

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

**Entre idéias e ações: lepra, medicina
e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)**

Dilma Fátima Avellar Cabral da Costa

**Niterói
2007**

Dilma Fátima Avellar Cabral da Costa

**Entre idéias e ações: lepra, medicina
e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
graduação em História, da Universidade
Federal Fluminense, como requisito parcial
para obtenção do grau de Doutor em História.
Área de concentração: Poder e Sociedade**

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos

**Niterói
2007**

Costa, Dilma Fátima Avellar Cabral da
Entre idéias e ações: medicina, lepra e políticas públicas de
saúde no Brasil (1894-1934) / Dilma Fátima Avellar Cabral da Costa.
-- Niterói: UFF / ICHF, 2007.
xi, 410 f.

Orientadores: André Luiz Vieira de Campos
Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense,
Departamento de História, 2007.

Referências bibliográficas: f. 394-410

1. Lepra – Hanseníase - História. 2. História da Medicina. 3.
Políticas Públicas de Saúde. 4. Inspeção de Profilaxia da lepra e
Doenças Venéreas. 5. Brasil. - II. Universidade Federal Fluminense.
III. Título

Dilma Fátima Avellar Cabral da Costa

**Entre idéias e ações: lepra, medicina
e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
História da Universidade Federal Fluminense, como
requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em
História. Área de concentração: História e Poder.**

Banca Examinadora

Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos
Orientador - Departamento de História (UFF)

Prof. Dr. Flávio Coelho Edler
Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Profa. Dra. Magali Gouveia Engel
Faculdade de Formação de Professores (FFP/UERJ)

Prof. Dr. Roberto Godofredo Fabri Ferreira
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Profa. Dra. Simone Petraglia Kropf
Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Prof. Dr. Gilberto Hochman (Suplente)
Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Prof. Dr. Jorge Ferreira (Suplente)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

**Niterói
2007**

RESUMO

O trabalho que apresentamos tem por objetivo analisar a estruturação do conceito de lepra no meio médico brasileiro e identificar o conjunto de intervenções propostas para o controle da doença, através da montagem de um aparato burocrático baseado em leis, regulamentos sanitários e medidas profiláticas. Definimos como marcos cronológicos de nossa análise os anos de 1894, quando se estabeleceu o Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, e 1934, quando foi extinta a Inspetoria de Profilaxia da Lepra. Em torno destas balizas analisaremos o processo de instituição da lepra como um fenômeno patológico singular, seu estabelecimento como uma ameaça sanitária e as respostas institucionais que o Estado brasileiro formulou ao torná-la objeto de suas políticas públicas. A análise dos elementos que foram utilizados e os esforços realizados para tal empreendimento obedeceu ao princípio que estas variáveis eram a feição externa do mesmo processo, que procurava conferir à lepra um lugar entre as endemias nacionais.

RESUMIEN

El trabajo que presentamos tiene como objetivo analizar la estructuración del concepto de la lepra en la medicina brasileña y definir el conjunto de intervenciones propuestas para el control de la enfermedad, por medio de montaje de un aparato burocrático apoyado en leyes, reglamentos sanitarios y medidas profilácticas. Definimos como marcos cronológicos de nuestro análisis los años de 1894, cuando se estableció el Laboratorio Bacteriológico del Hospital de Lázaros de Rio de Janeiro, y 1934, cuando se extinguió el Inspectorado de Profilaxia de Lepra. En vuelta de esas balizas analizaremos el proceso de institución de la lepra como un fenómeno patológico singular, su establecimiento como una amenaza sanitaria y las respuestas institucionales que el Estado brasileño formuló cuando la considero como objeto de sus políticas públicas. La análisis de los elementos que fueron utilizados y los esfuerzos realizados para tal empresa obedecen al principio que estas variables eran la manera externa del mismo proceso, el cual pretendía conferirle un lugar entre las endemias nacionales.

RÉSUMÉ

Le travail que nous présentons a pour objectif analyser la structuration du concept de lèpre en la médecine brésilienne et identifier l'ensemble des interventions proposées pour contrôler la maladie, avec l'assemblage d'un appareil bureaucratique basé sur lois, règlements sanitaires et mesures prophylactiques. Nous définissons comme bornes chronologiques de notre analyse les années de 1894, quand s'est établi le Laboratoire Bactériologique de l'Hôpital du Lázaros de Rio de Janeiro, jusqu'à 1934, quand s'est éteint l'Inspectorat de Prophylaxie de la Lèpre. A l'intérieur de ces balises nous analyserons le processus d'institution de la lèpre comme un phénomène pathologique singulier, son établissement comme une menace sanitaire et les réponses institutionnels que l'État brésilien a formulé quand l'a considérée objet de leurs politiques publiques. L'analyse des éléments qui ont été utilisés et des efforts réalisés pour une telle entreprise a pour base l'idée que ces variables étaient la façon externe du même processus, lequel cherchait lui conférer une place entre les endémies nationales.

AGRADECIMENTOS

Este foi sempre o momento mais esperado, aquele em que finalizamos de fato a tese e fazemos o agradecimento a todos que, das mais variadas maneiras, tornaram menos difícil este percurso. Longe de ser uma tarefa fácil, este é também o momento em que fazemos um balanço afetivo, em que partilhamos os possíveis acertos de nosso trabalho com todos aqueles que contribuíram para sua realização, isentando-os de suas possíveis falhas. À orientação do prof. André Luiz Vieira de Campos foi fundamental para realização deste trabalho, sua leitura arguta e crítica me permitiram redesenhar o projeto original apresentado ao Programa de Pós-Graduação em História da UFF, transformando-o no trabalho apresentado. Sempre que a imaginação me arrastava para longe dos objetivos traçados, tornando mais tortuoso o caminho, o prof. André se incumbia do resgate. Amigo de longuíssima data tornado orientador, trabalharmos juntos mais uma vez foi, acima de tudo, um grande prazer.

Não poderia deixar de agradecer aos professores Magali Engel e Flávio Edler, cuja participação na banca da qualificação me permitiu corrigir pequenas arestas e traçar melhor o caminho a ser seguido, foi muito bom poder contar com suas leituras e sugestões.

Ao longo destes quatro anos conciliei o doutorado com o exercício profissional no Arquivo Nacional, o que me deixou uma dívida de gratidão com muitas pessoas. À direção do Arquivo Nacional, Jaime Antunes da Silva, e à coordenadora-geral da COGED, Maria Izabel de Oliveira, sou grata pelo apoio institucional ao longo destes quatro anos, sem o qual não teria sido possível realizar este trabalho. Os colegas da COGED foram forçados a acompanhar a elaboração da tese, mas não poderia deixar de agradecer, em particular, à Cláudia Lacombe Rocha e Margareth da Silva, amigas com quem partilhei cada avanço e as muitas dificuldades deste trabalho. A equipe do projeto Memória da Administração Pública Brasileira (MAPA) cresceu, e não poderia deixar também de agradecer a Rodolfo Sousa Nascimento e, sobretudo, Angélica Ricci, que me liberaram de muitos encargos, possibilitando maior tranquilidade nesta reta final.

O levantamento de fontes é sempre uma etapa bastante delicada na elaboração da tese, os prazos cada vez mais reduzidos tornam muito difícil coadunar nosso ‘cronograma de trabalho’ ao ritmo singular de cada instituição de pesquisa. Para decifrar esta equação foi fundamental contar com a ajuda da Rosallyn Leite, da biblioteca da Sociedade Brasileira de Dermatologia; Michele de Almeida Silva Moraes, da Academia Nacional de Medicina; Rose Olyveira, da Sala de Consulta da COC/Fiocruz; e Celina Coelho, do arquivo da Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária. A todos, meu muitíssimo obrigada!

O curso do prof. André Campos foi um momento muito especial na trajetória do doutorado, não apenas pelo espaço para discussão e debates sobre história da medicina e da saúde pública no Brasil, mas porque me possibilitou fazer grandes e queridos amigos: Nikelen Acosta Witter, a Nika; Christine Maria Cruz de Souza, a Chris; Maria Tereza Villela Bandeira de Mello, a Tetê. Não posso imaginar como teria sido realizar este trabalho sem o apoio incondicional de vocês, com quem pude trocar leituras, partilhar experiências, angústias e dúvidas, muitas dúvidas ... Não poderia deixar de citar também Luís Augusto Farinatti, o Guto, que apesar de se interessar pelo ‘*estranho*’ tema da história agrária, se incorporou ao grupo e resistiu bravamente às intermináveis discussões sobre doenças. O grande amigo Zílio Teixeira Tosta foi meu incentivador de primeira hora, com quem discuti o projeto inicial e os avanços da pesquisa.

A família sempre é quem mais se ressenete, especialmente pelas intermináveis horas à frente do computador, traduzidas por longas ausências das atividades mais rotineiras e cotidianas. Não estava sempre disponível, faltei a muitos almoços domingueiros com a família Cabral. Pedro e Bento traziam notícias do mundo externo no escritório onde me entocava, formando um elo essencial e imprescindível com a realidade. Luiz Otávio me deu o suporte necessário, me substituindo nas tarefas domésticas e escolares, cuidando para que houvesse um ambiente favorável para “*sua mãe trabalhar*”. Importante, sem dúvida, mas fundamental mesmo foi poder contar com seu colo afetuoso ao fim de cada dia de trabalho.

*À família Cabral, pelo apoio incondicional
e pela festa dos encontros, sempre,
especialmente meus pais, Hamilton e Wilma,
pelo que eu nem posso expressar;*

*Ao Pedro e Bento, que tornaram mais alegre e
muito pouco solitária a dura rotina imposta
pela elaboração da tese;*

*Ao Luiz, mais uma vez, pelo amor e pela
capacidade de reinventar o cotidiano,
o que por torna tudo possível.*

SUMÁRIO

Resumo	v
Resumé	vi
Agradecimentos	vii
Sumário	X
Introdução	1
Capítulo 1 – A trajetória da doença	23
1.1 Lepra: a mais velha das doenças...	25
1.2 Da discrasia do sangue ao micróbio: a Noruega e as novas bases para o estudo da lepra	35
1.3 Sem bacilo não há lepra!	58
Capítulo 2 – A lepra e a medicina no Brasil	86
2.1 Lepra, morféia ou elefantíase-dos-gregos: a singularização da doença no século XIX	88
2.2 Banhos tépidos, loções, preparações mercuriais, dieta alimentar e seqüestro dos morféticos	112
2.3 <i>No limiar da ciência!</i>	129
2.4 <i>Ventos úmidos do quadrante do sul ...</i>	147
Capítulo 3 - Uma profilaxia ímpar	167
3.1 A hereditariedade cede terreno ao bacilo...	170
3.2 <i>De como se propaga o mal</i>	188
3.3 Um <i>'flagelo nacional'</i>	208
3.4 O lugar da lepra entre as endemias nacionais	223

Capítulo 4 - “<i>Faça-se a lepra conhecida, e ele será temida</i>”	244
4.1 Da lepra que cuidem os estados	246
4.2 Uma batalha estatística	261
4.3 A geografia da doença e seus conteúdos	280
Capítulo 5 - Um problema sanitário nacional	293
5.1 Uma Inspeção para a lepra	295
5.2 Prescrições liberais de um programa profilático	313
5.3 <i>A lepra nos domínios da administração sanitária</i>	333
5.4 Os princípios liberais e a ação profilática	352
5.5 O ocaso de uma política de combate à lepra	369
Conclusão	385
Fontes e Bibliografia	394

INTRODUÇÃO

1. A lepra como objeto¹

A hanseníase foi uma das primeiras doenças infecciosas a ser relacionada a um microorganismo, o *Mycobacterium leprae*, identificado pelo médico norueguês Gerhard A. Hansen, em 1874. A impossibilidade do cultivo do bacilo *in vitro* dificultou a comprovação de sua conexão com a doença e suscitou um amplo debate sobre sua causalidade, que perpassou as primeiras décadas do século XX. As diferentes linhas de pesquisa sobre a hanseníase, em especial a genética, a epidemiologia e a imunopatologia, destacam sempre que, apesar dos avanços, ainda há dúvidas e incertezas sobre variados aspectos da doença, tais como a forma de transmissão, a resistência ou suscetibilidade do organismo à infecção pelo bacilo e a destruição dos nervos.²

Os mais recentes avanços da pesquisa sobre a doença têm sido verificados a partir do sequenciamento do genoma do *M. leprae*, no ano 2000, que veio fornecer as bases para as futuras investigações sobre a hanseníase.³ O objetivo destas pesquisas é o desenvolvimento de novos medicamentos e vacinas, além da produção de um teste imunodiagnóstico, sensível e confiável, que permita descobrir todos os doentes infectados. Graças ao estudo dos genes sequenciados, os investigadores já são capazes de detectar a resistência do bacilo aos

¹ Tomando como referencial teórico-metodológico o princípio que o conceito de doença envolve mais que uma realidade patológica e sua denominação é o resultado de uma negociação sociocultural, frequentemente atualizada pela sociedade, consideramos a lepra o nosso objeto de pesquisa. O termo hanseníase foi instituído a partir de novos referenciais, conceito que possui significado e conteúdo diversos.

² SARNO, E. Nunes. A hanseníase no laboratório. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol. 10 (suplemento 1), 2003, p. 277-8. O Brasil se integra ao esforço mundial, conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para manter a eliminação da hanseníase como problema de saúde na lista de prioridades das pautas governamentais, tendo como meta o ano de 2010. Devemos lembrar que o Brasil é um dos dez países onde a hanseníase permanece endêmica e responde por 90% de todos os casos da doença registrados nas Américas, sendo signatário do *Apelo global para o fim do estigma e da discriminação contra pessoas afetadas pela hanseníase*, assinado em 29 de janeiro de 2006, em Nova Delhi, na Índia.

³ MARTELLI, Celina Maria Turchi; STEFANI, Mariane Martins de Araújo; PENNA, Gerson Oliveira *et al.* Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. *Rev. bras. epidemiol.*, dez.. 2002, vol.5, n.3, p.273-285.

antibióticos, através de testes moleculares rápidos.⁴ Estes estudos, realizados a partir de diferentes cepas do *M. leprae*, mostraram a extraordinária estabilidade do genoma ao microrganismo patogênico responsável pela hanseníase, alterando as hipóteses conhecidas sobre a origem da doença.

Segundo os pesquisadores Marc Monot e Stewart Cole, do Instituto Pasteur (França), a hanseníase provavelmente teve origem no leste da África, ou talvez no Oriente Médio, de onde teria se estendido para o Ocidente e Oriente.⁵ Mais tarde seu avanço teria tomado simultaneamente as rotas ocidental e oriental, chegando às Américas e à África no organismo dos colonizadores europeus. Este trabalho veio esclarecer um dos primeiros problemas que se colocava nas pesquisas históricas sobre a hanseníase, isto é, a tentativa de precisar sua origem e difusão no Ocidente. De forma geral, nos estudos desenvolvidos até momento, havia concordância que o foco desta propagação teria sido a partir do Oriente, atravessando todo o Império Romano.⁶ Na discussão sobre a procedência asiática ou africana da doença, prevalecia a hipótese de que a hanseníase originara-se na Índia, de onde teria atingido o Japão e a China.

