

DEFINIÇÃO DE DIRETRIZES PARA OS HOSPITAIS DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA (RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO (GT) CONSTITUÍDO PELA RESOLUÇÃO SS. n° 27 DE 19/02/1988

Clovis LOMBARDI¹
 Oswaldo CRUZ²
 Plínio STOPI³
 José Maria Gonçalves BASTOS⁴
 Nopuhiro YOKOYAMA⁵
 Maria Cecília Cordeiro DELLATORRE⁶
 Fernando Proença de GOUVÊA⁷
 José Fernando Casquei MONTI⁸
 Marcos GAGGIANO⁹

O Grupo de Trabalho constituído pelo Sr. Secretário da Saúde, de acordo com a referida Resolução realizou 8 reuniões, sendo que 3 delas foram realizadas nos próprios Hospitais de Dermatologia Sanitária: Dr. Francisco Ribeiro Arantes, Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti e Padre Bento, com a presença dos representantes do corpo técnico:

- (1) Coordenador do grupo **GEPRO-HANSENIASE**
- (2) Diretor Técnico do Hospital "Lauro de Souza Lima"
- (3) Hospital Padre Bento
- (4) Hospital Francisco Ribeiro Arantes
- (5) Hospital Arnaldo Pezzuti Cavalcanti
- (6) CRS-5
- (7) CRS-1
- (8) CRS-2
- (9) Assessoria Hospitalar

Associações locais de pacientes.

Dessas reuniões, após análises, foram definidas e tiradas recomendações específicas para cada uma das unidades.

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos aspectos extremamente peculiares que caracterizam a evolução histórica e a situação atual de cada um dos 4 Hospitais de Dermatologia Sanitária do Estado, tentaremos ressaltar inicialmente as características comuns da problemática observada em seus aspectos epidemiológicos, administrativos e socioeconômicos.

O levantamento realizado pelo GT mostra que a população residente nesses hospitais é de baixa condição sócio-econômica, o que se pode observar pela renda individual média (5,47 OTNs) e pelo grau de instrução (50% de analfabetos); os doentes internados são predominantemente remanescentes da época

da internação compulsória do doente de hanseníase, fato que se pode notar pela idade e pelo tempo de internação médios extremamente elevados (respectivamente 59 e 21 anos), caracterizando esta população como residual e com tendência à progressiva diminuição, até o desaparecimento a médio prazo.

A maior parte dos pacientes (84%), foi classificada como da forma clínica Virchowiana ou seja, em princípio contagiante, porém apenas uma mínima proporção (5%) apresenta baciloscopia positiva, significando que este grupo de pacientes não representa, no conjunto, um risco em termos de transmissão da doença, podendo ser objeto de uma atenção hospitalar geral no âmbito do SUDS.

Já a situação no tocante as incapacidades físicas é bastante grave; em tomo de 80% com incapacidades de graus II e III, configuram uma população que necessita, além de atividades integradas de fisioterapia e reabilitação física, de uma retaguarda asilar, dadas as enormes dificuldades de inserção profissional, familiar e social destes sequelados.

De um modo geral o funcionamento dos Hospitais de Dermatologia Sanitária pode ser considerado precário, com graves problemas de ordem técnica e administrativa, ligados a deformações estruturais e deficientes em termos de planta física, instalações, equipamentos e pessoal, neste último item, especialmente quando a motivação do pessoal médico.

A situação atual é conseqüência da evolução das políticas de controle da hanseníase no Estado e principalmente das dificuldades de adequação de uma estrutura antiga, tipo asilo-colônia, a técnicas modernas de administração hospitalar.

O que fica claro numa análise de situação global é que, embora o Estado tenha de arcar com a dívida social conseqüente ao período de internação compulsória dos doentes de hanseníase, não se pode conceber atualmente a superposição da assistência asilar a uma comunidade de ex-pacientes sequelados e uma assistência hospitalar senso estrito, embora seja indispensável uma retaguarda hospitalar para esses ex-pacientes.

