acerca do papel do Estado como promotor e garantidor do direito à saúde dava-se sob a ótica da burocracia estatal. A Constituição brasileira de 1934 conferiu ao direito à saúde o tratamento de função administrativa comum à União, Estados e Municípios, aos quais competia “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis”, bem como “cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais”. (POLETTI, 2001, 167).

As Constituições de brasileiras de 1937, 1946, 1967 e 1969 reconheceram o direito à saúde enquanto direito de assistência médica e higiênica ao trabalhador e à gestante, a ser garantido pelo Estado.

No entanto, o reconhecimento do direito à saúde, enquanto direito social, não importou, por si só, na sua compreensão à luz dos demais direitos fundamentais, sobretudo dos direitos concernentes à liberdade. Políticas sanitárias executadas com fundamento nas competências administrativas do Estado, em especial as que dispunham sobre o combate à hanseníase e que adotavam medidas restritivas de direitos fundamentais, não eram objeto de debate político legislativo, mas de uma política de *experts*, traduzida nos atos administrativos editados pelos órgãos responsáveis.

Se o processo histórico de reconhecimento dos direitos sociais fez-se com a finalidade de assegurar o efetivo exercício dos direitos individuais, através do reconhecimento do direito a melhores condições de vida e trabalho (MAGALHÃES, 2002, 218), no que tange especificamente à política sanitária da hanseníase, esse objetivo foi anulado em função de uma política de resultados: a diminuição do número de infectados.

Ressente-se, dessa forma, de uma omissão discursiva constitucionalmente orientada pelos direitos fundamentais com relação à política sanitária então adotada, o que reforça o papel dos órgãos legislativos como sujeitos do processo de construção de

políticas públicas garantidoras dos direitos de participação dos seus destinatários, e a importância do processo legislativo enquanto instrumento garantidor dos direitos de participação dos mesmos (LAGES, 2011).

Apenas recentemente foi retomada a discussão sobre a violação dos direitos fundamentais das pessoas acometidas de hanseníase e submetidas ao isolamento compulsório. Em 2007, o Congresso Nacional aprovou o Projeto de Conversão em Lei da Medida Provisória 373, de 24 de maio de 2007, que resultou na publicação da Lei 11.520, de 18 de setembro do mesmo ano, reconhecendo às pessoas atingidas pela hanseníase e submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônias até 31 de dezembro de 1986, data do fim da política de isolamento compulsório no Brasil, indenização mensal e vitalícia a ser paga com recursos do Tesouro Nacional. Trata-se do reconhecimento expresso por parte do Estado brasileiro do equívoco na adoção de uma política sanitária autoritária, dissociada dos direitos concernentes à dignidade da pessoa humana.

A boa execução de políticas públicas e a plena realização do Direito à saúde dependem, assim, de uma correta interpretação do Direito de suas novas funções na sociedade moderna. E o desempenho dessa nova função está diretamente associado à aplicação integral do princípio de participação da comunidade na gestão das políticas públicas de saúde, compreendendo a participação na elaboração, regulamentação normativa, planejamento e execução das políticas públicas (AITH, 2006, p. 95).

Dessa forma, como afirma Fernando Aith, a promoção e proteção do direito à saúde, assim como de outros direitos fundamentais, são executadas pelo Estado em grande parte através de políticas públicas que precisam, necessariamente, estar em consonância com os ditames da Constituição, com a finalidade de atender ao interesse público, promover e proteger os direitos fundamentais. A implantação de uma gestão democrática dos serviços de saúde é, segundo o referido autor, um desafio a ser enfrentado pelo Estado moderno (AITH, 2006, p. 95).

A história da política sanitária de combate à hanseníase baseada no isolamento compulsório do doente, apesar de não mais presente, tem um papel pedagógico fundamental: o de exigir que políticas sanitárias sejam construídas discursivamente como instrumentos de realização de direitos fundamentais, e não como mero instrumento de persecução de um interesse público.

Conclusão

A discussão acerca do dever do Estado de garantir, através de políticas públicas, o direito à saúde, na maioria das vezes versa sobre a efetivação desse direito em face de uma omissão estatal, como exemplo o fornecimento de medicamentos, o número insuficiente de leitos hospitalares, a ausência de especialistas para suprir a demanda da população e os limites orçamentários do Estado.

Políticas de saúde devem ser construídas de forma a assegurar a observância dos direitos individuais. Para tanto, é indispensável que a sua adoção ocorra através de procedimentos garantidores da participação dos interessados destinatários das medidas adotadas e que viabilizam a construção de uma decisão política capaz de ser cumprida em função da sua legitimidade, e não da sua autoridade. À luz de um Estado que se afirma democrático de direito, fundado no princípio da dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2010), a garantia do direito à saúde não pode dispor dos demais direitos de que são titulares os cidadãos. A partir da discussão acerca da inadequação do isolamento compulsório permanente como medida sanitária de combate à hanseníase, espera-se contribuir para o desenvolvimento de uma teoria do direito sanitário compatível com as exigências do estado democrático de direito.