Outro dado importante levantado pela equipe internacional de pesquisadores é quanto ao foco de propagação. Nos estudos sobre hanseníase duas hipóteses eram levantadas: a propagação da doença a partir de um único foco, da qual teria se difundido acompanhando o movimento migratório do homem; e a hipótese multifocal, de propagação a partir de várias regiões diferentes, como a própria Ásia e África. A pesquisa recentemente divulgada pelos pesquisadores do Instituto Pasteur defende a teoria de que todas as infecções de hanseníase são causadas por um único tipo de bactéria, que persiste em muitos lugares do mundo. Ao comparar a mostra do genoma de sete tipos da bactéria, recolhidos de diferentes partes do

⁴ Cf <http://www.pasteur.fr/externe/> Acesso em 16/05/2006.

⁵ Esta pesquisa foi desenvolvida pela Unidade de Genética Molecular Bacteriana do Instituto Pasteur, especializada no estudo do bacilo da lepra, que obteve em colaboração com o Sanger Center (Reino Unido) a seqüência completa do genoma do *M. leprae*, em 2000.

⁶ RUFFIE, Jacques; SOURNIA, Jean-Charles. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1984. p. 131; BÉRIAC, François. O medo da lepra In LE GOFF, Jacques. *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar. p. 127.

mundo, inclusive o Brasil, os pesquisadores verificaram que o microrganismo é extremamente estável, quase não havendo variações genéticas entre as diferentes amostras. Este dado indica que parece ter havido apenas uma única fonte da bactéria, um único foco de propagação, que teria se convertido na origem da pandemia mundial da doença.

A profusão de dados sobre a história recente da hanseníase não deixa dúvidas quanto à importância de estudos tendo esta doença como temática. A atualidade do debate sobre o combate à hanseníase e à discriminação aos portadores da doença coloca em questão o seu conceito e as formas de tratamento e profilaxia que foram historicamente determinadas, as políticas que tiveram a doença como alvo e objeto e que apreenderam os doentes numa complexa rede simbólica. No caso brasileiro, não podemos deixar de assinalar um importante marco na história da doença, que se transforma num referencial primordial no recorte de tema, isto é, a mudança da denominação do fenômeno biológico que conhecíamos por lepra. A carga simbólica que a hanseníase ainda expressa, a profunda estigmatização da doença e do doente, acabou por criar no Brasil uma nova denominação para o mesmo evento patogênico, a hanseníase.⁷ Desde a década de 1970 a denominação lepra vinha sendo substituída por hanseníase, até que a Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995, proibiu o seu uso ou derivações na linguagem empregada nos documentos oficiais no país.⁸

Esta mudança relaciona-se não apenas à nomeação da doença, mas à sua própria ontologia e às concepções que a coletividade formulou e que se relaciona historicamente à

⁷ O Brasil é o único país do mundo a utilizar a nomenclatura hanseníase, mudança que pretendeu diminuir o estigma da doença, orientação diferente de outros países trabalharam a atualização do conceito de lepra. Cf. MOREIRA, Tadiana Alves. A panorama of Hansen's disease: present status and perspectives. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2003, vol.10, suppl.1, p.291-307.

⁸ Proposta pelo Prof. Abrão Rotberg, a mudança da terminologia lepra para hanseníase foi confirmada pelo então secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Prof. Dr. Valter Leser, e também pelo comitê técnico desse órgão, que publicou uma resolução determinando a criação de novo vocabulário para classificar essa doença em dezembro de 1970. Desde então, a doença passou a denominar-se oficialmente hanseníase para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Em 1975, o Ministério da Saúde do Brasil adotou o termo hanseníase, pelo Decreto nº 76.078, de 04/08/1975. Gradativamente, essa nova terminologia também foi sendo aceita pelos demais serviços médicos e, em 29 de março de 1995, por intermédio da lei federal nº 9.010, tornou-se obrigatório o uso da denominação hanseníase em substituição ao termo lepra. Cf. MARTELLI, Antonio Carlos Ceribelli; OPROMOLLA, Paula Araujo. A terminologia relativa à hanseníase, *An Bras Dermatol.* 2005; 80(3):293-4.

vivência com a lepra e seus enfermos. A alteração da denominação lepra rompeu com sua historicidade, com as condições de possibilidade que moldaram as tomadas de decisões sobre as políticas formuladas para seu controle, fruto de embates e negociações que envolveram toda sociedade. Esta mudança de designação remete-nos à dimensão sociocultural daquilo que conhecemos como lepra, colocando-nos frente a um grande paradoxo. No combate às representações negativas, que remetem ao imaginário social sobre a lepra, abandonou-se a possibilidade de reelaboração de seu conceito, de seu condicionamento histórico-social. De forma geral, consideramos que a representação social da lepra foi elaborada a partir de um *constructo* que a identificava com morte, exclusão social e degeneração física. Ao ocultá-la na linguagem oficial, abandonamos qualquer possibilidade de transformação ou renegociação de sua carga simbólica, mantendo estigmas que sobrevivem na dimensão cultural dos que são cometidos pela doença. Controlada a realidade patológica com o advento de uma nova terapêutica, a busca pela integração social do hanseniano ocultou a lepra e instituiu uma outra doença, constituída por novas referências científicas e terapêuticas, por novas representações e imagens. A linguagem elaborou conceitualmente um novo fenômeno biológico, a hanseníase.

O nosso trabalho tem por objeto o conceito de lepra que emerge na década final do século XIX, formatado por acontecimentos diversos como a descoberta do bacilo *M. leprae* por Hansen, em 1874, pela difusão da bacteriologia e pelas resoluções do 1ª Conferência Internacional sobre Lepra, ocorrida em Berlim, em 1897. Nosso objetivo será analisar o modo como se conforma um novo conceito de lepra no Brasil, estabelecendo como *locus* privilegiado de nossa análise o discurso médico e as políticas formuladas e executadas para o seu controle. Tomamos como referência temporal o período entre a criação do Laboratório Bacteriológico no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, em 1894, e a extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em 1934.

Ainda que tenhamos definido o conceito de lepra e as políticas públicas como foco de nossa investigação, não deixaremos de considerar o aspecto multidimensional que envolve a estruturação do conhecimento científico sobre a doença. Isto significa que estaremos atentos,

ainda que tangencialmente, para as diferentes temáticas evidenciadas a partir da formatação do conceito de doença no final do século XIX, que envolveu questões como: a profissionalização do médico, a disputa pelo monopólio da autoridade sobre o diagnóstico e tratamento da doença e a própria terapêutica da doença.

2. A doença na história e a história das doenças

Charles E. Rosenberg, na introdução de seu trabalho *Framing disease: studies in cultural history*, chama atenção que a história da doença é uma área de estudo ainda muito recente das ciências sociais e, apesar dos significativos avanços, permanece ainda uma grande agenda a ser cumprida, mais do que uma rica historiografia a ser avaliada.⁹ Desde o início do século XX se configurara um campo acadêmico que tinha a história da medicina como objeto de estudo, cujos historiadores eram médicos por formação que, fascinados pelo passado da profissão, construíram uma história heróica e linear que enaltecia os ganhos das grandes descobertas e dos grandes nomes da medicina. Por outro lado, a história da medicina não fora incorporada como objeto de análise dos historiadores, cujos temas privilegiavam outros domínios da vida social, como a política e a economia, deixando o estudo da medicina como um campo exclusivo dos médicos-historiadores.¹⁰

Foi somente a partir da década de 1950 que a história da medicina constituiu-se num campo de estudos da história acadêmica e das ciências, resultado de um processo de renovação historiográfica, cujas raízes podemos encontrar referenciada tanto na *história-problema* inaugurada pelos Annales, onde a doença e o doente se constituíram objetos da análise

⁹ ROSENBERG, Charles E. Introduction. *Framing disease: Illness, Society and History* In: ROSENBERG, Charles E.; GOLDEN, Janet (Ed.). *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press. 1992. p. 13-26.

¹⁰ Id., *The therapeutic Revolution: medicine, meaning, and social change in nineteenth-century America*. In *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992a. p. 1-3.

histórica, quanto na perspectiva do caráter reformista da medicina social, consagrada por autores como Henry Sigerist e George Rosen.¹¹ Nos trabalhos produzidos em torno da corrente historiográfica que tomou o nome da revista *Annales*, fundada por Lucien Febvre e Marc Bloch, como nos estudos dos médicos historiadores da geração dos já citados Sigerist e Rosen, podemos identificar o rompimento com a tradição positivista até então em vigor.

Nos *Annales* evidenciou-se o engajamento no presente, a preocupação com diferentes aspectos da vida humana, como o fenômeno saúde-doença e a articulação entre a história da medicina, economia e sociedade. Nos trabalhos dos médicos historiadores da saúde pública, das décadas de 1950 e 1960, cujo melhor exemplo é o livro *Uma História da Saúde Pública*, de George Rosen, podemos identificar a mesma matriz inovadora. Rosen construiu uma história da saúde pública onde o binômio saúde-doença é tomado não sob uma perspectiva puramente biológica, mas como produto das condições políticas e econômicas da sociedade. Porém, marcados ainda por uma visão que celebrava o progresso da ciência e glorificava o papel do médico, os médicos-historiadores desta geração “faziam história com o intuito de reformar a medicina de sua época (...), queriam torná-la mais social, mais preventiva, retomando ideais dos reformadores do século XIX, como Virchow, o criador da patologia celular e o combatente das barricadas erguidas na revolução de 1848, em Berlim.”¹²

Mas há também um outro fator a se considerar para compreendermos a apropriação da história da medicina por historiadores e cientistas sociais. Segundo Rosenberg, este movimento também foi fruto da retração de trabalhos históricos feitos por médicos, cuja formação e profissionalização ficaram cada vez mais técnica e especializada, deixando pouco espaço para os estudos humanistas que haviam influenciado gerações precedentes a escrever sobre história da medicina. Por outro lado, o autor identifica ainda um crescente interesse do

¹¹ HOCHMANN, Gilberto; SANTOS, Paula Xavier dos; ALVES, Fernando Pires. Hist, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas In BARROS, A F. R. (org.). *Observatório de recursos humanos e saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da saúde, 2004. p. 41.

¹² BENCHIMOL, Jaime Larry. História da medicina e saúde pública: problemas e perspectivas In Andrade, Ana Maria Ribeiro de. *Ciência em perspectiva: estudos, ensaios e debates*. MAST/MCT Rio de Janeiro, 2003. p. 3.

público leigo pela história da medicina, crítico dos problemas econômicos e institucionais da medicina, preocupado com temas como ética médica, direitos do paciente e humanização da medicina.¹³ Este interesse pode ser analisado também sob a ótica das transformações da década de 1960, com a emergência de conflitos sociais e movimentos reivindicatórios pelos direitos civis de mulheres e negros¹⁴, bem como parte integrante da crise geral do estruturalismo, trazendo novos elementos também para o estudo da medicina.

Em artigo intitulado *Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença*,¹⁵ Sérgio Carrara faz um interessante balanço sobre a Antropologia Médica, em especial, o modo como seus objetos de reflexão têm sido construídos. Sua interpretação converge com as reflexões de Rosenberg sobre a expansão do *constucionismo social*, abordagem que congregou os novos praticantes da história da medicina e que orientou suas análises no contexto mais geral da crise da medicina nas décadas de 1960 e 1970 e, em especial, na desconfiança generalizada que recaiu sobre o pensamento científico. Colocando em questão a legitimidade do saber médico o *construcionismo* (r)estabeleceu, no campo acadêmico, a dimensão social dos fenômenos biológicos, rompeu com o monopólio médico e promoveu a ‘desmaterialização’ ou ‘desnaturalização’ da doença. Segundo Carrara, “(...) o que estava em (e ainda está) em jogo no campo acadêmico era a afirmação da preeminência do social, do político e do cultural sobre o orgânico e natural.”¹⁶

¹³ ROSENBERG, 1992, p. 3.

¹⁴ CARRARA, Sérgio. *Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença* In ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 40.

¹⁵ Id., ib., p. 33

¹⁶ Id., ib., p. 39. No entanto, segundo Carrara, o relativismo que tem caracterizado o *construcionismo* apresenta-se como um importante limite desta abordagem, situando-o no centro da crise atual da antropologia social. Tal como Charles Rosenberg, Carrara considera que o impacto da AIDS teria iniciado um período pós-relativista, que mostra a inadequação tanto de uma abordagem situada no limite do laboratório quanto daquela que tende a desprezar a dimensão biológica da doença.¹⁶ Ao refletir sobre as vias que se oferecem para a análise antropológica da doença o autor levanta importantes questões sobre a relação entre ciência, produção discursiva e questão simbólica, reafirmando natureza e cultura como dimensões de uma mesma realidade. Id., ib., p. 40-1.

Assim, vigorosos estudos têm sido produzidos enfocando temáticas pertinentes ao campo da história da medicina e das doenças, em especial, as doenças epidêmicas, cujo impacto dramático na sociedade as fizeram emergir como campo privilegiado de estudo. A partir da década de 1970, o que de comum podemos considerar nestes estudos foi a diversidade da temática sobre história da medicina, o ecletismo das referências e modelos explicativos, com novas propostas de abordagem e diferentes referências conceituais. A historiografia voltou-se para temáticas marginalizadas ou até então ausentes, como corpo, sexualidade, morte, medo, cultura ou violência, etc.¹⁷ Estes trabalhos produziram uma revisão historiográfica de temáticas já estabelecidas pela historiografia, como a própria história da medicina, das instituições e da profissão médica, ao lado de novas questões como as diferentes medicinas e as práticas terapêuticas alternativas à medicina acadêmica. Neste aspecto, “a história da medicina deixou de ser apenas a história dos médicos para se tornar também a dos doentes, e a história das doenças experimentou um verdadeiro boom de estudos monográficos.”¹⁸

Hochman e Armus analisam esta recente produção historiográfica, no âmbito da América Latina e Caribe, e destacam que “os estudos históricos sobre saúde e doença estão se afirmando como um campo com identidade própria e definida.”¹⁹ Segundo os autores, esta produção histórica, fruto da renovação da historiografia, pode ser organizada em três estilos narrativos distintos: uma história biomédica, uma história da saúde pública e uma história sociocultural da doença.²⁰ De comum, estas diferentes narrativas apontam para compreensão do fenômeno da doença a partir de três pressupostos: a saúde e doença são fenômenos

⁵ Sobre a chamada 3ª geração da escola dos Annales, ver BURKE, Peter. *A Escola dos Annales (1929-1989): a revolução francesa da historiografia*. São Paulo: UNESP, 2003. Sobre o impacto na historiografia da fragmentação dos objetos de estudo ver DOSSE, François. *A história em migalhas: dos Annales à nova história*. São Paulo/Campinas, Ensaio/Ed. UNICAMP, 1992.

¹⁸ BENCHIMOL, 2003, p. 4.

¹⁹ HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução In _____ (orgs.) *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 12.

