

De doença endêmica a flagelo nacional – a medicalização da lepra no Brasil (1920-1940)

From endemic disease to a national scourge - the medicalization for leprosy in Brazil (1920-1940)

Keila Carvalho

Doutora em História Social. Professora da Faculdade Interdisciplinar de Humanidades da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)
Diamantina, Brasil
keilahis2002@yahoo.com.br

Resumo

Na América Latina e, particularmente, no Brasil, a preocupação em combater a lepra ocorre, sobretudo, com a participação de representantes da comunidade médica nas várias edições da “Conferência Internacional de Lepra” – a primeira aconteceu em Berlim, em 1897. As diretrizes dessas conferências serviriam de base para o desenvolvimento de pesquisas sobre a doença, bem como para elaboração/implantação de práticas profiláticas para combatê-la. Neste trabalho pretende-se analisar como um conjunto de pesquisas e ações profiláticas em funcionamento em países europeus, como a Noruega, por exemplo, são recebidos e “ressignificados” no Brasil, onde a lepra passa a ser reconhecida como flagelo nacional.

Palavras Chave:

Lepra, medicina, pesquisas, profilaxia.

Abstract

In Latin America, particularly in Brazil, the concern to combat leprosy occurs mainly with the participation of representatives of the medical community in the several editions of the “International Leprosy Conference” – the first happened in Berlin in 1897. The guidelines for these conferences would serve as basis for the development of research on the disease, as well as for elaboration/implementation of preventive practices to combat it. In this paper is intended to analyze as a set research and prophylactic actions in Europe countries, such as Norway, are received and “reinterpreted” in Brazil, where nowadays leprosy is recognized as a national scourge.

Key Words:

Leprosy, medicine, research, prevention.

Introdução

Um “problema ignorado e abandonado” foi assim que o médico Orestes Diniz definiu a epidemia de lepra que assolava o país no início da década de 1920 [1]. Ignorado pelos médicos, que não possuíam incentivo material para se envolverem no combate à doença, mas, acima de tudo, um problema abandonado pelos governos, que teimavam em não “proporcionar condições convenientes” àqueles que se dispusessem a se dedicar a “tão difícil campo de trabalho”. Os argumentos de Diniz mostram-se como um caminho interessante para iniciar a reflexão deste artigo, pois o seu objetivo será justamente pensar como uma doença milenar, como a lepra, conseguiu conquistar tamanha atenção dentro dos quadros da saúde pública a partir da década de 1920, sendo considerada um verdadeiro *flagelo*. Os argumentos que compuseram essa transformação da lepra em risco eminente ao progresso do país foram elaborados dentro de uma perspectiva medicalizadora da doença. Conforme assinalou Torres, para o caso da Colômbia: “o pânico criado pelos médicos, teria como objetivo principal medicalizar a enfermidade, posto que até então, a lepra não era um assunto propriamente médico” [2: 159]. É possível afirmar que, assim como na Colômbia, no Brasil a lepra também permaneceu durante longo tempo sob os cuidados de comunidades religiosas e organizações de caridade. Somente no contexto marcado pela expansão da enfermidade, bem como pelo processo de profissionalização da medicina - quando se tornou importante delimitar e afirmar sua “autoridade cultural” [3].¹ - é que os médicos passaram a considerar a lepra como um tema que lhes dizia respeito e, com isso, a eliminar qualquer traço de legitimidade que outros grupos pudessem ter para se referir à doença.

É importante destacar que analisar a maneira como os médicos construíram um conhecimento sobre a lepra - transmissão, contagiosidade, isolamento dos doentes e tratamentos da enfermidade - contribui para compreender a forma como a doença acabou por configurar-se como resultado de negociações sociais dentro da própria comunidade científica, e, além dela, no meio social. Pois, não se pode pensar que a sociedade submete-se ao poder medicalizador de forma passiva, ao contrário, como destacou Torres (2002:30), “a medicalização não é simplesmente um processo de controle social que ocorre de cima como mera imposição da profissão médica, mas com frequência, se produz a partir de demandas dos serviços médicos por parte do público” [2:30]. Sendo assim, partindo do entendimento de que a carga de significado que é atribuída a uma doença como a lepra determinava as práticas profiláticas que seriam utilizadas para controlá-la, neste artigo, procuro acompanhar os diferentes significados que foram atribuídos à lepra ao longo de, pelo menos, duas décadas do século XX (1920-1940). Chamo

de “atribuição de significado” uma das facetas do processo que Charles Rosenberg conceituou como *framing* [4],² na qual o pensamento e a prática médica contribuem para a construção social da enfermidade, tanto através da aplicação de esquemas conceituais que a classificam como realidade biológica, quanto por meio de um conjunto de esquemas interpretativos que, depois de negociados, resultam em uma determinada compreensão geral acerca da doença. Especificamente sobre a lepra, em minhas pesquisas sobre sua historicidade,³ identifiquei dois significados diferentes para esta doença, os quais resultaram em práticas profiláticas muito distintas para seu controle. O primeiro momento, objeto do presente artigo, remonta ao início do século XX, quando os leprólogos empenharam-se em caracterizar a lepra como um *flagelo nacional* e em estabelecer medidas para seu controle. Já o segundo momento, a partir da década de 1940, os médicos tiveram que reelaborar o significado da doença, graças à descoberta das sulfas e ao maior conhecimento acerca de sua etiologia [5]⁴.