Atualmente, é inaceitável também, que um médico ou administrador hospitalar tenha que gerenciar uma comunidade de tipo rural, de caráter nitidamente asilar, sob a responsabilidade administrativa e orça-

mentária exclusivas da Secretaria da Saúde.

Historicamente, a instalação desses Hospitais em áreas rurais de grande extensão, distantes dos centros urbanos, se prendeu à necessidade de reforçar o isolamento desta comunidade, ao mesmo tempo em que se pretendia o aproveitamento de mão de obra da maioria dos internados, de caráter essencialmente rural. Passado meio século, o que se configura hoje em dia é uma situação fundiária extremamente heterogênea e complexa sem uma definição clara de um estatuto de uso da terra, em áreas em processo de urbanização acelerada. Fica claro assim, que qualquer solução que vise o gerenciamento rentável dessas propriedades exige a colaboração de outras Secretarias de Estado e mesmo de órgãos Federais e Municipais, não podendo de forma alguma ser atribuição exclusiva da Secretaria da Saúde.

Por outro lado, a crescente urbanização das áreas onde se encontram os Hospitais de Dermatologia Sanitária, justifica, não apenas em termos de demanda, sua transformação em Hospitais Gerais, como também o estabelecimento de projetos de urbanização, a cargo das respectivas Prefeituras Municipais e contemplando prioritariamente a população de ex-pacientes de hanseníase.

Outro ponto que merece atenção numa análise global desses Hospitais é a ambígua e indefinida relação (interface) entre suas Diretorias e as Caixas ou Sociedades Beneficentes de doentes, constituídas por doações de particulares e cujo patrimônio inclui, por vezes, extensões de terras contíguas ou mesmo se confundindo com área hospitalar; é evidente que uma relação jurídica mais clara e definida ou mesmo uma total desvinculação se impõe, pelo menos no que diz respeito ao âmbito da Secretaria da Saúde.

2 RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS

Na análise específica de cada um dos 4 hospitais, utilizaremos o critério do Ministério da Saúde, que os subdivide em 3 áreas: hospitalar, asilar e comunitária.

2.1 Hospital Padre Bento - Guarulhos

2.1.1 Área Hospitalar:

Absorção pelo Complexo Hospitalar Geral de Guarulhos, onde se prevê a integração das atividades de atenção aos pacientes de hanseníase e dermatologia sanitária através de:

2.1.1.1 Criação de uma unidade de internação especializada para tratamento de intercorrências da hanseníase e do pênis foliáceo.

2.1.1.2 No ambulatório de Dermatologia do Hospital Geral, criação de um serviço de hanseníase que inclua atividades de prevenção de incapacidades por técnicas simples, a nível ambulatorial.

2.1.1.3 Atendimento do paciente de hanseníase com incapacidades no Serviço de Reabilitação integrado do Complexo Hospitalar.

2.1.1.4 Criação de uma unidade de referência e ensino para a região da Grande São Paulo* com atividades em treinamento, reciclagem e Educação Continuada em hanseníase e dermatologia sanitária (residência médica, cursos para médicos, enfermeiras e outros profissionais, palestras para ex-pacientes ou associações de pacientes etc.).

2.1.2 Área Asilar:

A área asilar do Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes (Pirapitingui-Itú) poderá servir como retaguarda para os casos que precisem eventualmente de internação por motivos sociais.

2.1.3 Área Comunitária:

Não existe. O terreno, pertencente ao Estado, é utilizado pelo Complexo Hospitalar e pelas instalações do SUDS-R 15 (Guarulhos). Encontra-se no mesmo Parque, o Hospital Ademar de Barros, parcialmente utilizado como retaguarda de tuberculose (crônicos, sociais) para o Hospital Mandaqui; no momento, o Hospital Ademar de Barros, está sendo objeto de estudos para possível utilização por setores como Saúde Mental, Manicômio Judiciário, GEPRO de Tuberculose, etc.