²⁰ Id., ib., p. 13-6.

complexos, mais que um evento biológico; a constatação da existência da doença e sua nomeação integram um processo de negociação que envolve múltiplos atores sociais; de que em torno dos cuidados, dos mecanismos de controle e das curas ou da definição de políticas públicas para seu controle, estão dimensões relevantes da história da saúde e da doença; que o processo saúde-doença não pode ser compreendido “*fora de uma moldura social que ao mesmo tempo a circunscreve e também é por ela estruturada.*”²¹

Nas duas últimas décadas, nos diferentes estudos que tem estabelecido a doença como seu foco de análise, podemos perceber uma preocupação em defini-la não apenas como um acontecimento biológico, mas também como um evento social cuja ocorrência possibilita perceber as diferentes respostas e os significados que lhe são conferidos pela sociedade. Trabalhos recentes vem privilegiando aspectos distintos do encontro do homem com a doença, seja em sua trajetória individual ou coletiva, como a relação meio ambiente-doença, a construção social e simbólica da doença ou numa história propriamente cultural das doenças.²² Assim, importa-nos ressaltar que o esforço de renovação da história da medicina possibilitou o seu redimensionamento, integrou novas perspectivas de estudo e vem permitindo sua estruturação como um campo de análise. E ainda, apropriou-se de novos referenciais teóricos e novos recursos metodológicos, compondo uma base conceitual que se valeu da interdisciplinaridade, permitindo que novos temas fossem contemplados pela recente historiografia.

A doença, considerada ao mesmo tempo um problema substantivo e uma ferramenta analítica,²³ permite-nos refletir sobre a experiência histórica em toda sua complexidade. Em

²¹ Id., ib., p. 18.

²² Para uma análise historiográfica da história das doenças ver SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; NASCIMENTO, Dilene Raimundo. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças In NASCIMENTO, Dilene Raimundo; MAUL, Diana (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 13-30. Sobre o mais recente debate historiográfico em torno do exercício e o uso das formas mais populares das artes de curar ver WITTER, Nikelen A. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura.. *Tempo*. Revista do Departamento de História da UFF, v. 10, p. 13-25, 2005.

²³ ROSENBERG, 1992, p. 23.

nosso caso, é importante assinalar como o processo de singularização da lepra, sua definição como uma doença ameaçadora para a sociedade e as respostas formuladas para seu controle podem contribuir para analisarmos a constituição de sentido e a valorização de elementos que possibilitaram a instituição de uma auto-imagem da sociedade brasileira. Assim, através da história das doenças podemos identificar o que determinada sociedade elege como elemento(s) constituinte(s), sua experiência coletiva com a doença, as negociações realizadas, as políticas públicas formuladas e executadas para o combate à enfermidades específicas nos fornece um amplo painel das nuances e da complexidade na forma como cada sociedade se organiza e estrutura.

3. Marcos e trajetória da pesquisa

O trabalho que apresentamos tem por objetivo analisar a estruturação do conceito de lepra no meio médico brasileiro e identificar o conjunto de intervenções propostas para o controle da doença, através da montagem de um aparato burocrático baseado em leis, regulamentos sanitários e medidas terapêuticas que pretendiam ter um largo alcance. Estabelecemos como corte cronológico de nossa pesquisa os anos de 1894, quando foi criado o Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros e 1934, ano da extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Estes marcos cronológicos balizam nossa análise por delimitarem importantes momentos da trajetória da lepra. A criação de um Laboratório Bacteriológico no principal hospital de tratamento da doença no Brasil é emblemático, fruto não só de uma nova percepção sobre a lepra, marcada pelo impacto da descoberta do *M. leprae*, mas também da difusão dos pressupostos bacteriológicos no país. Por outro lado, a instituição do Laboratório Bacteriológico e a análise de sua pauta de pesquisas permitem-nos acompanhar o momento em que o novo conceito de lepra como uma doença de origem bacilar se estabelece no Brasil, analisar sua consolidação e os debates que suscitaria se apresenta,

igualmente, como uma oportunidade para percebermos sua configuração como uma doença cuja disseminação colocava em risco o futuro da nação. Da mesma forma, o fim de uma estrutura burocrática voltada para o combate à lepra, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, criada em 1920, significou um momento de inflexão da luta contra a doença no país, onde os pressupostos para a estratégia de seu controle seriam formatados por outros condicionantes históricos.

Segundo Carrara, a partir do início dos anos 30, o interesse dos membros da Sociedade Brasileira de Dermatologia desloca-se da sífilis para o estudo da lepra e sua erradicação.²⁴ O fim da Inspetoria, em 1934, no âmbito da extinção do Departamento Nacional de Saúde Pública, com a conseqüente pulverização de suas atribuições, marcarão uma reorientação dos serviços de combate à lepra e dos rumos para a política de saúde pública no Brasil. Este foi um período em que o governo federal procurou tornar seus serviços de saúde um instrumento da expansão da autoridade pública sobre o território nacional. A reforma de 1934 foi o primeiro passo para o processo de consolidação de uma política nacional de saúde, que ocorreria durante a gestão de Gustavo Capanema, que procurava fortalecer o elo entre a União e os estados, assegurando a presença do poder público no interior do país.²⁵ Todo este processo acabou por significar a descontinuidades do combate à lepra sob os princípios prescritos pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra, estabelecendo um novo plano de ação do executivo federal contra à doença, com o reforço do isolamento compulsório e a construção de inúmeros leprosários no país.

Acompanharemos, da última década do século XIX até 1934, o crescimento da pesquisa sobre aspectos clínicos e o estabelecimento de um novo modelo de compreensão da lepra, ao mesmo tempo em que a doença voltava a ganhar visibilidade pela ‘descoberta’ de focos endêmicos na Europa e o seu surgimento em áreas coloniais. A partir deste período analisaremos questões cruciais para compreendermos a complexidade de elementos que

²⁴ CARRARA, 1994, p. 246.

²⁵ FONSECA, Cristina M. *Local e nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-45)*. 2005. 298 p. Tese (Doutorado) Ciência Política, IUPERJ. 2005. p. 177.

integraram a trajetória da lepra no Brasil, tais como: a formatação do conceito da doença; a luta pelo consenso em torno de sua etiologia; o debate sobre a inclusão da lepra na pauta sanitária do país; as diferentes propostas formuladas para seu combate e a montagem de um aparato burocrático na mesma conjuntura em que o tema da saúde pública tornara-se prioridade na agenda nacional.

Ao demarcar nosso objeto e o período em que se desenrolará nossa pesquisa, é necessário definir seus marcos, estabelecer a interlocução de nosso trabalho com as fontes que elegemos e com o campo de história da doença. Em primeiro lugar estabelecemos o discurso médico como nosso *locus* privilegiado de análise, ou seja: pretendemos apreender sob a perspectiva dos médicos o longo processo de singularização da lepra, seu estabelecimento como uma doença que agravava as já precárias condições sanitárias do país e cuja ameaça transcendia o drama individual dos leprosos, elementos que acabaram por constituir uma agenda de pesquisa sobre a doença. Ainda que tomemos a lepra sob o ponto de vista dos médicos do período, procuraremos estabelecer o diálogo com os diferentes agentes sociais que contribuíram para o enquadramento da lepra, como autoridades sanitárias e parlamentares. Nesta perspectiva, pretendemos analisar as condições sociais de produção deste discurso, o significado que a doença adquire no meio médico ao longo do período estudado e as diferentes proposições para seu controle, onde os enunciadores e seus objetos de enunciação constituem-se numa mesma rede de significação e sentido.²⁶

Segundo Rosenberg, as negociações envolvendo as definições e as respostas para doenças são complexas e implicam diferentes níveis de análise, elas incluem elementos cognitivos, respostas institucionais e políticas públicas, o ajuste de indivíduos e de suas famílias e todos os níveis da relação médico-paciente.²⁷ Neste sentido, em nosso trabalho priorizaremos a interlocução destas duas dimensões de análise, ou seja, a relação entre o processo de singularização da lepra como uma entidade patológica e as respostas institucionais

²⁶ ORLANDI, E. P. *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. 2ª ed. rev. e aum. Campinas, Pontes, 1977. (Col. Linguagem/Crítica).

²⁷ ROSENBERG, 1992, p. 21.

que o Estado brasileiro produziu para seu combate. A formulação, proposição e execução de políticas de combate à lepra, bem como os esquemas terapêuticos elaborados para seu controle, serão analisadas como a feição externa de um mesmo processo, que foi o estabelecimento de um novo conceito da doença no Brasil a partir da década final do século XIX.

Esta opção pressupõe ainda assinalar um outro marco, ou seja, a forma como operaremos com a noção de doença em nosso trabalho. A lepra será tomada não apenas como um evento biológico, mas também como uma elaboração da linguagem, cujo processo de nomeação pressupõe o estabelecimento de uma estrutura cognitiva que apreendeu este fenômeno e que envolveu intricados aspectos da própria institucionalização da medicina no Brasil. Mas, a relevância que a doença adquire no cenário sanitário do país, não se instituiu como um fato exclusivamente médico, a análise do processo de definição de uma doença específica permite-nos também ter acesso a elementos estruturantes da vida social, aquilo que confere sentido à experiência histórica de cada sociedade em toda sua amplitude. O enquadramento da doença pressupõe a produção de um conhecimento especializado sobre esta entidade, além de respostas sociais, o que implica num amplo movimento de negociação, resistência, reivindicação, controle e escolhas políticas por parte de todos os agentes sociais envolvidos neste processo.

Por outro lado, um importante elemento deve ser considerado no enquadramento da doença, a sua dimensão simbólica. Em nossa pesquisa procuraremos considerar o imaginário e o simbólico como componentes constitutivos do conceito da lepra, entrelaçados com a própria materialidade da doença no mundo social-histórico. Analisar o conceito de lepra pressupõe atentarmos para sua dimensão simbólica, meio pelo qual o imaginário exprime-se e atualiza as significações que a sociedade tece sobre a doença. Pretendemos levar em conta que as escolhas simbólicas emergem também como fonte de significações e lugar de sentido,

permitindo-nos falar sobre as questões que a sociedade se coloca, sua identidade e a imagem de si que constrói e que comporta, em sua escolha, elementos que encarnam sentido e valor.²⁸

Definida a doença, esta se torna também uma variável, um sujeito desta moldura social, “*que ao mesmo tempo a circunscreve e também é por ela estruturada*”.²⁹ A doença nomeada torna-se um componente atuante na complexa rede de negociações sociais, capaz de estruturar e mediar interações entre médicos, pacientes e familiares. Assim, consideramos que a doença é, ao mesmo tempo, determinante e determinada na/pela vivência com que cada sociedade encontra e responde a este fenômeno, constituindo-se mutuamente como objeto de análise e instrumento analítico.³⁰ Neste sentido, pretendemos examinar como e porque a lepra emergiu no cenário sanitário internacional e nacional no final do século XIX, e como se deu sua incorporação à agenda de pesquisas e ao quadro nosológico nacional. Este movimento produziu rupturas e deslizamentos no conceito da doença, ao mesmo tempo em que instituiu novos modelos cognitivos e esquemas terapêuticos que procuravam conter seu avanço no país. Definido o conceito da doença como o resultado de seus condicionantes históricos, temos ainda a tarefa de pensar a lepra como um importante referencial de análise que pode contribuir para dimensionar o problema da saúde pública no Brasil, entre 1894 e 1934. A lepra esteve relacionada à questões mais amplas estabelecidas na agenda política do período, que foi perpassada por temas como raça, identidade nacional, nacionalidade, progresso, eugenia ou imigração, por exemplo.

²⁸ Cf. CASTORIADIS, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade*. Trad. Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982, p. 13.

²⁹ HOCHMANN; ARMUS, 2004, p. 18.

³⁰ Estamos tomando as noções de *frame* e *framing* de Charles Rosenbergn, apresentadas no texto de introdução ao livro *Framing Disease: studies in cultural history*, organizado pelo autor e por Janet Golden. Neste texto Rosenberg construiu os conceitos de *frame* (moldura) e *framing* (enquadramento), esta distinção permite que o autor opere com a doença como um problema substantivo fundamental e, ao mesmo tempo, uma ferramenta analítica. ROSENBERG, 1992, p. 13-26.

Na recente historiografia da história das doenças são poucos os trabalhos sobre lepra, especialmente produzidos no Brasil.³¹ Em nosso estudo recorremos a três tipos distintos de trabalhos sobre a doença: os produzidos pelos médicos historiadores; os trabalhos elaborados na esfera dos cursos de pós graduação da área biomédica; e, finalmente, os trabalhos que mais recentemente estão sendo produzidos no campo da história. Podemos identificar o primeiro tipo de trabalho dentro da tradição de médicos-historiadores, memorialistas voltados para a celebração dos feitos da medicina, dos pioneiros no combate à lepra e da história das instituições dedicadas ao tratamento da doença. No plano internacional, de acordo com esta tendência, destacamos as obras de Zambaco Pachá, Leonard Rogers, Ernest Muir e Édouard Jeanselme.³² No Brasil, nesta mesma linha, o mais consagrado trabalho é o de Heráclides César de Souza Araújo, com uma vasta produção sobre a história da lepra onde se destaca a monumental obra *História da lepra no Brasil*, publicada em três volumes, e que é uma grande compilação de fontes sobre a doença nos períodos colonial, imperial e republicano.³³ Mas outros importantes médicos leprologistas deixaram registradas suas contribuições à memória do combate à doença como, por exemplo, Fernando Terra, fundador da Sociedade de Dermatologia, e Flávio Maurano.³⁴

Uma outra linha de trabalho é a realizada no âmbito dos programas de pós-graduação no campo biomédico, notadamente nos cursos de enfermagem. Nesta área, há uma destacada

³¹ Para balanço historiográfico da medicina brasileira do século XIX ver EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclépio Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Espanha, v. 50, n. 2, 1998, p. 169-186.

³² ZAMBACO PACHÁ, Démétrius Al. *La lèpre a travers les siècles et les contrées*. Paris: Masson & Cie Editeurs, 1914; _____. *La contagion de la lèpre*. Paris: Masson & Cie Editeurs, 1907; ROGERS, Leonard e MUIR, Ernest. *Lepra*. Trad Hamilton Palermo. Minas Gerais: Diretoria de Saúde Pública do estado de Minas Gerais, 1937; JEANSELME, Édouard. *La Lèpre*. Avec 259 figures dans le texte et XIV planches et couleurs hors-texte. Paris: G. Doin, 1934.

³³ Dentre a produção de Souza Araújo, destacamos: ARAÚJO, Heráclides César de Souza. Os pioneiros no combate à lepra no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1954; _____. O problema da lepra no Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956; _____. O problema da lepra na América do Sul. (A lepra na Guiana Francesa). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946; _____. O combate à lepra no Brasil, balanço de 40 anos de atividades. Rio de Janeiro: Gráfica Milone, 1944. _____. A lepra, estudos realizado 40 países (1924-1927). Rio de Janeiro: IOC, 1929.