Mostrarei, portanto, que a argumentação que caracterizava a lepra como um *flagelo* e, em grande medida, fora responsável pela implantação de uma grandiosa estrutura para seu combate no Brasil, destacadamente pelo isolamento compulsório, manteve-se sem grandes questionamentos até meados da década de 1940.

O papel do Estado no combate à lepra no Brasil

No limiar do século XX, teve início no Brasil o processo de constituição do que hoje chamamos saúde pública. Para entender como a saúde entrou na agenda do poder público, tornando-se um “bem” coletivo, é preciso acompanhar as transformações sociais, culturais e políticas pelas quais passava o país naquele momento. Sobretudo o facto de que, a partir dos anos de 1920, ter ganhado força a perspectiva de romper com as teorias baseadas no determinismo biológico que vislumbravam um futuro fracassado para o país, em virtude de sua mistura racial. Em substituição a estas teorias, adotou-se um novo argumento mais otimista, segundo o qual o saneamento do país, libertá-lo-ia das grandes epidemias e aperfeiçoaria o homem do sertão, permitindo à nação civilizar-se⁵ e atingir o progresso. De acordo com Schwarcz, “é como se, de repente, fosse preciso acreditar no país, transformar em certezas dúvidas e inquietações” [6:217].

As condições de saneamento do Brasil evidenciavam um quadro de precariedade, com cidades constituídas por ruas estreitas, habitações coletivas, lixo acumulado e com a maioria da população susceptível às doenças transmissíveis. Já o mundo rural era considerado o *habitat* das epidemias e de uma população castigada pelas enfermida-

des e pela ignorância. A criação do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos para a pesquisa biomédica, no Rio de Janeiro, em 1900, marcou o alvorecer de uma nova perspectiva de saúde no Brasil, pois contribuiu para inserir as questões de saneamento na agenda do poder público, convencendo-o de que os problemas sanitários representavam um grande desafio à estrutura econômica do país. Inicialmente, os esforços do Instituto de Manguinhos voltaram-se para o combate da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro em 1903, quando o prefeito Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz⁶ como Diretor Geral de Saúde Pública. Este período é reconhecido na historiografia como a primeira fase do “movimento sanitário” [7], que pode ser definido como um movimento pela reforma da saúde pública, empreendido por um grupo de médicos que criaram um discurso segundo o qual o Brasil era um país doente, “um imenso hospital” e, para que se alcançasse o progresso, era necessário solucionar seu principal problema: a saúde da população. Ao caracterizar o país pela omnipresença das doenças endêmicas e pela ausência do poder público, estes médicos produziram um intenso debate mobilizando a sociedade. Por isso, é possível afirmar que a ciência médica “assumiu a partir da primeira década da República uma função preventiva e social, em detrimento do papel predominantemente curativo que desempenhava anteriormente” [8:91-107]. A disposição de alguns profissionais da medicina em tomar parte na empreitada de “civilizar” o país pode ser pensada, pelo menos, sob duas perspectivas básicas: a primeira refere-se à oportunidade de colocar a saúde definitivamente na agenda do Estado, fazendo com que ele a assumisse como sua responsabilidade, haja vista o argumento de que as doenças contagiosas promoviam uma espécie de “interdependência social” [11]. Despertou-se para o facto de que um indivíduo doente seria uma ameaça aos seus semelhantes e, a partir daí, chegou-se à conclusão de que as condições de saúde de uma pessoa não era um problema privado, individual, mas, ao contrário, era um problema do mundo público. Já a segunda perspectiva, diz respeito ao processo de profissionalização da categoria médica, especialmente dos sanitários, que precisavam mostrar a relevância do cuidado preventivo com a saúde da população e, conseqüentemente, a importância que possuíam para a concretização destas ações preventivas [9].

O movimento sanitário pode, portanto, segundo Hochman, ser dividido em duas fases. O primeiro período corresponde à primeira década do século XX e teve como característica principal a preocupação com o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro, a prioridade era o combate às três principais doenças que tornavam a cidade reconhecida como ‘pestilenta’: febre amarela, cólera e peste. O segundo período, entre 1910 e 1920, foi marcado pela preocupação com o saneamento rural, particularmente pretendia-se combater três grandes ende-

mias rurais: ancilostomíase, malária e doença de Chagas [7:93].