RECOMENDAÇÕES

a) Investimento no Hospital Geral, nele assegurando espaço prioritário ao doente de hanseníase.

b) Investimento na criação da unidade de referência, treinamento e reciclagem em hanseníase e dermatologia sanitária para as Regiões da Grande S. Paulo, litoral e Vale do Paraíba.

c) Garantia de mecanismos que assegurem o acesso universal do paciente de hanseníase a todo e qualquer serviço do Complexo Hospitalar geral servindo como modelo para a rede Hospitalar geral do estado.

2.2 Hospital Lauro de Souza Lima -Bauru

2.2.1 Área Hospitalar:

Transformação em Instituto de Dermatologia Lauro de Souza Lima, para servir como Centro de Excelência para as atividades do Programa de Controle de Hanseníase do Estado de São Paulo, segundo o processo, nº. 223/88/86.

* Litoral e Vale do Paraíba

2.2.2 Área Asilar:

Fechar para novas admissões e realizar estudos individualizados dos casos atualmente asilados, respeitados os direitos individuais de opção, para remanejamento de preferência para a área asilar do Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes (Pirapitingui-Itú).

2.2.3 Área Comunitária:

Todo o terreno Hospitalar, pertence à Sociedade Beneficente; assim sendo, é indispensável a definição da área hospitalar para futura desapropriação por parte do Estado. Uma vez desapropriada a área hospitalar, reformulação do Estatuto da Sociedade Beneficente para que esta gerencie autonomamente a área de sua propriedade.

RECOMENDAÇÕES

- a) Transformação em Instituto Lauro de Souza Lima.
- b) Definição e desapropriação da área e patrimônio do futuro Instituto.

2.3 Hospital Dr. Arnaldo Pezzutti Cavalcanti - Mogi das Cruzes. (Santo Angelo)

2.3.1 Área Hospitalar:

O antigo hospital encontra-se desativado e na área encontra-se instalado o SUDS R13 (Mogi das Cruzes); sugere-se para essa área:

- 2.3.1.1 Reaproveitamento como Hospital Geral, com garantia de acesso universal ao paciente de hanseníase.
- 2.3.1.2 Reforma do ambulatório do Hospital Geral com criação, no ambulatório de Dermatologia, de um serviço de hanseníase, com atividades de prevenção de incapacidades por técnicas simples.
- 2.3.1.3 Reforma de um dos pavilhões para internação específica de intercorrência e seqüelas de hanseníase e outras dermatoses de interesse em saúde pública.
- 2.3.1.4 Reforma de um dos pavilhões existentes para criação de um Centro de Reabilitação integrado.

2.3.2 Área Asilar

Fechar o acesso para novas internações sociais; considerar a área asilar atual em extinção e, respeitando os direitos de opção dos ex-pacientes asilados, realizar estudo individual remanejamento preferencial para área asilar do Hospital Francisco Ribeiro Arantes (Pirapitingui - Itú).

2.3.3 Área Comunitária

Parte pertencente à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e parte pertencente à sociedade (ou Caixa Beneficente). Retomar os estudos do processo P.G.E. nº 68845/80 e apensos, visando a desapropriação do ter-

reno e do patrimônio necessário à área hospitalar. Entregar o gerenciamento da área restante a quem de direito.

RECOMENDAÇÕES

- a) Investimento nas reformas previstas.
- b) Definição e desapropriação da área hospitalar.

2.4 Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes (Pirapitingui - Itú)

2.4.1 Área Hospitalar:

2.4.1.1 Construção de um Hospital Geral Comunitário, dotado de ambulatório de especialidades, com população satélite a ser beneficiada de cerca de 15.000 pessoas.

2.4.1.2. No ambulatório de Dermatologia, criação de um serviço de hanseníase, com atividades de prevenção de incapacidades por técnicas simples.