³⁴ MAURANO, Flávio. História da lepra em São Paulo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1939.

produção de estudos sobre a lepra, onde ressaltamos os de Queiroz e Puntel, Ornellas, Claro, Schilling e Moreira, que são uma excelente amostragem de análises sobre ações e políticas de saúde pública.³⁵ Ainda que com recortes específicos, de forma geral, estes trabalhos priorizam o exame das representações sociais da doença, o estigma e o isolamento dos doentes, suas implicações nas práticas de saúde e no meio social dos doentes. Verifica-se uma tendência nestes trabalhos de apresentarem uma breve história da hanseníase e da saúde pública no Brasil, onde acabam por reforçar o caráter de continuidade do estigma da doença e certa imutabilidade de suas representações. Seguindo uma perspectiva diferenciada de análise é o estudo de Tadiana Maria Alves Moreira, que examina as campanhas desenvolvidas no âmbito do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, a partir de 1933, entendidas como estratégias empregadas no combate, controle e eliminação da doença. Autora sublinha que ainda que tenham apresentado respostas positivas, estas campanhas não conseguiram impedir o avanço da hanseníase no Brasil, “*cujo crescimento esteve associado aos modelos de políticas públicas vigentes no momento da realização de cada campanha*”.³⁶

No campo da história, ainda que a recente renovação historiográfica tenha incorporado a doença como objeto de análise, há uma preponderância de trabalhos sobre o século XIX e o mundo urbano, com uma grande ênfase para o estudo das epidemias. A lepra esteve presente nos trabalhos sobre história medieval, mas os estudos sobre a doença na época moderna e contemporânea acabaram por constituir-se em objeto quase exclusivo dos cursos de pós-graduação da área biomédica. Há dois trabalhos que se destacam na bibliografia internacional sobre o tema, o de Zachary Gussow, *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in*

³⁵ PUNTEL, Maria Angélica; QUEIROZ, Marcos de Souza. *A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997; ORNELLAS, Cleuza Panisset. *O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Revan, 1997; CLARO, Lenita B. Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995; CUNHA, Ana Zoe Schilling da. *Hanseníase: a história de um problema de saúde pública*. Dissertação (Mestrado) – Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Unisc. 1997; MOREIRA, Tadiana Maria Alves Moreira. *Dissertação de Mestrado. As campanhas de hanseníase no Brasil*. 1997. 142 p. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

³⁶ MOREIRA, Tadiana Maria Alves, 1997, p. viii.

Chronic Disease Control e a obra de Diana Obregón Torres, *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia em Colômbia*.³⁷

O trabalho de Gussow, psiquiatra e historiador americano que, no conjunto de sua obra, tem estudado a emergência da lepra como problema político do colonialismo e sua relação com o racismo nos Estados Unidos, aborda a questão do estigma da doença. Para o autor, a lepra não foi sempre e nem para todos os grupos sociais fonte de estigma. A estigmatização da lepra de origem mais recente, teria sido reforçada pela redescoberta da doença, no final do século XIX, em áreas de alta endemicidade, atualizando o seu conceito, acrescido então de forte conotação racista. Já Diana Obregón Torres, historiadora colombiana, analisa a construção social do conceito de lepra no meio médico colombiano, de 1775 a 1961. A conversão da lepra em objeto de conhecimento médico esteve articulada ao desenvolvimento das instituições de saúde pública na Colômbia, ao processo de consolidação da medicina e ao debate mais amplo de instituição de um projeto de nação. A lepra, segundo a autora, assumiu um importante papel no debate político do país aliando a carga simbólica da doença à construção de uma imagem da Colômbia como um *país leproso*.

No Brasil, os trabalhos sobre história da lepra ainda são raros nos programas de pós-graduação das universidades, mas percebemos uma crescente representação do tema da história das doenças nestes programas. Bastante representativo desta tendência foi o *XXIII Simpósio Nacional da Anpuh*, em Londrina, onde foram realizados três simpósios da área temática de História da Ciência e da Saúde. Num destes simpósios houve uma mesa exclusiva sobre história da lepra, com a exposição de quatro trabalhos, além de quatro outras comunicações apresentadas em outro simpósio.³⁸ Estes trabalhos priorizaram como período o século XX e, como tema central, o isolamento na base das medidas de controle e profilaxia da doença, resgatando a face dramática da exclusão e marginalização social dos leprosos.

³⁷ GUSSOW, Zachary. *Leprosy, Racism, and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control* Boulder, CO: Westview Press, 1989. TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia em Colômbia*. Medellín: Banco de la República, Fondo Editorial Universidade EAFIT, 2002.

³⁸ Simpósio Nacional de História 2005: Londrina, PR). Programas & Resumos do XXIII Simpósio Nacional de História: História: Guerra e Paz. Ade História – ANPUH. Londrina: Editorial Mídia, 2005. p. 90-1.

Dos trabalhos concluídos em alguns dos programas de pós-graduação, podemos destacar o de Yara Nogueira Monteiro, Luciano Marcos Curi, Vivian da Silva Cunha, Marcio Magalhães de Andrade e Laurinda Rosa Maciel. A temática dominante destes estudos foram, sem dúvida, as políticas públicas de combate à lepra, associando experiências regionais com a política federal de saúde e tomando o isolamento como a principal medida adotada. O que difere nos trabalhos é o peso que a questão do estigma vai ter em cada um deles, relacionado com a questão da segregação, constituindo-se como o aspecto mais visível das medidas de controle da lepra. O trabalho de Monteiro se constitui numa análise apurada do modelo profilático paulista, conferindo um grande destaque ao binômio violência-exclusão nas práticas de controle da lepra no estado de São Paulo e ao cotidiano dos asilos-colônias. Exemplos de estudos que deslocam o foco da discussão do estigma como suporte às medidas de controle da lepra, privilegiando os aspectos políticos do combate à lepra no Brasil, é a dissertação de mestrado de Vivian da Silva Cunha e a tese de Laurinda Rosa Maciel.³⁹ Além destes, devemos destacar também o trabalho de Márcio Magalhães de Andrade que se orientou para um período ainda pouco explorado na historiografia da história da medicina e da saúde no Brasil, o período colonial. Finalmente, não poderemos deixar de citar o trabalho de Ítalo Tronca, *As máscaras do medo – lepra e aids*. O autor realiza um ensaio na linha de uma história cultural da doença, tendo como ponto principal de análise as inúmeras representações sobre a lepra, a partir do século XIX e sobre a aids, nos dias atuais. Cotejando discurso científico e discurso literário, em narrativas diversas, mas que englobam numa mesma gama de representações e imagens a lepra e da aids, o autor reafirma o caráter de construção social

³⁹ MONTEIRO, Yara Nogueira. Da maldição divina a exclusão social um estudo da hanseníase em São Paulo. 1995. 2v. . Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, 1995; CURI, Luciano Marcos. “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”: lepra e isolamento no Brasil 1935-1976. 2002. 231 p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História; CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão*. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). 2005. 142 p. Dissertação (História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. ANDRADE, Márcio Magalhães de. *O princípio do Mal: A ameaça leprosa no Rio de Janeiro colonial*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro; Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2005. MACIEL, Laurinda R. ‘*Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade*’ – uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). 2007. 380 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, 2007.

da doença, constantemente atualizada pela linguagem, numa simbiose entre o biológico e o cultural.⁴⁰

Podemos constatar que a doença apenas recentemente converteu-se em objeto de estudos dos historiadores, configurando-se como um campo de amplas possibilidades. Assim, nosso trabalho pretende contribuir para o avanço das pesquisas em torno das políticas formuladas para a profilaxia e o controle da lepra no Brasil, sob uma outra perspectiva, o da produção de um conhecimento específico sobre a doença e de sua singularização como uma entidade patológica. Importa-nos entender como se deu o estabelecimento de medidas para o combate à lepra, formatadas pelos novos conteúdos do conceito da doença e pelos novos referenciais científicos da medicina experimental. Tendo estes parâmetros de análise, esperamos compreender o contexto, as variáveis e os princípios que possibilitaram e estruturaram a criação de um aparato administrativo que tratasse exclusivamente da lepra e das doenças venéreas no Brasil. O estabelecimento, em 1920, da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foi a resposta do governo ao *risco epidêmico* em que a lepra fora convertida pelo discurso médico, tal como expressava Belisário Penna. E finalmente, buscamos analisar como o estabelecimento e consolidação de um novo modelo cognitivo no final do século XIX, não apenas definiu um lugar para lepra no quadro sanitário nacional, como a hipótese etiológica contagionista tornou o isolamento o elemento estruturante das ações do Estado para o seu combate. Para tal será importante compreender a dimensões que a doença assume no discurso médico do período, que formatará as estratégias que definiram o combate à lepra no Brasil, em consonância ao debate internacional sobre a doença e os inúmeros encontros científicos que tiveram a lepra como tema.

Nesta perspectiva, no primeiro capítulo circunscrevemos a lepra nas décadas finais do século XIX, cujo significado estava fortemente comprometido pelo debate em torno de sua etiologia, pela produção de novos paradigmas científicos e pelo seu ressurgimento na Europa e nas áreas coloniais. Para tanto faremos uma breve análise do modelo cognitivo legado pelo

⁴⁰ TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas: Unicamp, 2000.

período medieval e que resistiria até a primeira metade do século XIX, quando se desenvolveram novas pesquisas sobre a lepra na Noruega. Procuramos examinar a conjuntura científica em que se deu a descoberta de novas áreas endêmicas da lepra, fundamental para compreensão do novo formato que a doença adquire neste período, quando foi alçada à condição de um problema sanitário internacional. Neste capítulo procuramos ainda investigar os distintos modelos de combate à lepra que foram produzidos nesta conjuntura, como o norueguês e o havaiano, que seriam pautados em diferentes experiências históricas com a doença. Um último elemento a ser destacado, neste quadro em que a lepra reassume seu papel como preocupação sanitária, foi a 1ª Conferência Internacional de Lepra, ocorrida em Berlim, em 1897. Evento primordial na trajetória moderna da doença que, ao estabelecer conceitualmente a origem bacilar da lepra, estabeleceria o isolamento compulsório como o ideal profilático para o seu controle.

No segundo capítulo dedicamos nossa atenção à experiência brasileira com a lepra e aos elementos que lhe dariam feição. Para compreender os aspectos que conformariam esta vivência analisamos os esforços realizados pela medicina brasileira, ainda na primeira metade do século XIX, para estabelecer uma unidade conceitual para a lepra. Este empreendimento acabaria por produzir no Brasil um modelo cognitivo que dialogava com a produção científica internacional, mas apresentaria contornos peculiares, relacionando a causa da doença às especificidades nacionais. A lepra, sob a medicina brasileira, seria formatada por diferentes elementos, como a anátomoclínica, o higienismo e o paradigma climatológico, produzindo um modelo original sobre sua etiologia em nosso país. Um outro aspecto que procuramos entender foi como a formulação de tal conhecimento seria acompanhada pela preocupação em investigar tratamentos mais eficazes para a lepra, o que levou-nos a acompanhar as mudanças significativas na condução da terapêutica e das pesquisas sobre a doença nas décadas finais do século XIX.

No terceiro capítulo buscamos analisar como se deu a construção do consenso médico da natureza bacilar da lepra e a substituição da complexa explicação multicausal da doença

pela causa única, segundo o paradigma pastoriano. Este processo daria lugar a um novo campo de debates no conhecimento científico da doença, sua transmissibilidade. A compreensão dos fatores que comporiam esta nova área de investigação permite-nos entender as diferentes propostas profiláticas que seriam apresentadas, além de esclarecer no que consistia o papel do isolamento na profilaxia da lepra nas duas primeiras décadas do século XX, elucidando suas diferentes nuances. Pretendemos ainda analisar como se estruturou um discurso em que a disseminação da lepra no Brasil adquire conteúdos que a instituem como um *'flagelo nacional'*, estratégia que procurava conferir à doença um lugar entre as endemias nacionais. Realizamos esta análise, sobre o lugar que os leprólogos reivindicavam para a lepra, em consonância com a conjuntura em que a saúde pública seria tornada uma questão nacional pelo movimento sanitarista, quando as endemias nacionais foram transformadas em bandeiras de luta na campanha pelo saneamento dos sertões.

No quarto capítulo orientamo-nos, principalmente, para análise dos fatores que foram utilizados pelos leprólogos para conferir concretude ao problema da lepra no Brasil. Os leprólogos procuravam reverter o quadro em que, apesar do reconhecimento da gravidade e da crescente disseminação da lepra, a relevância sanitária da lepra ainda não havia se convertido em medidas profiláticas concretas pelos governos federal e estaduais. Era preciso que a doença adquirisse contornos precisos e maior visibilidade, o que acabaria por dimensionar o perigo que a lepra significava para as já difíceis condições sanitárias do país. Este movimento significou a produção de dados sobre a frequência e distribuição da doença que colocava-nos dentre os países de maior incidência da lepra, o que seria creditado à ausência de políticas públicas e à total omissão do Estado. No entanto, veremos que o esforço por dimensionar a ameaça da lepra às condições sanitárias nacionais acabaria por torná-la uma doença considerada distinta das demais endemias brasileira, reforçando o argumento de que sua profilaxia exigia medidas igualmente singulares.

Dedicamos o quinto capítulo à análise da criação de uma estrutura administrativa exclusiva para conduzir a profilaxia da lepra em todo território nacional, em acordo com os

limites impostos pela Constituição de 1891. Em primeiro lugar procuramos desenhar o cenário e compreender os elementos que convergiram para o estabelecimento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, momento sublinhado pela maior relevância adquirida por estas doenças e pela ampliação dos objetos de atenção do Estado. Tornada a lepra uma questão sanitária nacional, alvo de ações profiláticas estabelecidas no regulamento sanitário aprovado em 1920, veremos que princípios profiláticos orientaram a luta contra a lepra no Brasil, conduzida pela Inspetoria, entre 1920 e 1934. Igualmente importante será a compreensão dos problemas enfrentados pela Inspetoria para realização de seu programa de combate à lepra, os limites de sua ação, bem como o conteúdo e a motivação que integravam as críticas à Inspetoria ao final da década de 1920, o que nos permitirá delinear a conjuntura em que ocorreu sua extinção e seu significado para a profilaxia da doença no país.

CAPÍTULO 1

A trajetória da doença

O estudo da lepra, seja numa perspectiva histórica ou epidemiológica, envolveu sempre uma série de dúvidas e dificuldades. Apesar dos inegáveis avanços científicos ocorridos no século XIX, especialmente no campo dos estudos sobre a morfologia do bacilo, a descoberta do *M. leprae* não se constituiu na chave para esclarecer os mecanismos de infecção e transmissibilidade da doença. Sem dúvida, isto se deveu à resistência do bacilo às tentativas de cultivo em meio artificial e de inoculação experimental, o que define o *M. leprae* como um agente patogênico bastante peculiar. À esta questão, ainda não plenamente resolvida no campo das pesquisas laboratoriais, somam-se dúvidas quanto à origem e trajetória da doença, que intrigaram pesquisadores e tem sido objeto de um debate que ainda está longe de ser concluído. As investigações sobre a lepra apontaram, via de regra, uma série de fatores que colaboraram com este quadro de incertezas na história da doença. Em especial, podemos apontar problemas de tradução e dificuldades de interpretação de textos antigos, além da imprecisão em sua descrição clínica durante o período medieval.