Assim, no caso específico da lepra, objeto desse artigo, observei que apesar de a enfermidade ganhar espaço nos congressos médicos no Brasil e na América Latina, - seguindo uma tendência mundial de luta por uma legislação sanitária para a profilaxia da doença desde o final do século XIX - seu controle não entrou nas prioridades do movimento sanitário. Entretanto, o facto do movimento ter transformado a saúde em responsabilidade do poder público, iria criar as condições para que a lepra, mesmo não sendo alvo específico do discurso sanitário, fosse transformada em “problema nacional”. Um processo que ocorreu “graças ao empenho dos leprólogos em descrevê-la estatística e geograficamente” [10: 226]. Não é objetivo aqui acompanhar detalhadamente o longo processo que resultou na transformação da lepra em *flagelo* nacional, mas apresentar alguns dos principais argumentos que compuseram o discurso em torno da temática.

Na abertura deste artigo utilizei uma frase do médico Orestes Diniz, na qual ele descreve suas impressões sobre o combate à lepra no Brasil nos idos de 1920, quando ainda estagiava em um Dispensário na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Minha intenção foi fazer com que o leitor observasse a maneira como ele delineou o quadro geral da endemia no estado, que poderia ser descrito basicamente da mesma forma nas demais regiões brasileiras, qual seja um problema “grave” que contava com a indiferença do poder público. Com o objetivo de romper com esta apatia em relação à incidência da doença, em 1922, foi realizada no Rio de Janeiro a “Primeira Conferência Pan-americana de Lepra”. Neste evento, que contou com representantes de vários países do continente, foram deliberadas as primeiras iniciativas com o intuito de controlar a endemia de lepra na região. No relatório de conclusão da conferência, os leprólogos decidiram que, a partir da-

1 - Paul Starr define “autoridade cultural” como o poder social que um determinado grupo possui, com base na probabilidade de que suas definições da realidade e seus juízos de significado e valor sejam tomados como válidos e verdadeiros.

2 - De acordo com Charles Rosenberg, o *framing* envolve a premissa de que a doença é emoldurada por certos esquemas interpretativos e classificatórios, condizentes com contextos histórico-sociais específicos. O autor explica que, ao mesmo tempo em que é emoldurada, a doença também produz ações que a tornam um *frame*, isto é, uma moldura para diversas situações da vida social. No presente artigo, o conceito irá se referir a ideia de construção e reconstrução de significados para lepra.

3 - As pesquisas foram realizadas entre 2008 e 2012 para desenvolvimento da tese de doutorado intitulada: Colônia Santa Izabel: A Lepra e o Isolamento em Minas Gerais (1920-1960), defendida na Universidade Federal Fluminense, em março de 2012.

4 - Do ponto de vista clínico, a lepra fora classificada em tipos: lepromatoso, incharacterístico ou indiferenciado e tuberculóide. Mas a grande novidade em relação aos conhecimentos sobre a etiologia da lepra foi que o contágio não se dava em todas as variedades da doença, além disto, as sulfas trouxeram a cura para alguns casos.

5 - O termo “civilização” tinha diversos significados naquele momento, mas especificamente para a medicina sanitária, queria dizer levar preceitos de higiene e combater as endemias e epidemias que assolavam o interior brasileiro.

6 - Destacado médico bacteriologista, epidemiologista e sanitário brasileiro. Foi pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil, fundador do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos.

quela data, reunir-se-iam a cada quatro anos, a fim “de promover o desenvolvimento progressivo dos estudos sobre a lepra e das medidas de higiene pública destinadas a combatê-la” [5]. A preocupação com a doença intensificava-se, bem como o apelo para que os governos investissem na organização de uma estrutura de saúde pública destinada ao controle da mesma.

A Primeira Conferência Americana de Lepra, zelando pelos mais relevantes interesses sanitários e atuando de acordo com os altos ideais da humanidade, resolve levar aos países que nela se fizeram representar, a indicação premente da urgência com que deverão ser praticadas medidas sanitárias, que atendam a magnitude do problema da lepra; resolve ainda fazer um chamado aos Governos daqueles países, no sentido de que organizem, sobre bases adiantadas e eficientes, a assistência médico-social dos leprosos [5].

A mobilização em torno deste tema, como já destacado, devia-se, em parte, à perspectiva saneadora, tanto do Brasil, quanto dos demais países da América Latina. Já que naquele momento as sociedades latino-americanas enfrentavam dilemas cruciais, tais como a delimitação do papel do Estado na promoção do bem-estar da população e, sobretudo, a necessidade de se inserirem no mundo moderno e civilizado. Conscientes destas questões, os sanitaristas utilizavam-se do discurso “reformador” da sociedade para colocarem suas demandas na pauta do poder público. Um forte argumento utilizado por eles foi a possibilidade de os países latino-americanos tornarem-se reconhecidos como nações “leprosas”. Torres destaca que para o caso da Colômbia, por exemplo, “no começo do século XX, uma nova ordem política e social transformou a lepra de um problema de caridade cristã, em obstáculo na luta pelo progresso e pela civilização” [2]. Sendo assim, diante da premência em tratar-se o problema, outra conclusão importante da Conferência foi relativa ao modelo de organização a ser adotado no controle da doença.