BIBLIOGRAFIA

- AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria Geral do Direito Sanitário**. 2006. 458 fl. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.
- BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva Editora, 2010.

BRASIL. **Lei 11.520, de 18 de setembro de 2007.** Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de set. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 165/Bsb, de 14 de maio de 1976.** Disponível em: <http://www.ils.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/508/478>. Acesso em 10/09/2010.

BRASIL. **Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923.** Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 10/09/2011.

BRASIL. **Decreto n. 4.464, de 12 de julho de 1902.** Estabelece as bases para a regulação dos serviços de hygiene de defesa da Capital Federal. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=4464&tipo_norma=DEC&data=19020712&link=s. Acesso em 05/10/2011.

BRASIL. **Lei 1045, 02 de janeiro de 1950.** Dispõe sobre a concessão de alta aos doentes de lepra. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=1045&tipo_norma=LEI&data=19500102&link=s. Acesso em 20/08/2011.

BRASIL. **Decreto 3.171, de 02 de abril de 1941.** Reorganiza o Departamento Nacional de Saude, do Ministério Educação e Saude, e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=8181&norma=18312>. Acesso em 30 de março de 2012.

DRUON, Maurice. **A loba da França.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

EIDT, Letícia Maria. **Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública**

brasileira. Saúde e Sociedade. Vol. 13, n. 2, pag. 76 a 88. Maio-Agosto de 2004.
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08.pdf>. Acesso em 20/01/2012.

LAGES, Cintia Garabini. **O caráter democrático do processo legislativo.** Revista de Informação Legislativa. Brasília. Ano 48, número 191, p. 17 a 26, julho/setembro — 2011.

LARA, Maria do Carmo. **Aposentadoria para os ex-portadores de hanseníase.** Brasília-Betim, 200[?].

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquemático.** São Paulo: Editora Saraiva, 2011.

LEVÍTICO in: **Bíblia Sagrada.** São Paulo: Folha de São Paulo, 2010.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. **Direito Constitucional.** Belo Horizonte: Mandamentos, 2002.

MARQUES, Vera Regina Beltrão; Larocca, Lilian Müller. **As vozes dos doentes: duas décadas de histórias (1960-70).** Anais do XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão. ANPUH/SP – USP. 08 a 12 de setembro de 2008. Cd-rom.

MATTOS, Débora Michels e FORNAZARI, Sandro Kobol. **A lepra no Brasil: representações e práticas de poder.** Cadernos de ética e filosofia política, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil.** Disponível no site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf. Acesso em 20/09/2011.

MORAES, Alexandre de. **Direitos humanos fundamentais: teoria geral, comentários ao arts. 1º. a 5º. da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência.** São Paulo: Atlas Editora, 2002.

MURARO, Rose Marie. **Breve introdução histórica**. In: KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. **O martelo das feitiças**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2010.

OBREGÓN, Diana. **The anti-leprosy campaign in Colombia: the rhetoric of hygiene and science, 1920-1940**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Vol. 10 (supplement 1): 179-207, 2003.

PAULA, Paula Ângela Figueiredo e. **Extensão em psicologia e direitos humanos no campus Betim: intervenção comunitária e clínica na Colônia Santa Isabel, em busca da cidadania das pessoas com deficiências psicomotoras**. In: SOUZA, Robson Sávio Reis. **Universidade e Direitos Humanos: práticas desenvolvidas na PUC Minas**. Belo Horizonte: Editora Puc Minas, 2009.

POLETTI, Ronaldo. **Constituições brasileiras: 1934**. Brasília: Senado Federal e Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Estudos Estratégicos, 2001.

RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média**. Tradução; Marco Antonio Esteves da Rocha e Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, UNESP, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de. **Contrapontos da história de hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento**. Revista Brasileira de Estudos de População. São Paulo, volume 25, numero 1, página 167/190, jan. jun 2008.

SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

SOUZA, Robson Sávio Reis. **Universidade e Direitos Humanos: práticas desenvolvidas na PUC Minas**. Belo Horizonte: Editora Puc Minas, 2009.

VAZ, Rafael Araldi. **Esculápio à flor da pele: o processo de confinamento dos “leprosos” no Hospital/Colônia Santa Teresa (Santa Catarina – 1937-1940)**.

Disponível em: www.revistas.udesc.br/index.php/percursos/article/viewFile/1523/1285.

Acesso em 20/09/2011.

VIEIRA, Alboni Marisa Dudeque Pianovski. **Políticas públicas no Brasil: um estudo sobre as escolas para os filhos de portadores do mal de hansen, na primeira metade do século XX**. In: IV Congresso Brasileiro de História da Educação. Goiânia. SBHE, 2006.

Disponível em: <http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuais-coautorais/eixo01/Alboni%20Marisa%20Dudeque%20Pianovski%20Vieira%20-%20Texto.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2010.