Ao tomarmos a lepra como nosso objeto de estudo somos levados a considerar as muitas dimensões analíticas que assume o fenômeno biológico. Na perspectiva de nosso trabalho, perceber como determinada concepção de lepra foi produzida significa refletir, necessariamente, sobre medicina, sociedade e políticas públicas como aspectos de uma realidade multifacetada que constitui a experiência histórica da doença. A definição do significado social da lepra engendrou, ao longo do tempo, diferentes políticas públicas e estratégias sanitárias, além de ter demarcado o lugar e o significado da doença na sociedade. No entanto, é necessário delimitar que nosso objeto, neste primeiro capítulo, será a lepra que emergiu nas décadas finais do século XIX, momento assinalado pelo ressurgimento da doença na Europa e formatado pela produção de novos paradigmas científicos e de novas hipóteses sobre a etiologia da doença.

Iniciaremos nossa análise apresentando o conhecimento médico sobre a lepra no período medieval, onde poderemos perceber um modelo de compreensão da doença cujos principais aspectos de sua etiologia e terapêutica, que persistiriam até a primeira metade do século XIX, estavam completamente formatados já no século XIII. A relevância desta breve análise sobre a medicina medieval e a lepra pode ser definida pelos efeitos que seu aparente desaparecimento, após o século XVI, produziu no saber médico sobre a doença. Segundo a historiografia, este refluxo da lepra foi responsável não só pela desorganização das leprosarias, como também pelo conseqüente desinteresse médico em torno da doença, substituída por novas preocupações de ordem sanitária. Logo, foi o legado médico medieval que, em muitos aspectos se prolongaria até a segunda metade do século XIX, que serviu de suporte à luta contra a lepra empreendida quando da *redescoberta* de focos da doença na Europa. Neste período, quando observaremos a retomada dos estudos sobre a doença, a herança medieval dos conhecimentos clínicos sobre a lepra foi atualizada pelo seu renascimento como problema sanitário, marcando significativas alterações no conceito da doença.

O primeiro marco do conhecimento moderno sobre a lepra foi o tratado ilustrado *Om Spedalsked (Um estudo da Lepra)*, publicado em 1847. Neste trabalho os noruegueses Daniel C. Danielssen e C. W. Boeck estabeleceram as bases clínicas da lepra e tornaram-na uma doença clinicamente distinguível. Admitida como uma doença contagiosa durante toda a Antiguidade e Idade Média, a teoria da hereditariedade da lepra tornar-se-ia preponderante após o trabalho dos dermatologistas noruegueses, sobrepondo-se às muitas outras hipóteses que tentavam explicar a causa da doença. Às investigações de Danielssen e Boeck sobre a lepra seriam acompanhadas por novas descobertas: em 1863, Rudolf Virchow descreveu a histopatologia da lepra lepromatosa; a descrição completa do bacilo se deu com Hansen, em 1874 e, em 1879, o alemão Albert Neisser comprovou a presença do bacilo em material leproso.

Ao lado dos avanços científicos, destacaremos ainda o impacto do ressurgimento da doença a partir do estudo de duas experiências bastante diversas, a do mundo colonial e da Europa. Estas duas realidades distintas produziram dois modelos de combate à lepra, tidos

pela historiografia como opostos: o modelo norueguês e o havaiano. Se na primeira metade do século XIX houve a descoberta de que a lepra continuara a existir na Europa, foi sua presença em áreas coloniais que fez suscitar a inquietação entre autoridades e médicos, ressuscitando os modelos etiológicos de exclusão já experimentados. O século XIX fundou uma nova percepção sobre a lepra, marcada pelo impacto da descoberta do *M. leprae* e dos pressupostos bacteriológicos, expressos na *I Conferência Internacional sobre Lepra*, ocorrida em 1897 em Berlim. Analisaremos, na reflexão médica neste período, o embate dos diferentes modelos de compreensão da doença que lutavam para estabelecerem sua primazia no cenário científico.

1.1 Lepra: a mais velha das doenças...

”O corpo humano contém sangue(...),isto é humor viscoso, bÍlis amarela e bÍlis negra. São estes elementos que o constituem e são causa dos males ou da saúde. A saúde é, em primeiro lugar, o estado em que estas substâncias constituintes estão numa proporção correta de uma em relação à outra tanto em força como em quantidade, estando bem misturadas. A doença aparece quando uma destas substâncias é ou deficitária, ou excedentária ou se encontra separada no corpo e não misturada com as outras.”¹

(Hipócrates)

A compreensão dos fenômenos patológicos na Idade Média provém da teoria dos humores, instituída na Grécia por Hipócrates e seus discípulos da escola de Cós. O *corpus* hipocrático, sistematizado por Galeno, deu forma definitiva à concepção de que o organismo seria composto de um certo número de líquidos ou humores que, em proporção equilibrada, garantiria a saúde. A teoria hipocrática levou à fisiologia o princípio de que a natureza (*physis*)

¹ Hipócrates. Da natureza do homem Apud MOSSÉ, Claude. As lições de Hipócrates. In LE GOFF, 1997, p. 45.

se constituiria a partir dos quatro elementos básicos: ar, água, terra e fogo. Os humores, também em número de quatro, resultavam da mistura em proporções diversas destes elementos primários, tendo cada um o centro regulador da sua dinâmica e para ele seria atraído: o sangue, para o coração; a pituíta, para a cabeça; a bile, para o fígado; a atrabile, para o baço.² Aos humores associavam-se ainda quatro qualidades, “*de tal forma que o sangue era quente e úmido; a pituíta, fria e úmida; a bile amarela, quente e seca; e a bile negra, fria e seca.*”³

A medicina grega reputava ao meio ambiente um papel fundamental no equilíbrio do corpo humano, destacando a importância de considerar as estações, os climas, os ventos, as propriedades das águas e outras influências naturais na ocorrência de doenças. Na racionalidade hipocrática, a doença seria um desequilíbrio dos quatro humores que comporiam o corpo, uma reação com intenção terapêutica para obter novo equilíbrio. Logo, encarada como uma perturbação do equilíbrio e harmonia da *physis*, a doença representaria uma totalidade e faria parte da própria natureza do homem, não apenas não se localizaria em alguma parte, como não se constituiria a partir de uma ameaça externa.⁴

Hipócrates não teve ocasião de fundar uma patogênese humoral da lepra, doença então desconhecida na Grécia. Foi somente no século IV que Oribase de Pergame afirmou que a elefantíase derivava de um excesso de ‘*atrabile*’ para anular o humor oposto, o sangue. Dois séculos antes, Galeano já explicara que a lepra era uma doença freqüente em Alexandria em razão do clima e dos hábitos alimentares, o que produzia igualmente uma onda de *atrabile*. Da mesma forma, esta concepção da lepra como decorrente da *atrabile* ou da *melancolia* foi

² LIMA, Tânia Andrade. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Nov. 1995-Feb. 1996, v.2, n. 3, p. 44-96. p. 46.

³ Id., ib., p. 46.

⁴ CEZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 48; HANNAWAY, Caroline. Environment and Miasmata. W. F. Bynun, R. Porter (ed.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*, vol. 1. Londres/Nova Iorque, Routledge, 1993. p. 292-3.

reafirmada em tratados médicos em língua árabe, que eram rapidamente traduzidos na Europa.⁵

A tradução para o latim destes tratados árabes, ou a versão árabe das obras gregas, ocorreu entre os séculos X e XIII, período em que renasceram os estudos médicos no Ocidente e os europeus entraram em contato com o pensamento médico estruturado.⁶ Se a medicina ocidental extraiu o essencial da etiologia, clínica e terapêutica da lepra das obras árabes, também incorporou ajustes e novas proposições para a origem da doença. Ao mesmo tempo, nesta época surgiram novos centros de estudos médicos na Europa e a hipótese das causas humorais da doença gradualmente ganha complexidade, os trabalhos que antes se limitavam a considerar os prejuízos da atribuição natural no organismo incorporam novas teorias para a causa da lepra, como por exemplo, a combustão da bile ou a disfunção do fígado na produção do sangue.⁷

É importante ressaltar que o conceito de lepra foi formatado pela medicina medieval através de uma tradição cultural complexa, em que se combinava a tradução de antigos textos médicos à Bíblia, acrescidos ainda de adaptações que acumulavam inúmeras distorções. Os deslizamentos semânticos e os diferentes significados da lepra, seus derivados e correlatos, não parecem ter sido uma preocupação dos médicos ou teólogos medievais, eles não colocavam em questão a identidade da lepra. Françoise Bériac chama atenção que, a partir do século XII, lepra e a morféia foram objeto de capítulos distintos e nem sempre vizinhos nos

⁵ BÉRIAC, François. *Histoire des lépreux au moyenage*, une société d'exclus. Paris: Imago, 1988, p. 18.

⁶ Durante os séculos VIII ao XI, conhecidos como a idade de ouro da medicina árabe, os muçulmanos experimentaram um período de grande expansão material e geográfica, onde as trocas comerciais, a riqueza agrícola, o crescimento do tecido urbano foi acompanhado por um surpreendente avanço na ciência e na filosofia. A medicina árabe, fundada sobre as antigas concepções herdadas de Hipócrates, fora conservada e ensinada em centros médicos como os de Alexandria, no Egito, e Gondêshâpur, no sul iraniano. Estas traduções, largamente difundidas e utilizadas, promoveram a assimilação da cultura grega e teve como consequência a criação de um vocabulário técnico que até então faltara à língua árabe. Outras tradições, principalmente hindus, foram também absorvidas, especialmente na área da farmacologia. Foi um dos traços marcante da medicina árabe, o que lhe conferiu originalidade e inovação, a capacidade de aliar um imenso conhecimento teórico e uma observação aguda dos casos clínicos. Cf. MICHEAU, Françoise. A idade de ouro da medicina árabe In LE GOFF, Jacques. *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1997. p. 57-77.

⁷ BÉRIAC, 1988, p. 17-19.

tratados médicos europeus. A lepra é herdeira da *elefantíase* greco-latina e da *judham* dos árabes, a *morféia* é legatária da *lepra* greco-latina, e isto via a *al'baras* dos árabes. Assim, ao mesmo tempo em que a medicina européia recebia do mundo mulçumano uma consciência aguda do polimorfismo da lepra, idéia relativamente estrangeira nas obras antigas, herdava também reflexões sobre as diferenças e analogias entre lepra e outras afecções dermatológicas.⁸

Como vemos, a medicina medieval associaria a etiologia da lepra a uma diversidade de fatores, num complexo quadro de causas que incluía alimentação, clima, topografia e predisposição. A constituição do indivíduo, mais melancólica ou fleumática, tornava-o mais receptivo à doença, favorecendo ainda o contágio. A dietética também exercia um importante papel na etiologia das doenças, muitos textos médicos imputavam ao uso de determinados alimentos certas características capazes de provocar o desequilíbrio dos humores. Os alimentos tornavam-se perigosos para o consumo ao serem rotulados como melancólicos, coléricos ou os fleumáticos, de acordo com a qualidade dos elementos básicos. Seguindo ainda a tradição hipocrática-galênica, o clima desempenhava uma ação determinante na saúde e, associado à topografia, seria capaz de explicar o acometimento do indivíduo ou de uma coletividade. Além do clima havia também certos tipos de trabalhos que expunham o organismo a situações de risco, como aqueles que exigiam uma proximidade com o fogo, o que favoreceria o desenvolvimento da lepra.⁹

Mas a corrupção do organismo também poderia se dar pelo ar que cerca o doente que, quando inalado pelas pessoas sãs, as contaminaria. De Constantino Africano (1020-1087), que evocava a *fumaça maligna* que sai do corpo do leproso, a Guillaume de Salicet (1210-1277) e Arnaud de Villeneuve (1245-1313), que acreditavam que a respiração do leproso causaria o contágio, os textos médicos medievais evocavam a forma aérea de contágio como uma das

⁸ Id., ib., p. 38-44.

⁹ Id., ib., p. 21-2.

causas da lepra.¹⁰ Se a respiração do leproso contaminava o ambiente, o temor das emanções deletérias provenientes das leprosarias ou da aglomeração de leprosos pedintes, foi capaz de alimentar incessantemente o imaginário do período produzindo, verdadeiramente, uma sociedade de excluídos.

Se o desequilíbrio dos humores poderia ser provocado por fatores externos ou secundários, geralmente identificados nos tratados médicos medievais pela corrupção do ar ou a ingestão de alimentos contaminados, a causa da lepra também esteve associada à infecção congênita ou à transmissão sexual. Doença ao mesmo tempo contagiosa e hereditária, a idéia da infecção *in útero* se manifestou cedo no Ocidente latino, sendo reforçada pelas traduções de obras árabes que se referiam à corrupção do esperma dos leprosos e à herança da doença. Esta hipótese foi de fácil adoção na Europa medieval, onde encontrou um terreno favorável no tema antigo da lubricidade dos leprosos e no hábito de vê-los na Escritura Santa como a alegoria de diversos pecadores, em especial os luxuriosos. Esta noção da lepra como uma doença hereditária girava em torno dos excessos sexuais, como por exemplo, os relatados durante o período menstrual e a gravidez, reforçando a impureza menstrual das mulheres e as proibições determinadas pelo texto bíblico.¹¹

No caso da idéia da infecção *ab uterum*, apesar de uma origem mais remota, sua introdução seria mais recente na Europa. Françoise Bériac identifica esta hipótese claramente formulada na Índia e transmitida à medicina ocidental pela tradução dos tratados árabes,

¹⁰ Id., ib., p. 24-6. Associação entre contágio, ar e fogo esclarece o quanto as noções de miasma e contágio estavam estreitamente vinculadas nos tratados de medicina, não apresentando polaridade. Práticas de proteção às epidemias como isolamento, quarentenas, fumigamento e desinfecção tinham o mesmo estatuto e estavam integradas à percepção de doença experimentada no período, relacionada à 'abertura' às sensações. As noções de contágio e miasma ligavam-se a duas diferentes concepções de doenças que conviviam: *ontológica* – que esteve presente no imaginário de praticamente todas as culturas desde o mundo antigo – e *dinâmica* – formulada no mundo grego em conformidade à idéia de *physis* e que por intermédio das teorias hipocrática e galênica constituiu o pensamento médico erudito até o século XVI. O contágio poderia ser proveniente da exalação de humores corruptos através dos poros e da respiração, sendo capaz de corromper ao ar. Não havia distinção clara entre o que seria um 'contágio' ou um 'veneno miasmático', o contágio não foi compreendido como uma estrutura morfológica que o diferenciava de eflúvios ou emanções miasmáticas. Cf. CZERESNIA, 1997, p. 47-8; HANNAWAY, 1993, p. 295; VIGARELLO, Georges. *História das práticas de saúde: a saúde e a doença desde a Idade Média*. Lisboa: Editoria Notícias, 1999. p. 44-8.