Em cada país o combate contra a lepra deverá ser orientado sobre um plano uniforme, cuja aplicação será extensiva a quaisquer regiões, nele sendo interessados os departamentos administrativos. Será de toda conveniência que o Governo nacional centralize, tanto quanto possível, as providências administrativas e oriente os estados, províncias ou departamentos, na campanha contra a lepra, e principalmente nas medidas técnicas essenciais [5].

A intenção era envolver totalmente os governos no processo de combate à lepra, adotando um padrão centralizador. Tal orientação possuía implicações profundas no Brasil, uma vez que graças ao pacto federativo, os estados possuíam autonomia para deliberar sobre algumas questões sem submeter-se ao governo federal, dentre as quais, as

relativas à saúde. Os leprólogos brasileiros empreenderam grandes esforços a fim de que as orientações dessa “Primeira Conferência Pan-americana de Lepra” fossem rigorosamente seguidas. A estratégia adotada por eles consistiu em descrever a lepra como um problema nacional, portanto passível de ser resolvido através da união de todos os estados da federação e, obviamente, da submissão destes às orientações do governo central. De acordo com Costa, “materializar o problema da lepra no Brasil significava conferir-lhe visibilidade para além do discurso médico, o que deu diferentes nuanças à trajetória da doença em se estabelecer como uma ‘endemia nacional’” [10:245]. Uma forma importante de materializar o problema era através da realização de censos, por isto, esta foi uma das mais incisivas orientações da conferência de 1922, cuja conclusão foi de que “o ponto de partida indispensável para a organização de qualquer campanha contra a lepra é o respectivo censo, realizado com a maior amplitude e segurança possíveis” [5]. Isto, porque estes censos identificariam estatisticamente o número de leprosos e, conseqüentemente, criariam condições de convencimento sobre a urgência em solucionar a questão. Entretanto, mesmo antes destes censos serem realizados, os leprólogos já trabalhavam com uma estimativa sobre o número de doentes no país. Um bom exemplo disto está na matéria em que o médico Olyntho Orsini procurou traçar um histórico do tratamento dispensado ao flagelo nacional:

Souza Araújo, quando de sua posse na Academia de Medicina (década de 1920), chamando a atenção dos governos para o problema da lepra, dizia não ser exagero calcular em 60 mil os leprosos do Brasil. Em 1930, já era, porém, da opinião que eles orçavam em 30 a 33 mil, com um índice de 1 por mil e afirmava que esta incidência nos colocava entre os países semi-civilizados [11].

O médico faz alusão aos dados divulgados pelo leprólogo Souza Araújo, que entre os anos de 1924 e 1927 realizou uma expedição a diversos países do mundo com o objetivo de estudar a lepra. A partir das observações e dos dados coletados nesta viagem, o leprólogo redigiu a obra “A Lepra: estudo realizado em 40 países” [12] e nela divulgou a primeira estimativa do número de enfermos, mencionada na citação anterior. Os números divulgados por Souza Araújo são fruto de suas observações, pois ele não apresentou nenhum dado empírico, assim, pode-se indagar se o exagero nesta primeira aferição não esteve relacionado à necessidade que o médico sentia de caracterizar a lepra como um problema nacional. Tanto é que no alvorecer da década de 1930 quando estudos empíricos já estavam sendo realizados e, inclusive, com base neles, Souza Araújo repensou sua estatística. Contudo, muito mais do que discutir a hipótese de tal aferição ter envolvido a manipulação das estatísticas, quero ressaltar que quando Orsini cita o consagrado lepró-

logo, seu objetivo era justamente chamar a atenção para a grande incidência da lepra, pois ainda que Souza Araújo tenha diminuído pela metade a estimativa do número de indivíduos doentes, a estatística continuava grave. Orsini ainda apresentou outros dados publicados no “Boletim Oficial Sanitário Pan-americano de 1933”, que trazia a opinião de M. Fallaice, um estudioso do problema higiênico brasileiro, para o qual a lepra constituiria um perigo para o país, pois “o Brasil teria 97 leprosos para cada 100 mil habitantes, ao passo que na Índia havia 50 para 100 mil” [11]. Sendo assim, para o referido leprólogo, mesmo que tais estatísticas fossem exageradas, não se poderia desconsiderar o problema já que o “coeficiente da lepra no Brasil era de 0,50 por mil” [11], o que não era um número desprezível. O médico fez, então, uma detalhada descrição das informações disponíveis acerca do número de leprosos em cada estado brasileiro.