2.4.1.3 Criação, no Hospital, de um serviço de Reabilitação e Fisioterapia Integrada, de capacidade suficiente para o atendimento dos pacientes de hanseníase da área asilar, além da demanda da população geral.

2.4.1 Reforma e ampliação das instalações existentes para criação de Serviços especializados Satélites, para atendimento de setores sabidamente de grande demanda. Ex.: nefrologia, geriatria e etc.

2.4.2 Área Asilar:

2.4.2.1 Capacitar a área asilar existente, para se constituir no futuro, na única área asilar específica do Estado, atendendo à demanda do remanejamento das áreas asilares em extinção dos outros hospitais, além do resíduo próprio e da demanda eventual de novos casos sociais.

2.4.2.2 Desvincular a administração da área hospitalar daquela da área asilar, conseguindo a participação de outras Secretarias Estaduais como: Promoção Social, Assuntos Fundiários, etc. Instituições Oficiais Federais como IAPAS, INAMPS, INPS e LOTERIAS, Prefeitura Municipais, além de outras instituições oficiais ou particulares, nacionais ou internacionais, na administração e custeio dessa área.

2.4.3 Área Comunitária

As terras são pertencentes em parte ao Estado e em parte à Caixa Beneficente. Como sugestões para essa área temos:

2.4.3.1 Nas terras do Estado, desenvolvimento de um programa de assistência habitacional através de:

— Aproveitamento de área reservada à urbanização para loteamento a cargo da Prefeitura Municipal de Itú, com a Instituição de um "aluguel social" e dando prioridade até à saturação aos pacientes remanescentes da

de lotes cativos nos lotes geral, para não criar "guetos".

— Na área rural, distribuição de terra para assentamento de famílias, segundo os critérios da Secretaria de Assunto Fundiários, dando prioridade à família de internados ou egressos, com força de trabalho (individual ou somada) capaz de explorar a terra.

RECOMENDAÇÕES

- a) Investimento na construção do Hospital Geral e na capacitação da área asilar.
- b) Desenvolvimento de assistência habitacional na área comunitária.
- c) Desvinculação entre área hospitalar e área asilar, cada uma administração própria.

3 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- 3.1 Assegurar, na rede hospitalar geral do SUDS, a atenção hospitalar integrada ao paciente de hanseníase com garantia a acesso pleno, incluindo as intercorrências específicas da doença que exijam internações.
- 3.2 Incrementar as atividades de integração do egresso ou ex-paciente, sequelado ou não, na vida familiar, social e profissional, especialmente através da atividade educativa.
- 3.3 Priorizar, no âmbito do Programa de Controle da

hanseníase, as atividades de diagnóstico precoce e de prevenção de incapacidades por técnicas simples, a nível ambulatorial.

3.4 Determinar que nenhum Hospital de Dermatologia Sanitária, com exceção do Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes (Pirapitingui - Itú), interne novos doentes ou ex-doentes de hanseníase por condição social.

3.5 Aprimorar e expandir os Serviços de Reabilitação e Fisioterapia dos Hospitais Gerais, com garantia de pleno acesso ao paciente de hanseníase.

3.6 Desvincular a administração das áreas asilar e hospitalar dos Hospitais de Dermatologia Sanitária, assegurando o progressivo desligamento da Secretaria da Saúde das responsabilidades administrativas relativas às áreas asilar e comunitária.

3.7 Assegurar a participação das Secretarias estaduais da Programação Social, Assuntos Fundiários, Agricultura, etc., além de outras instituições oficiais como INAMPS, INPS, LAPAS, Prefeituras Municipais, etc., particulares (Sociedade e Caixas Beneficentes), na efetivação das soluções propostas.

3.8 Vincular, sempre que possível através de convênios, os Hospitais de Dermatologia Sanitária e os Centros de Referência a serem criados, à uma estrutura universitária regional, com as finalidades de: participar do aparelho formador na área médica e afins e produção e inserção de conteúdos de hanseníase nos programas de Educação Continuada.