¹¹ BÉRIAC, 1988, p. 51-2

tornando-se bastante conhecida, mesmo fora dos círculos médicos, desde o século XIII. As considerações medievais sobre a transmissão venérea da lepra foram por longo tempo rejeitadas como fantasiosas, tomadas como argumento essencial de uma confusão entre lepra e sífilis, o novo mal que se disseminara na Europa de forma epidêmica nos últimos anos do século XV.¹² A crença na corrupção do esperma dos leprosos forneceu um abundante substrato científico à teoria venérea, bem como o apetite sexual excessivo atribuído, nos textos médicos, aos leprosos.¹³ A infecção *ab uterum* poderia ainda se dar de inúmeras formas, incluindo a concepção durante as menstruações, por ser filho de pais leprosos ou pelo contato sexual entre a mulher grávida e um leproso.¹⁴

Mesmo de introdução mais tardia na Europa, a hipótese venérea encontrou ressonância no imaginário cristão da lepra, que congregava elementos como o pecado e a luxúria. A contaminação venérea e a hereditariedade da lepra seriam a punição para os excessos sexuais dos leprosos, a corrupção do corpo era tomada como distintivo da transgressão moral. O castigo pela lascívia foi uma das explicações mais recorrentes para a lepra, o contágio através do ato sexual era a materialidade do vício e da tendência aos excessos da luxúria. A devassidão sexual justificava não só acometimento da doença, como também o isolamento do leproso, reforçando ainda a crença em sua hereditariedade. Na hipótese venérea a lepra se configurava como uma doença física, mas também moral, associando à tradição religiosa à medicina medieval. E, finalmente, aos olhos dos cristãos, a lepra, como qualquer outra enfermidade ou doença grave, manifestava nas crianças a luxúria dos pais, o que tornava transmissões venéreas e hereditárias causas complementares para o acometimento da lepra.

¹² CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 26.

¹³ BÉRIAC, 1988, p. 52.

¹⁴ Id., ib., p. 51-6. Havia a crença de que o calor anormal que sentiam os leprosos faziam-nos portar um apetite sexual literalmente insaciável, sendo a castração uma medida terapêutica indicada tanto por seu aspecto humoral quanto eugênico. O leproso teria uma constituição melancólica, quente e seca, os testículos aumentariam seu ardor, o que tornava a castração um tratamento indicado para tornar seu temperamento comedido. Por outro lado, a castração era também uma medida eugênica, já que “*a honra da posteridade presta-se assim um serviço à raça.*” RUFFIE e SOURNIA, 1984. p. 137.

A partir do século XII, momento onde a figura do pobre lázaro se torna familiar ao espírito dos cristãos, podemos observar um duplo movimento: o conhecimento médico da doença passava por profundas transformações e, ao mesmo tempo, as leprosarias proliferavam a ponto de se tornarem um elemento ordinário nos arredores de qualquer grande povoação ou vila. Raros até o século XI, entre os anos de 1070 e 1130 verificamos o aumento do número de leprosarias, o que pode evidenciar não só sinal de uma menor tolerância social com o leproso, como também o incremento no número de doentes.¹⁵ O surgimento desta rede de leprosarias pode ser analisado como parte integrante de um processo que, dos séculos XI ao XII, associou diferentes aspectos da experiência da sociedade medieval com a lepra. Um dos elementos a se considerar para o aumento dos leprosários e o isolamento dos leprosos foi o desenvolvimento hospitalar que se verificou neste período, somado ainda ao aumento populacional, ao crescimento demográfico das cidades e à maior visibilidade dos leprosos. Por outro lado, não podemos deixar de considerar também que estes fatores forneceriam um terreno favorável para o lento recuo da lepra a partir deste período.¹⁶

A época onde floresceram as leprosarias não foi assinalada por nenhum texto jurídico comum organizando-as ou codificando a exclusão dos doentes; o isolamento dos leprosos revela-se primeiro como prática para, posteriormente, ser objeto de regulamentação. As interdições de ordem sanitária, impostas aos leprosos, foram esboçadas inicialmente pelos concílios a partir de 583, e tornaram-se presentes nos textos sobre costumes de diversas regiões da Europa e nos sínodos, dos séculos XII ao XIII.¹⁷ Assumindo proporções preocupantes, provavelmente devido às Cruzadas, a lepra mobilizou precocemente medidas de controle que seriam assumidas pela Igreja, tendo como fio norteador o conceito de contágio expresso no Velho Testamento.¹⁸ Na verdade, o isolamento não foi uma medida inédita para

¹⁵ BÉRIAC, 1988, p. 150. Para uma cronologia do surgimento das leprosarias na Europa e, em especial, na França, ver Id., ib., p. 150-231.

¹⁶ BÉRIAC, O medo da lepra In LE GOFF, 1997, p. 129.

¹⁷ Id., ib., p. 136.

¹⁸ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Editora da Unesp, Abrasco, 1994. p. 59. Diana Obregón Torres critica a visão recorrente entre historiadores de ver no ritual obrigatório de

os leprosos. Tratava-se de um hábito bem antigo, como nos mostra o exemplo dos gregos que, desde o século III, rejeitavam impiedosamente os acometidos por *elefantíase*. Se os primeiros leprosários aparecem na Europa no século XI, eles chegaram a quase dezenove mil no continente europeu durante todo o período medieval.¹⁹ Os procedimentos sanitários a partir do século XIII previam a denúncia do doente a uma autoridade secular ou religiosa, seu comparecimento perante um júri, seu exame e sujeição a numerosos testes. Confirmada a doença por um tribunal laico e religioso, o *doente* era excluído da comunidade dos fiéis e de toda vida social, sendo submetido ainda a um ritual eclesiástico de exclusão antes de ser encerrado numa leprosaria.²⁰ Esses costumes variavam bastante em toda Europa, a morte civil que era imposta ao leproso não se generalizou, mas sua capacidade jurídica era limitada pelo regulamento da leprosaria em que fora admitido. Ainda que muitas das imagens recorrentes sobre a doença tenham sido generalizadas a partir de realidades bastante específicas, o que de comum podemos ressaltar na experiência medieval com a lepra foi a publicização da doença e a exclusão do doente do convívio social, associando a patologia a uma gama de considerações morais que explicariam o acometimento do doente.

A descrição clínica da lepra já estava estabelecida no século XIII e, a partir desta data, verifica-se pouca variação sobre a definição de suas causas, sintomas ou tratamento até a primeira metade do século XIX.²¹ A maior parte das obras médicas do século XII já

separação e limpeza, descrito no Levítico, como um exemplo de política de saúde pública que visava proteger a população do contágio, tal como expresso por George Rosen. Para a autora, seria um equívoco interpretar este ritual em termos médico, uma projeção para o passado de idéias médicas modernas de infecção. A autora acrescenta que o Levítico, mais que um tratado de saúde pública, é uma coleção de leis sobre assuntos relacionados com cerimônias, rituais e obrigações. Daí a importância do limpo/sujo, que se referem a situações de pureza/impureza, sagrado e profano, não tendo qualquer relevância de ordem sanitária. Cf. TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y ciencia em Colombia*. Medellín: Banco de la República, Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002. p. 49-51.

¹⁹ FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1978. p. 4-5 e BÉRIAC, 1997, p. 151-5.

²⁰ RUFFIE; SOURNIA, 1984, p. 132-4.

²¹ Segundo Bériac, a descrição clínica da lepra se refinou no século XIII, a enumeração dos sinais da doença se torna mais detalhada, inclusive com o reconhecimento de seu sintoma neurológico, a anestesia. Cf. BÉRIAC, 1988, p. 26-34.

identificava quatro tipos de lepra, cada uma delas causada por um determinado humor: a *elephantia (atrabile)*, a *tiria (fleuma)*, a *leonina (bile)* e a *vulpina* ou *alopicia (sangue)*. A lepra *leonina* e a *vulpina* seriam, segundo o *Compendium*, de Arnaud de Villeneuve, quase totalmente incuráveis, “*especialmente quando acometem por longo período e as extremidades do doente já começaram a cair*”.²² Verifica-se, neste mesmo período, um grande progresso concernente ao reconhecimento dos sintomas da lepra. Não que tenha havido novas descobertas ou uma crítica aos sinais tradicionalmente descritos da doença, mas observa-se um grande avanço dos conhecimentos em anatomia e a adoção de um vocabulário médico mais preciso.²³

No fim da Idade Média a lepra entra em declínio, tendo desaparecido quase completamente da Europa e as leprosarias esvaziaram-se. As causas para o refluxo da doença na Europa serão explicadas por diferentes hipóteses, não havendo justificativa segura para o fenômeno. De forma geral, este arrefecimento da lepra teria sido causado pela conjugação de variados fatores como as melhorias ocorridas no nível de vida das populações; o fim das Cruzadas e da ocupação mulçumana, que diminuiram a rota oriental de comércio; a melhoria das condições higiênicas; o antagonismo entre lepra e tuberculose; a epidemia de peste que varreu a Europa no século XIV e a fome no mesmo período, que teriam diminuído drasticamente a população, especialmente das leprosarias.²⁴ Há ainda a hipótese de que este conjunto complexo de fenômenos pode ser interpretado como o efeito de um recuo perceptível da calamidade leprosa, mas também como sinal do desenvolvimento da assistência, e mais tarde, das medidas de higiene pública.²⁵

Nos séculos XV e XVI os médicos começam gradualmente a substituir os sacerdotes, civis, os próprios doentes e os funcionários das leprosarias na identificação de novos leprosos.

²² Id., ib., p. 34-7.

²³ Id., ib., p. 82.

²⁴ RUFFIE; SOURNIA, 1984, p. 142; BÉRIAC, 1988, p. 265-70; SANSARRICQ, H. (coord.). *La lèpre*. Paris: Ellipses, 1995. p. 24.

²⁵ Cf. ROSEN, 1994, p. 58-60; BÉRIAC, 1988, p. 151-64.

Antes deste período os médicos seriam ainda pouco numerosos para ter uma importância decisiva na identificação dos sinais da doença, a conversão da lepra numa questão médica fez parte de um longo processo que envolveu não só a organização das universidades e do ensino médico na Europa, como também a difusão da profissão médica.²⁶ Curiosamente, este período que sugere uma prática do diagnóstico da lepra fiel ao ensino universitário correspondeu ao período de seu refluxo e, conseqüentemente, a preocupação com a elucidação das muitas incertezas sobre a doença foi substituída pelas exigências sanitárias trazidas pelos novos desafios da peste, das cidades e do Novo Mundo.

Aos poucos a idéia de transmissão venérea e da hereditariedade da lepra tendem a perder gradualmente terreno, ainda que tenha perdurado sua associação com a sífilis até o século XIX. Na verdade, o retrocesso da doença foi associado, pela medicina medieval, ao conjunto de práticas sanitárias e à complexa rede de exclusão das leprosarias, reforçando a hipótese contagionista. Além disto, ainda que muitos dos sinais da lepra tenham sido identificados pela medicina medieval, a doença continuaria como uma entidade biológica inespecífica, associada ao mesmo complexo causal que entrecruza evento orgânico, elementos ambientais e cósmicos.

A medicina medieval legou ao século XIX não apenas os principais elementos da descrição clínica da lepra, como também o modelo explicativo da doença, formatada pela teoria neo-hipocrática, que estabeleceu um quadro etiológico onde se agregavam diferentes fatores na relação entre corpo e meio ambiente, como a permeabilidade do organismo e o equilíbrio dos humores. O conceito de doença no mundo medieval esteve profundamente marcado pela noção de decomposição orgânica, a própria representação do corpo constituído por substâncias corruptíveis, os humores, reforçou esta imagem da ameaça de seu constante desequilíbrio e corrupção.²⁷ E a lepra foi, por excelência, a moléstia que sintetizou a equivalência entre doença e degeneração orgânica no mundo medieval e, por ocasião de seu

²⁶ Id., ib., p. 57-65.

²⁷ Id., ib., p. 18.

ressurgimento na Europa, poderemos observar que a doença estava ainda formatada por muitos dos elementos que constituíram este *constructo*. A lepra na primeira metade do século XIX era uma doença provocada pela perturbação dos humores, cuja natureza e grau da *discrasia*²⁸ caberia ao médico determinar. O já conhecido tema da corrupção dos humores para o acometimento da lepra combinará diferentes elementos, somará as novas referências da medicina às ameaças de fatores como clima, alimentação, topografia, estações do ano ou qualidade do ar.

1.2 Da discrasia do sangue ao micróbio: a Noruega e as novas bases para o estudo da lepra

*“La ‘tare de génération’ était, pour les chirurgiens du moyen-âge, l’une des causes principales de la lèpre. Lorsque le fléau décrut en Occident, la notion d’hérédité passa au premeier plan. Quant à l’idée de contagion, elle ne se conserva vivace que dans lês régions exotiques ou lês chirurgiens-navigants avaient, chaque jour sous lês yeux dês exemples irrécusables de as réalité”.*²⁹

(Ed. Jeanselme)

Foi somente no século XIX que a Europa teve um novo encontro com a lepra, não porque a doença tenha de fato desaparecido completamente de seu cenário sanitário, mas sua permanência circunscrita apenas a alguns pontos do continente contribuiu para a crença em sua eliminação a partir do século XVI. Aos poucos a lepra deixara de ser objeto dos estudos

²⁸ A palavra discrasia vem do grego ‘dyskrasia’, onde ‘disà’ significa ‘sem’ e ‘crasia’ ‘mescla’. Na medicina hipocrática, a saúde era concebida como a mistura equilibrada dos humores, isto é, como uma ‘eyctasia’. Ao conceito de ‘eyctasia’, a harmonia na natureza do homem, opunha-se a ‘dyskrasia’. A doença seria, portanto, a mudança desta natureza, que resultava no desequilíbrio dos humores. LAÍN ENTRALGO, Pedro. *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza Editorial, 1970.

²⁹ JEANSELME, Édouard. *La Lèpre*. Paris: G. Doin, 1934. p. 269.

médicos, este fato pode ser creditado ao seu recuo na Europa, que teria desestimulado novos estudos sobre a doença. De certa forma, a convicção da lenta eliminação da lepra, creditada especialmente ao sucesso das medidas administrativas com a organização das leprosarias, pode nos ajudar a compreender esta aparente estabilidade conceitual do modelo da doença. Substituída pela tuberculose no quadro epidemiológico europeu³⁰, até as duas décadas finais do século XIX a doença continuou sendo explicada por um conjunto complexo de hipóteses que tentava dar conta de sua etiologia e transmissibilidade.