Na medida em que as estatísticas colocavam o Brasil entre os países com maior incidência de lepra no mundo, controlar esta doença passou a ser considerada uma etapa necessária ao processo de construção de nossa nacionalidade, base do projeto de civilizar e modernizar a nação. Costa observa que, dentre as estratégias utilizadas pelos leprólogos, estava a de “produzir um discurso em que, tal como nas endemias rurais, uma maior incidência da lepra seria creditada à ausência do Estado e à total omissão do poder público na formulação de políticas para seu controle” [10:245]. Esta estratégia pode ser observada na fala do médico Olyntho Orsini, pois, em sua acepção,

O problema da lepra no Brasil esteve durante séculos ao abandono. Os governos, com raríssimas e honrosíssimas exceções, sempre preocupados com a lepra da política, esqueciam-se da lepra hanseniana, que tranquilamente estendia, pouco a pouco, a sua atividade a todos os recantos do país [11].

Através deste discurso, ao mesmo tempo em que se responsabilizava o Estado pela grande incidência da lepra, também era possível demandar dele ações efetivas para seu combate. Tal empreitada significou construir possibilidades de negociação dos leprólogos com os governos para efetivar as políticas de controle da doença. Deste modo, “a ideia de que a lepra era uma doença que exigia medidas singulares de controle, partilhada por médicos e autoridades sanitárias, acabaria por constar no texto do decreto nº 13.538, que reorganizou o Serviço de Profilaxia Rural” [10:241]. Este decreto [13] estabelecia que o serviço contra a enfermidade estivesse sujeito a um regime especial, que significava a construção de colônias de isolamento. Para viabilizar a política de isolamento, recorreu-se a todo tipo de argumento, sobretudo, àqueles que se fundamentavam no caráter estigmatizante da doença, os quais eram capazes de difundir o pavor na sociedade. Para o médico Antônio Aleixo, segregar os leprosos era um recurso do

qual deveriam lançar mão para preservar a sociedade. Mais que isso, de acordo com sua perspectiva, o combate à doença por meio do isolamento era uma “verdade” [14]. Desse modo, pode-se dizer que a segregação do doente de lepra tornara-se uma máxima que os leprólogos empenharam-se, estrategicamente, em difundir naquele momento. Isto ocorria porque, à medida que a sociedade era conscientizada do “perigo” representado pela lepra, bem como da urgência em controlá-la, o poder público acabava sendo pressionado a posicionar-se e a investir em ações para combatê-la. Analisando todo o processo de estruturação das políticas de controle da doença e, particularmente, do isolamento compulsório, é possível afirmar que a estratégia obteve êxito em muitos aspectos. Pois, conforme afirmou Cunha, “a luta contra a lepra tornou-se, enfim, mais contundente a partir de 1935, com a elaboração de um plano de construção de leprosários promovido pelo governo federal” [15]. Este plano, elaborado pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, sob coordenação de João de Barros Barreto, juntamente com os médicos Ernani Agrícola e Joaquim Motta, pode ser pensado como uma resposta do poder público à urgência que se imprimiu ao problema da lepra.

Assim, um plano nacional de combate à lepra, tal qual o sugerira o médico Antônio Aleixo, foi elaborado e, com o apoio do ministro Gustavo Capanema, aprovado pelo presidente Getúlio Vargas em 1935. Seu conteúdo pretendia direcionar as ações do governo, determinando os objetivos a perseguir, bem como planejando a distribuição de recursos e gastos para construção e manutenção de leprosários em todo o país. De modo geral, o plano pressupunha a construção de leprosários em número suficiente para isolar os leprosos, além do melhoramento dos já existentes, não só com o fim de aumentar o número de leitos, como também para permitir uma melhor assistência. O mais interessante neste plano era a pressão que o governo federal passou a exercer sobre os estados a fim de se equiparem para o controle da lepra.

4.º - Obrigação, de modo geral, por parte dos Estados, das seguintes medidas: a) instalação de dispensários em número suficiente; b) cessão dos terrenos necessários à construção de leprosários e instalação dos referidos estabelecimentos; c) manutenção de metade dos doentes isolados; d) adoção da legislação federal sobre o assunto e subordinação técnica aos órgãos competentes da União.

5.º - Desenvolvimento do plano de construção em 3 anos. De acordo com as possibilidades financeiras do país e outras circunstâncias supervenientes, poderá o prazo ser dilatado para 4 ou 5 anos [16].

A perspectiva era de que os estados, com o apoio e sob a orientação da União, ampliassem o número de leprosários existentes para que todos os leprosos pudessem ser isolados, sabendo que o plano deveria ser executado, no máximo, em

cinco anos. No plano estavam previstos os investimentos que seriam ampliados substancialmente até o ano de 1938, tanto no que se referia ao valor investido, quanto ao número de estados partícipes.

A partir dos dados do quadro 1, é possível entender que de facto, a política isolacionista ganhou mais vigor a partir da elaboração do plano nacional de combate à lepra. Entretanto, apesar deste aumento efetivo nos investimentos, havia muito que ser feito, pois segregar leproso era uma iniciativa dispendiosa para os cofres públicos. Por isto, era muito comum os leprólogos apelarem também para a filantropia e contarem com o apoio das Associações de Assistência aos Lázarus - o que não diminuía a responsabilidade do governo federal - apenas contribuía para a montagem da estrutura de isolamento. Segundo estimativa de João de Barros Barreto, em 1934, havia 24 leprosários em todo país, incluindo os pequenos asilos, e o plano previa a construção de mais 18, além da ampliação de alguns já existentes. Conforme dados do quadro 2, percebe-se que, no que diz respeito à construção de leprosários, o plano atingiu sua meta.

Conforme mostram os dados do quadro 2, entre os anos de 1935 e 1945 foram construídas 18 novas instituições para isolar leproso. É importante destacar que, embora São Paulo não apareça no quadro em 1942, já estavam em funcionamento todos os 5 leprosários daquele estado. A Colônia de Bonfim no Maranhão, apesar de ter sido iniciada em 1932, somente foi concluída com as verbas destinadas à execução do plano nacional de combate à lepra. Obviamente, todo este investimento na política isolacionista não surgiu do acaso, ou da mera preocupação dos governos com uma enfermidade. Observei que muitos argumentos foram utilizados para convencê-los da necessidade e urgência em investir na política de saúde pública. E, além disto, a sociedade também precisou ser persuadida a apoiar os leprólogos na luta “patriótica” contra a lepra, pois, todos os cidadãos poderiam contribuir: fosse denunciando portadores da doença, fazendo doações para as entidades de assistência aos lázaros ou, simplesmente, recusando-se a conviver com o enfermo.

A luta contra a lepra foi definida pelo leprólogo Antônio Aleixo como uma “cruzada santa”, e institucionalmente, este processo culminou na implantação do Serviço Nacional de Lepra (SNL), através do Decreto-lei nº 3.171, de 02 de abril de 1941 [14]. Assim, “as atividades de combate à lepra no

Quadro 1

Ano	Gastos Totais	Estados Contemplados
1932	400:000\$000	Maranhão, Distrito Federal.
1933	1.200:000\$000	Maranhão, Espírito Santo e Minas Gerais, Distrito Federal.
1934	2.000:000\$000	Maranhão, Pará, Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, Distrito Federal.
1935	1.700:000\$000	Maranhão, Pará, Pernambuco, Espírito Santo, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Distrito Federal.
1936	4.600:000\$000	Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso, Distrito Federal.
1937	9.800:000\$000	Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso, São Paulo, Goiás, Distrito Federal e Território do Acre.
1938	10.000:000\$000	Todos os vinte estados e o território do Acre, Distrito Federal.

Investimento da União nos Estados entre os anos de 1932-1938. Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02.

contexto nacional se fortaleceram com a criação do SNL, um órgão fiscalizador e regulador da política de profilaxia apoiada no modelo tripé com todas as suas especificidades” [17:112]. Pode-se dizer que, com a criação do SNL, o objetivo de centralizar a política de controle da lepra foi alcançado, pois dele emanavam todas as orientações para as representações estaduais ou regionais do SNL. Dentre as principais normas estabelecidas pelo SNL, estava a divisão das responsabilidades entre União, estados e municípios. Sendo assim, a União permanecia com a responsabilidade de construir leprosários e ampliar os já existentes, além de auxiliar e estimular a iniciativa privada na criação de preventórios para os filhos indenes dos doentes. Aos estados, coube organizar e administrar os serviços estaduais de combate à lepra, isolando e mantendo os doentes em condições adequadas por meio da assistência médico-social. Além disso, também estavam encarregados da execução e revisão periódica dos censos de leproso e comunicantes. E, por último, também ficou a cargo dos estados a execução da vigilância dos internos dos preventórios, bem como a promoção de cursos de reciclagem e estágios para os técnicos que atuassem nos Serviços de Lepra. Os municípios, por sua vez, ficaram com a incumbência de assistir aos filhos sadios e às famílias dos doentes, tarefa que era desempenhada majoritariamente pela iniciativa particular - as associações filantrópicas. A principal estratégia a ser adotada neste sentido era a promoção da educação sanitária. Também constituía-se responsabilidade dos municípios cooperar na realização dos censos e na vigilância epidemioló-