Apesar de considerara uma doença completamente desaparecida da Europa, a lepra persistiu de forma endêmica na Península Ibérica, Itália, Grécia, Rússia meridional e Escandinávia.³¹ Dentre os países europeus, embora a Noruega possuísse as estatísticas de maior incidência, a lepra não era tratada como um sério problema de saúde pública, não merecendo nenhuma ação especial por parte do governo. Foi somente a partir da década de 1820, quando a economia norueguesa se viu afetada pela conjuntura da guerra napoleônica, é que a questão da lepra tornou-se significativa, sendo alvo de um conjunto de medidas que visavam não apenas combater a doença, mas melhorar a situação sanitária da população rural.³²

Segundo Rosen, no período entre 1750 e 1830 foram lançadas as bases do movimento sanitário do século XIX e o impacto das profundas transformações políticas e econômicas, advindas do Iluminismo e da Revolução Industrial, forneceriam o seu substrato. Reformadores sociais levantavam-se para questionar os custos sociais do industrialismo e do crescimento urbano, colocando a saúde coletiva e o bem-estar da sociedade na pauta política dos governos.

³⁰ Uma das muitas hipóteses para o declínio da lepra seria o avanço da tuberculose na Europa e o possível antagonismo entre as duas doenças. Segundo esta teoria a tuberculose e a lepra, por terem como agentes etiológicos que pertencem à família das micobactérias, tem características antigênicas próximas, o que promoveria uma concorrência entre os dois microorganismos. Cf. RUFFIE e SOURNIA, 1984, p.142. Ver também BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 34.

³¹ SANSARRICQ, 1995, p. 24.

³² IRGENS, Lorentz M. Leprosy in Norway: an interplay of research a public health work In *International Journal of Leprosy*, 1973, 41 (2):189.

O movimento pela reforma sanitária se efetivará em propostas e ações diferenciadas, adotadas em países de toda Europa, onde cada governo procurava levantar os males que mais afligiam sua população pobre e adaptar às condições locais preceitos que se tornaram uma bandeira internacional pela saúde pública. Esta tendência fica evidente em ações como a produção de enquetes, censos e estatísticas sanitárias; estudos sobre as condições de trabalho e as doenças decorrentes de determinadas ocupações; a melhoria das condições de prisões e manicômios; a construção de dispensários, asilos e hospitais ou a introdução de melhorias no abastecimento de água e sistema de esgoto. O industrialismo e o crescimento urbano acentuavam as já precárias condições de vida da população pobre, exigindo medidas mais contundentes para preservação da saúde coletiva, o que transformaria a saúde pública e a necessidade de uma ampla reforma sanitária em questões de enorme relevância política para os governos na segunda metade do século XIX.³³

A política adotada pelo governo norueguês deve ser compreendida dentro desta conjuntura, que convertera não apenas a saúde pública, mas também a miséria em que a maior parte dos trabalhadores rurais vivia numa questão sanitária. O caso da Noruega reveste-se de aspectos singulares, já que aliou importantes elementos da simbologia política do país, agregando questão sanitária e nacionalismo político. Temática bastante recorrente na historiografia sobre história da saúde pública, a idéia de que a manutenção do bem-estar coletivo é um dever do Estado introduziu a saúde da população no quadro das políticas públicas. O estabelecimento das prioridades na formulação destas políticas públicas e o conseqüente investimento material na sua execução indicam-nos o peso, real e simbólico, que determinada doença reveste-se socialmente. Como veremos, a luta contra a lepra na Noruega foi prontamente assumida pelo Estado e adquiriu o status de cruzada pela melhoria das

³³ ROSEN, 1994, p. 109-218. Ver também FOUCAULT, Michel. A política de saúde no século XVIII In _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. p. 193-207 e FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social In _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. p. 79-98. Sobre os resultados humanos da Revolução Industrial ver HOBBSAWM, Eric J. Os resultados humanos da Revolução Industrial In _____. *Da Revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1986. p. 74-100.

condições de vida da população camponesa, entrelaçando a doença, discurso nacionalista e construção simbólica da nação.

Em conseqüência das guerras napoleônicas, em 1814 a Noruega foi unificada à Suécia, depois de 434 anos de domínio dinamarquês. Este ato permitiu que o país adquirisse o estatuto de nação independente, com governo próprio, Constituição e representação política independente, além do direito de cobrar impostos.³⁴ Este foi um período em que a Noruega conheceu um forte apelo nacionalista, onde o campesinato norueguês emergiu como uma importante força política, transformado em objeto de interesse do Estado e alvo de ações que visavam convertê-lo no alicerce desta nova nação independente. Para tanto, tornava-se fundamental um maior conhecimento dos graves problemas enfrentados por esta parcela da população, o que conduziu a um grande interesse pela saúde pública, tanto por parte das autoridades como dos médicos.³⁵

A crise econômica e o nacionalismo trouxeram o camponês e suas dificuldades para o centro da arena política, a busca da melhoria da qualidade de vida deste novo personagem tornou-se uma questão relevante para a Noruega e chamou atenção para um grupo pequeno, mas significativo da população rural: os leprosos. A situação deste grupo foi exposta pela primeira vez com o relatório do pastor do Hospital São Jorge, de Bergen, J. E. Welhaven, publicado em um jornal médico em 1816. A descoberta de que a lepra era prevalente em grandes regiões do país foi trazida à atenção pública, ganhando também destaque outras doenças epidêmicas, permitindo que o governo desenvolvesse ações voltadas para estes doentes.³⁶ Como veremos, a política adotada pelo governo norueguês no combate às mazelas do campesinato foi orientada sob duas perspectivas: a necessidade de um conhecimento mais

³⁴ Cf. <http://www.noruega.org.br/> acesso em 15/01/2006.

³⁵ TORRES, 2002., p. 122; IRGENS, 1973, p. 190 e _____. Hansen, 150 years after his birth, the context of a medical discovery. In *International Journal of Leprosy*, 1992, 60(3):466-7.

³⁶ Id., ib., loc. cit.

profundo dos problemas desta população, com a produção de censos e relatórios, e a percepção da urgência de soluções.

Em 1832 o médico J. J. Hjort foi encarregado pelas autoridades norueguesas de viajar por vários distritos para relatar a extensão e gravidade do problema da lepra, devendo também indicar o que poderia ser feito para melhorar as condições de vida dos leprosos. Hjort foi incapaz de quantificar, com precisão, os doentes de lepra, mas constatou a necessidade de aumentar o número de leitos para o seu tratamento. A política implementada pelo governo norueguês de reconhecer a lepra como um problema de saúde pública, de investigar a realidade dos leprosos no país e buscar métodos eficazes para seu controle, teve como primeiro resultado a fundação do hospital Lungegaard, em Bergen, em 1849, sendo nomeado como médico chefe Daniel C. Danielssen. Com capacidade para acolher 90 pacientes de lepra, o hospital rapidamente converteu-se num centro de pesquisa da etiologia, dos sintomas e da epidemiologia da lepra.³⁷

A fundação deste hospital representou o primeiro compromisso financeiro feito pelo governo no combate à lepra, cuja principal finalidade era a pesquisa e o desenvolvimento de métodos eficazes para o tratamento da doença. A perspectiva e a amplitude da política implementada pelo governo norueguês para o controle da lepra podem ser dimensionadas pela diferença entre os hospitais Lungegaard e o S. Jorge, que funcionava como um centro regional de tratamento de lepra para a parte ocidental da Noruega, região onde a doença era especialmente prevalente. O hospital de São Jorge, fundado no início do século XV junto a um monastério, foi descrito por Welhaven em seu relatório como “*um cemitério para leprosos vivos.*”³⁸ Ao contrário, a fundação do hospital Lungegaard congregava os diferentes aspectos que a instituição hospitalar assumira no século XIX, não mais um espaço de assistência aos desvalidos, mas um instrumento terapêutico destinado a curar e espaço exclusivo da prática

³⁷ Id., ib., loc. cit.

³⁸ Cf. Vogelsang, Th. M. The Termination of Leprosy in Norway: a important chapter in Norwegian medical history; together with a portrait of Armauer Hansen circa 1873. In *International Journal of Leprosy*, 1957, 25(4):345

médica. Desta forma, o hospital se constituiu como o local de produção de um conhecimento baseado na observação e na experimentação, da doença e do doente.³⁹

Dada a magnitude que o problema assumira no país, as autoridades norueguesas implementaram uma série de ações que visavam o reconhecimento da real dimensão da lepra e a adoção de medidas para o seu controle. Este programa de controle da lepra estruturou-se a partir da realização de censos sobre a doença em 1836, 1845 e 1852.⁴⁰ Além disto, o governo norueguês estabeleceu em 1854, após verificar o incremento do número de leprosos, o cargo de ‘*Médico Chefe para Lepra*’, a quem competia a coordenação central e a administração do trabalho de combate à lepra. As medidas de controle a nível local foram confiadas aos ‘*Distritos de Saúde*’, assistidas pelas ‘*Comissões de Saúde*’. Estas comissões foram estabelecidas em 1856, nos distritos onde a lepra fora detectada, sendo compostas de membros dos ‘*Conselhos do Distrito*’, que tinham detalhado conhecimento das condições sanitárias de cada região.⁴¹

Em 1856, o Real Decreto autorizou a fundação do Registro Nacional de Lepra da Noruega. Este Registro foi uma das mais importantes medidas na política de combate à lepra implementada pelo governo, possibilitando que a pesquisa e o controle da doença integrassem a mesma ação.⁴² O Registro Nacional de Lepra recolhia e centralizava informações detalhadas sobre os leprosos, permitindo planejar e avaliar as ações do programa de controle da lepra, fornecendo as bases de uma fértil cooperação entre as medidas sanitárias e os estudos epidemiológicos e etiológicos da doença. Outra importante ação do programa de controle norueguês foi a construção de hospitais voltados para o atendimento de doentes de lepra. Entre

³⁹ FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. p. 71-99; Id., *O nascimento do hospital*. In _____, 1984, p. 99-112.

⁴⁰ Segundo Lorentz M. Irgens, os métodos de registro não eram exatos, supondo-se facilmente que o número real de leprosos era muito maior do que o encontrado pelo censo de 1836. Outros censos foram realizados, e as taxas de prevalência foram: 1836, 1/10.000; 1845, 8/10.000; 1852, 11/10.000 . Cf. IRGENS, 1973, p. 190.

⁴¹ Id., *ib.*, 192-3.

⁴² Sobre o Registro Nacional de Lepra da Noruega ver IRGENS, L. M. e BJERKEDAL, T. *Epidemiology of Leprosy in Norway: the history of the National Leprosy Registry of Norway from 1856 until today* In *International Journal Epidemiol*, 1973, 2(1):81-9.

os anos de 1854 e 1861, foram fundados mais três hospitais para abrigar um total de 680 leprosos, somados aos 250 leitos dos hospitais São Jorge e Lungegaard, numa realidade onde o número total de pacientes de lepra jamais excedeu a 3.000.⁴³

Diana Obregón ressalta que os “*elementos fundamentais do controle da lepra na Noruega foram seu caráter local, democrático e holístico.*”⁴⁴ Ao analisarmos o modelo adotado pela Noruega no combate à lepra, devemos levar em consideração os dois aspectos fundamentais que o moldaram, por um lado a conjuntura política e, por outro, a compreensão que se tinha da doença. Como a própria autora observa, foi o contexto cultural nacionalista que elegeu o camponês e seus problemas como foco de uma ação privilegiada.⁴⁵ Doravante, convertido no alicerce de uma nação independente, as condições de vida do campesinato deixam de ser uma questão individual para instituir-se como um problema coletivo, sua saúde torna-se um problema político. Conseqüentemente, a lepra, uma das doenças mais freqüentes desta parcela da população, transforma-se numa questão sanitária relevante, impondo ao governo a adoção de medidas imediatas. Por outro lado, o programa de controle norueguês foi forjado numa perspectiva onde o contágio não estava definido como causa única da doença e a lepra não parece ter se constituído numa fonte especial de estigma, como havia sido vivenciada pelo imaginário cristão medieval. Podemos considerar que foi a população campesina com seus problemas sociais e econômicos, especialmente após o fim das guerras napoleônicas, que estabeleceram a lepra como uma questão sanitária.⁴⁶

Devemos compreender a lepra e a política norueguesa para seu controle a partir destes elementos que são indissociáveis, o sistema de conhecimento médico e o conceito da doença

⁴³ IRGENS, 1973, p. 192 e _____. Hansen Jubilee Symposium. In *International Journal of Leprosy*, 1992, 60(3):467.

⁴⁴ TORRES, 2002, p. 124.

⁴⁵ Id., ib., p. 125.

⁴⁶ Na bibliografia consultada não encontramos nenhuma referência especial à lepra ter sido uma fonte de estigma, o combate à doença fez parte de uma política mais ampla de recuperação das condições econômicas e, conseqüentemente, da saúde população campesina. A hospitalização dos doentes na Noruega era opcional e, ainda assim, nos casos de internamento, o isolamento era bastante relativo e os doentes tinham liberdade de movimento.

que era experimentado pela sociedade norueguesa. A lepra era uma das doenças que afligiam a população rural e, conforme ressaltamos, não parece ter sido especialmente temida. É sobre este *constructo* que irá se edificar a ação do governo, que somente se altera a partir das descobertas de Hansen, quando a doença será combatida sob novas bases.⁴⁷ A partir de 1875, quando Hansen se torna médico chefe, verifica-se alterações na condução do programa de controle à lepra, com a defesa de uma segregação mais rigorosa. Hansen considerava que o direito da comunidade estava acima do indivíduo, justificava o isolamento em termos autoritários e advogava a utilização da força como medida necessária no caso dos leprosos que não demonstravam preocupação com a população saudável.⁴⁸

O programa de controle adotado pelo governo Norueguês partia do princípio que a lepra era uma doença hereditária, ainda que não houvesse consenso entre os médicos em torno de sua etiologia. Devemos lembrar que na primeira metade do século XIX a hipótese hereditária tornara-se bastante aceita, esta teoria estava colocada no amplo leque dos defensores do anticontagionismo que “*enfatizavam a importância de estudar a predisposição do corpo e do ambiente para o surgimento da doença.*”⁴⁹ A historiografia sobre a lepra aponta alguns fatores que teriam contribuído para este quadro, mas é unânime em considerar o papel destacado exercido pelas pesquisas de Danielssen e Boeck. A teoria hereditária conviveu durante todo século XIX com diferentes hipóteses que procuravam explicitar a causalidade da lepra a partir de fatores diversos como a promiscuidade sexual, ausência de higiene e civilização, hábitos alimentares, fim do isolamento compulsório com o recuo da doença na

⁴⁷ O Comitê Médico do Ministério da Saúde propôs, em 1851, uma série de medidas de controle da lepra, tais como a fundação de instituições de assistência no lugar de hospitais de pesquisa, com isolamento sexual dos internos e a proibição do casamento de leprosos e seus descendentes. Estas medidas baseavam-se no princípio de que a lepra era uma doença incurável e hereditária. O isolamento sexual dos leprosos e a proibição de casamento para seus descendentes seriam medidas preventivas que conteriam a transmissão da doença. Ainda que sob o pressuposto de sua incurabilidade, esta proposta gerou intenso debate, especialmente quanto a proibição de casamento para leprosos, sendo rejeitada pelo Parlamento sob o argumento de excesso de rigor e de que feria a liberdade individual. Cf. IRGENS, 1973, p. 192.