Quadro 2

	Nome da Instituição	Estado	Início da Construção	Início do Funcionamento
1	Colônia Antônio Aleixo*	Amazonas	1937	1942
2	Colônia Marituba*	Pará	1937	1942
3	Colônia Antônio Justa*	Ceará	1937	1941
4	Colônia Getúlio Vargas*	Paraíba	1935	1941
5	Colônia Eduardo Rabello*	Alagoas	1937	1940
6	Colônia Lourenço Magalhães*	Sergipe	1937	1945
7	Colônia Tavares de Macedo*	Rio de Janeiro	1936	1938
8	Sanatório Roça Grande*	Minas Gerais	1939	1944
9	Colônia Santa Marta*	Goiás	1937	1943
10	Colônia São Julião*	Mato Grosso	1937	1941
11	Colônia Bonfim**	Maranhão	1932	1937
12	Colônia Mirueira**	Pernambuco	1936	1941
13	Colônia Itanhenga**	Espírito Santo	1933	1937
14	Colônia Santa Tereza**	Santa Catarina	1936	1940
15	Colônia Itapoan**	Rio G. do Sul	1937	1940
16	Colônia Santa Fé**	Minas Gerais	1937	1942
17	Colônia Padre Damião**	Minas Gerais	1937	1945
18	Colônia São Francisco de Assis**	Minas Gerais	1936	1943

*Instituições construídas com verba federal

**Instituições construídas com verbas federal e estadual. Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02.

gica. Definidos os papéis, caberia ao SNL [18] exercer forte controle a fim de que fossem cumpridos a contento.

Outra preocupação que esteve presente na estruturação do SNL foi o incentivo à pesquisa no campo da lepra, assim, a criação de um concurso de monografias foi uma das grandes iniciativas neste sentido,⁷ pois proporcionava a publicação de trabalhos sobre a temática. Além disso, o Serviço incentivava a cultura de plantas com propriedades terapêuticas contra a lepra nas regiões apropriadas. Para divulgar as atividades executadas, criou-se o *Boletim do SNL*. Com a finalidade de promover um intercâmbio das pesquisas desenvolvidas por leprólogos brasileiros - aquelas que não eram contempladas nos concursos de monografia -, foi lançado o periódico *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*.

De acordo com o relato do médico Ernani Agrícola, a campanha contra a lepra estava desenvolvendo-se satisfatoriamente e, se no plano de 1935 a principal preocupação era construir leprosários, com o advento do SNL, a questão foi

ampliada, pois, além de isolar os leprosos, era preciso diagnosticar novos casos e cuidar dos filhos indenes dos doentes. Esta era a estrutura assumida pela política de combate à lepra no Brasil, apoiada sobre o chamado *modelo tripé*. Para os leprólogos Orestes Diniz e José Mariano, “um organismo sanitário de luta contra a lepra, tecnicamente organizado, se assenta no tripé representado pelo Dispensário que procura, descobre e classifica o doente, no Leprocômio, que o isola, mantém e trata, e no Preventório que recolhe, observa e educa seus filhos ainda indenes da infecção” [19:103]. Estas três instituições pretendiam corresponder aos princípios básicos de: “isolar, vigiar e orfanar” [20: 112].

O médico norte-americano Guy Faget, em 1941, descobriu o poder terapêutico das sulfonas, através de experiências desenvolvidas no Leprosário de Carville, no estado de Louisiana, nos Estados Unidos. Esta descoberta marcaria uma nova fase no tratamento da lepra, uma vez que, como explicou Cunha, “responsável por acabar com a contagiosidade do doente logo no início do tratamento, a sulfona revolucionou os quadros medicamentosos e impôs uma nova realidade para a profilaxia baseada no isolamento dos doentes entre os muros do leprosário”⁸. Desse modo, se o doente deixava de contaminar as pessoas ao seu redor ainda no início do tratamento, não se justificava mais a sua

segregação nas Colônias. Assim, como afirma a autora, “deu-se início a um processo de questionamentos – que durou mais de 20 anos – do modelo de isolamento compulsório dos doentes de lepra” [15:117].

Conclusões

É possível afirmar que através de um processo construído social e culturalmente, a lepra acabou por assumir o *status*

7 - O concurso acontecia anualmente e contava com a participação de médicos de todo o país que desenvolviam pesquisas no campo da lepra.

8 - Há que se ressaltar que o modelo isolacionista já vinha sofrendo críticas por parte de um grupo de leprólogos, dentre eles, Orestes Diniz, que afirmava que o “modelo tripé” não havia cumprido seu objetivo principal, qual seja diminuir as estatísticas da lepra.

de endemia nacional em meio à preocupação sanitária - que marcou a primeira fase do movimento sanitário - com as doenças do mundo rural.

A partir deste primeiro momento que envolveu a delimitação do problema representado pela lepra, teve início um movimento de controle da doença que foi fortalecendo-se continuamente, à medida que os leprólogos tentavam dar concretude aos argumentos do risco social e econômico que a enfermidade representava para a nação brasileira. O médico Olyntho Orsini resumiu o problema da seguinte forma: “o Brasil é verdadeiramente um grande foco de lepra, flagelo que o acompanha desde quase o seu descobrimento” [11]. Pode-se considerar, então, que a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas,⁹ em 1920, foi uma das primeiras respostas do poder público ao risco em que lepra fora transformada pelo discurso médico. As principais ações da Inspetoria deram-se no sentido de instituir a obrigatoriedade da notificação da doença, o exame periódico nos comunicantes e o isolamento do leproso, nosocomial ou domiciliar. Neste momento, não havia ainda um plano estruturado de controle da doença, embora, seguindo as tendências dos congressos nacionais e internacionais, os leprólogos brasileiros tenham implantado estas primeiras práticas.

O isolamento só se tornaria a principal medida de combate à doença posteriormente, mas, para que isto ocorresse, foi preciso, antes, convencer os governos a investir na construção das instituições para segregar os leprosos. Pois, apesar da urgência que se desejava imprimir ao problema da lepra, muitas eram as questões que se contrapunham à implementação de uma política isolacionista ao longo da década de 1920. Posso citar como as duas principais: o pacto federativo de autonomia dos estados que restringia a intervenção da União e os problemas econômicos decorrentes de uma crise mundial. Não obstante tais obstáculos, as políticas de controle da doença conseguiram se impor, como bem demonstrado através do plano nacional de construção de leprosários empreendido pelo governo federal em 1935.

9 - O Decreto nº3.987 de 02 de janeiro de 1920, reorganizou os serviços sanitários federais e criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão que proporcionou uma maior intervenção e centralização das questões de saúde dos estados. Na historiografia sobre história da saúde pública é recorrente a ideia de que o Departamento Nacional de Saúde Pública inaugurou uma nova etapa nas políticas de saúde pública e saneamento no Brasil. Nesta nova fase, o Estado assumiu maiores responsabilidades no que se referia à saúde da população, justamente porque o DNSP institucionalizou definitivamente as práticas sanitárias no interior do Estado na Primeira República. E o movimento que, anteriormente, se voltava para os problemas do mundo rural se ampliou e alcançou também os problemas de saúde pública presentes nas cidades. Sendo a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas uma das ações implementadas neste sentido.

Bibliografia

- Diniz O (1961). Nós Também Somos Gente: Trinta Anos Entre Leprosos. Livraria São José, Rio de Janeiro: 12.
- Torres DO (2002). Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellin: Fondo Editorial Universidade EAFIT:30.
- Starr P (1982). The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. Basic Books:13-15.
- Rosenberg C Introduction. Framing disease: Illness, Society and History. In: Golden J (ed.) (1992). Framing disease: studies in cultural history. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Conclusões da Primeira Conferência Panamericana de Lepra (1946). In: Arquivos Mineiros de Leprologia, ano VI, nº IV, outubro: 185-190 .
- Schwarcz LM (1993). O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930). Companhia das Letras, São Paulo: 217.
- Hochman G (1998). A Era do Saneamento. Editora Hucitec, São Paulo.
- Schwartzman S (1979). Formação da Comunidade Científica no Brasil. Campanha Editora Nacional, São Paulo: 91-107.
- Carvalho KA (2015). A Saúde pelo Progresso: A regulamentação do trabalho médico no governo Vargas (Minas Gerais, 1930-1940). Multifoco, Rio de Janeiro:55.
- Costa DF (2007). Entre Idéias e Ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934). Tese de Doutorado, Universidade Federal Fluminense: 226.

- Orsini O (1935). A Lepra no Brasil. In: Revista Medica de Minas. Belo Horizonte, ano III, nº26, novembro: 5.
- Souza-Araújo HC (1929). A lepra: estudos realizados em 40 países (1924-1927). Tipographia do IOC, Rio de Janeiro.
- Decreto nº13.538, de 9 de abril de 1919. In: Brasil, Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil (1920), v.2: 393-7.
- Aleixo A (1944). Uma Cruzada Santa: a lepra está invadindo o Estado. In: Arquivos Mineiros de Leprologia, Ano IV, Nº III, julho: 166. (Reportagem publicada originalmente no jornal “Correio Mineiro” no final da década de 1920).
- Cunha VS (2005). O Isolamento Compulsório em Questão. Políticas de Combate à Lepra no Brasil (1920-1941). Dissertação de Mestrado, Fiocruz: 7.
- Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02. Pasta III, F. 703-707, CPDOC/ FGV.
- Maciel LR (2007). ‘Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade’: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese de Doutorado em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói:112.
- Boletim do Serviço Nacional de Lepra (1943). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano II, nº 2, junho: 5-7.
- Diniz O, Mariano J (1945). Assistência social aos filhos sadios dos doentes de lepra. Trabalho apresentado na 2ª Conferência de Assistência Social dos Lázaros, Rio de Janeiro, 1945. In: Arquivos Mineiros de Leprologia. Ano V, Nº III, julho: 103.
- Curi L M (2002). ‘Defender os sãos e consolar os lázaros’: lepra e isolamento no Brasil 1935-1976. Dissertação de Mestrado em História, Universidade Federal de Uberlândia: 112.