⁴⁸ PANDYA, Shubhada S. The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. In *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2003, vol.10, suppl.1, p. 166.

⁴⁹ CZERESNIA, 1997, p. 64.

Europa, deficiência de alimentação e habitação adequada, além da influência exercida por costumes sociais diversos.⁵⁰ O período em que a teoria hereditária gradualmente avançou, tornando-se a hipótese preponderante no meio médico até a segunda metade do novecentos, foi também o momento em que Danielssen iniciava suas pesquisas no hospital São Jorge, em Bergen.⁵¹

Em 1847, Daniel C. Danielssen, médico chefe do Hospital São Jorge e C. W. Boeck, professor de dermatologia da Faculdade de Christiania, publicam juntos o tratado ilustrado *Om Spedalsked (Um estudo da Lepra)*. O trabalho, baseado em larga experiência clínica dos leprólogos noruegueses e no estudo anátomo-patológico da doença, é composto por litografias que mostram não somente o aspecto dermatológico e ocular do processo, mas também as vísceras e gânglios intra-abdominais comprometidos pela lepra.⁵² Danielssen reconheceu nos

⁵⁰ Cf. ROGERS, Leonard e MUIR, Ernest. *Lepra*. Minas Gerais: Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 1937. p. 55-61.

⁵¹ Ackerknecht destaca também que, na primeira metade do século XIX, o anticontagionismo alcançou o ápice da elaboração, da aceitação e da respeitabilidade científica. O contagionismo, cuja expressão material eram as quarentenas, tornara-se uma velha teoria identificada com o controle burocrático, cuja revisão era motivada pelo rigor científico e pelo espírito crítico. Não por acaso muitos dos principais anticontagionistas eram cientistas proeminentes. Para eles esta era uma luta pela ciência, contra as autoridades atrasadas e o misticismo medieval; pela observação e a pesquisa e contra o sistema e a especulação. ACKERKNECHT, H. E. 1948. Anticontagionism between 1821-1867. *Bulletin of History of Medicine*, 1948 (22):562-93. Este trabalho de Ackerknecht, produziu uma análise clássica sobre o debate etiológico das doenças no século XIX, em torno de dois pólos opostos e incommunicáveis, os contagionistas e os anticontagionistas. Esta posição de Ackerknecht vem sendo revista por trabalhos mais recentes, que argumentam que há um exagero na oposição entre contagionistas e anticontagionistas. Diversos autores, como Charles Rosenberg e Margaret Pelling, tem revisto esta controvérsia, reexaminando-a sob novas perspectivas e alertando para os exageros desta oposição. Segundo Pelling, a complexidade do debate sobre doenças epidêmicas no século XIX não pode ser enquadrado no simples confronto de visões opostas, nem no conflito anticientífico e científico, mas segundo o contexto epistemológico geral, na especial relação entre ciência e política na conjuntura do movimento de saúde pública e na freqüente ausência de diferenças teóricas reais entre as visões sustentadas. Margaret Pelling sustenta ainda que Ackerknecht exagerou quanto a resistência do anticontagionismo na Inglaterra. Segundo Christopher Hamlin, nenhum dos dois, contagionismo e anticontagionismo, eram incompatíveis ou essencialmente opostos; a disputa real dava entre predisposição e causa imediata da doença. Esta polêmica ainda não está encerrada, recentes estudos têm contribuído para elucidar novos aspectos desta questão. Cf. HEAMAN, E. A. The rise and fall of Anticontagionism in France In *Canadian Bulletin of Medical History*, 1995, 12 (1), p. 3-25. Sidney Chalhoub faz um pequeno balanço desta polêmica, utilizando este debate para pensar varíola e a vacinação antivariólica no Rio de Janeiro, na segunda metade do século XIX. Cf. CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia da Letras, 1996. p. 168-80.

⁵² YOSHIE, Yoshio, Advances in the Microbiology of M. leprae in the past century. In *International Journal of Leprosy*, 1973, 41(3): 361 e QUIROGA, Marcial I. *Lepra: passado y presente*. Buenos Aires: Lopez Libreros Editores, 1974. p. 94. Em 1847 Danielssen e Boeck publicaram uma monografia impressa e, mais tarde, uma edição francesa premiada. A monografia é dividida em duas partes principais: a primeira descreve de forma

tecidos, “(...) a ‘célula leprosa’, chamada mais tarde de ‘célula de Virchow’, com lipóides ou proteínas modificadas, característica do infiltrado lepromatoso na forma grave de baixa resistência à infecção.”⁵³ Neste trabalho, Danielssen e Boeck definem a lepra como uma entidade patológica, discutem seus sinais clínicos e anatômicos em detalhe, caracterizam as formas polares – nodular e anestésica, além de descreverem e comentarem as observações epidemiológicas do período.⁵⁴ É importante lembrar que, nesta época, a anatomia patológica se reduzia, em grande parte, ao que se podia ver a olho nu ou ao microscópio e, sem o emprego de corantes eletivos dos elementos histológicos, a estrutura dos tubérculos leprosos era pouco conhecida. Baseando-se na análise química do sangue, em conformidade com o conhecimento médico e o modelo cognitivo do período, Danielssen e Boeck consideraram a lepra como uma *discrasia*.⁵⁵ Para os médicos noruegueses a causa da lepra estava na “(...) albumina e a fibrina em excesso contida no líquido sanguíneo, depositando-se na trama da pele e mucosas, nos parênquimas, nas meninges e nos centros nervosos haveria os múltiplos acidentes que caracterizam a lepra.”⁵⁶

Para compreendermos o significado da doença na primeira metade do século XIX é importante analisarmos a estrutura conceitual de que faz parte. Como observa Rosenberg, cada geração de médicos procura entender o mecanismo secreto de manifestação da doença, limitada pelos materiais intelectuais disponíveis em cada período. Desta forma, para ‘enquadrarmos’ a lepra no período em estudo devemos considerar que o conhecimento médico disponível não formara uma percepção unificada da causa das doenças, esta hipótese não se

detalhada e crítica a literatura anterior sobre lepra e, a segunda, seus próprios resultados, com documentação e discussão. O livro teve uma fundamental importância para a pesquisa subsequente sobre lepra e os autores em pouco tempo foram reconhecidos como autoridades no assunto. R. Virchow expressou, em 1864, que os trabalhos anteriores conhecidos eram de pouco interesse científico comparados a esta monografia. Cf. IRGENS, Leprosy in Norway: an interplay of research an public health work. In op. cit., p. 191.

⁵³ Id., ib., p. 194.

⁵⁴ Id., ib., p. 191.

⁵⁵ Sobre conceito de *discrasia* ver nota 27 do tópico 1.1 *Lepra: a mais velha das doenças ...*

⁵⁶ JEANSELME, 1934, p. 58.

constituía numa possibilidade real.⁵⁷ No início do século XIX, o significado da lepra partilhava do legado da concepção hipocrática da patologia humoral, onde saúde e doença eram estados do corpo que estavam relacionados ao equilíbrio, a alteração deste equilíbrio poderia se dar pela ação de causas externas ou internas. Segundo Rosenberg, no início do século XIX o corpo era visto, “(...) *metaforicamente, como um sistema de interações dinâmicas com o seu ambiente. Saúde e doença resultavam da acumulativa interação entre constituição física e circunstância ambiental.*”⁵⁸ Este equilíbrio do corpo, que é a garantia da saúde, é constantemente açodado em sua relação com o meio – clima, alimentação, qualidade do ar, etc –, bem como pelas exigências inerentes ao desenvolvimento humano – menstruação, menopausa, dentição, puberdade.⁵⁹

Em consonância com seu tempo, Danielssen e Boeck conferem a diferentes aspectos, como o meio físico, alimentação e costumes, um papel relevante na etiologia da lepra. No caso específico da Noruega, a prevalência da doença poderia facilmente ser explicado pelo conjunto de características individuais de sua geografia, clima e hábitos de seu povo. Os autores identificam e listam estas peculiaridades como o clima frio e brumoso, a habitação ao fundo das gargantas profundas (fjordes), certos alimentos tais como peixe e pássaros do mar e, de uma maneira mais geral, “(...) *a um nascimento defeituoso, à oxigenação insuficiente do sangue dos camponeses noruegueses que vivem em casas hermeticamente fechadas durante o inverno boreal.*”⁶⁰ A multicausalidade das doenças, expressa no trabalho de Danielssen e Boeck, se prolongará num debate acalorado até as décadas iniciais do século XX, baseava-se num “(...) *modelo inclusivo de corpo, saúde e doença. Este modelo, anti-reducionista, era*

⁵⁷ FARLEY, John. Parasites and the germ theory of disease. In ROSENBERG, Charles E. *Framing disease: Illness, Society and History* In: ROSENBERG, Charles E.; GOLDEN, Janet (Ed.). *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press. 1992. p. 33

⁵⁸ ROSENBERG, Charles E. The therapeutic Revolution: medicine, meaning, and social change in nineteenth-century America. In: _____. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992. Explaining epidemics and others studies in history of medicine, p. 12.

⁵⁹ Id., ib., p. 13.

⁶⁰ JEANSELME, 1934, p. 59.

capaz de incorporar todos os aspectos da vida humana na explicação de sua condição física.”⁶¹ Neste amplo quadro etiológico, a hereditariedade da lepra desempenharia um papel importante, ainda que não exclusivo:

“O que deve sobretudo chamar a atenção, dizem, é o modo como ela [a lepra] propaga-se atravessando as gerações. Observa-se esta singularidade que a doença, não somente cruza algumas gerações, mas também que ela se apresenta na segunda e quarta geração com uma maior intensidade que na primeira e na terceira... Bastante freqüentemente a “spédalskhed” cruzava as segundas e terceiras gerações e ela reencontrava-se na quarta onde espalhava-se em todas as direções, para assim dizer, com uma nova energia.”⁶²

Para Danielssen e Boeck, a hereditariedade da lepra era comprovada pela existência de casos que afetavam não apenas os ascendentes e descendentes diretos, mas também os parentes colaterais do doente, ainda que afastados. Seguindo este raciocínio, dentre os 213 casos internados no Hospital São Jorge, em Bergen, 189 tinham leprosos em suas famílias; em 24 casos a lepra seria ‘*espontânea*’.⁶³ Para os leprólogos noruegueses, a idéia do contágio não se comprovava em nenhum dos casos diariamente observados na clínica médica, corroborando a hereditariedade da doença. Apesar desta proposição, Danielssen e Boeck defendiam o isolamento dos leprosos, não pela possibilidade de contágio, mas pela convicção hereditária. O isolamento seria o único meio de impedir que leprosos transmitissem a lepra aos seus descendentes.

“A ‘spédalskhed’, (...), foi freqüentemente considerada como uma doença contagiosa, mas entre a multidão de ‘spédalsques’ que nós

⁶¹ ROSENBERG, 1992a, p. 18.

⁶² DANIELSEEN et BOECK. *Traité de la Spédalskhed ou Eléphantiasis des grecs* Apud JEANSELME, 1934, p. 58-9.

⁶³ Segundo Jeanselme, por lepra ‘*espontânea*’ os autores entendiam a manifestação da doença em pessoas originárias de áreas não endêmicas. Segundo o autor, estes casos ocorriam em pessoas que, após ter residido um longo tempo em regiões onde a doença era prevalente, retornavam a seus países de origem, onde a lepra manifestava-se vários anos após este retorno. *Id., ib., p. 59.*

temos diariamente convivido, não há um só exemplo que o mal se tenha estendido por contágio; (...) é também, em verdade, uma felicidade para o nosso país que a 'spédalskhed' não seja contagiosa; porque se fosse de outra forma, ela teria sacrificado um número bem maior de vítimas. De acordo com as nossas observações, podemos apenas negar o contágio da 'spédalskhed'."⁶⁴

Segundo Rogers e Muir, a teoria da hereditariedade teve o seu mais poderoso apoio no relatório do *Royal College of Physicians*, de Londres, elaborado em 1862, a pedido do Secretário de Estado para as Colônias. Realizado por uma comissão especial, onde nenhum dos membros tinha conhecimento direto sobre o assunto, o relatório foi produzido a partir de uma série de questões enviadas aos médicos das colônias inglesas e das Índias. Dos 250 questionários enviados apenas 50 foram respondidos, todos das colônias, concluindo que "(...) a lepra não era contagiosa ou transmissível para pessoas sadias pela proximidade ou contato com o doente e que não havia razão que justificasse quaisquer medidas para segregação compulsória de leprosos."⁶⁵ Em 1865, quando todas as respostas foram recebidas, a maioria originária da Índia, a Comissão declara que a visão anticontagionistas de seus membros tinha sido fortalecida pelos últimos questionários.⁶⁶ O relatório da Comissão conclui:

*"As poucas provas que foram consideradas em sentido contrário ou se apóiam em observações imperfeitas ou estão registradas com tão pouca atenção nos detalhes necessários que nem afetam a conclusão acima, a saber, que a doença nunca é transmissível porém 'a lepra é, na essência, uma desordem constitucional indicativa de uma caquexia ou alteração das condições do sistema geral.'"*⁶⁷

Os autores observam ainda que o relatório do Real Colégio de Médico não só conclui pelo anticontagionismo da lepra e, tal como Danielssen e Boeck, descreveram a doença como

⁶⁴ DANIELSEEN et BOECK Apud Id., ib., loc. cit.

⁶⁵ ROGERS e MUIR, 1937, p. 71.

⁶⁶ Id., ib., p. 72.

⁶⁷ Id., ib., loc. cit.

uma *discrasia* do sangue. Este primeiro estudo epidemiológico internacional sobre a lepra teria conseqüências não só sobre a discussão acerca da transmissibilidade hereditária da lepra, como também sobre as medidas de isolamento dos leprosos, que seriam desaconselhadas com base em seus resultados.⁶⁸ A presunção de que a causa da doença seria a hereditariedade teria orientado as conclusões deste relatório, bem como as de outra enquête, realizada em 1867 pelo governo inglês, com todos os médicos das colônias. A conclusão do comitê, encarregado de analisar a volumosa correspondência, foi de que a lepra não era uma doença contagiosa. Em 1872, nova pesquisa foi realizada na Índia por membros do Real Colégio, reafirmando mais uma vez a não contagiosidade da lepra e reafirmando sua hereditariedade.⁶⁹ Como destaca Obregón, um dos aspectos interessantes a ser ressaltado sobre o impacto destes levantamentos que seriam realizados nas colônias ao longo da segunda metade do século XIX é a forma como suas conclusões eram apreendidos na discussão entre contagionistas e anticontagionistas. Com exemplo temos o trabalho dos médicos Rogers e Muir que, baseado nos mesmos relatórios recebidos pela Comissão da Índia e que embasara sua orientação anticontagionista, foram capazes de enquadrar tais documentos em sua posição favorável ao contágio.

Grande parte dos médicos noruegueses concordava com a hipótese defendida por Danielssen e Boeck de que a lepra era uma doença hereditária, embora o contagionismo tivesse também seus adeptos. No entanto, mesmo entre os partidários de diferentes teorias havia uma concordância geral pela necessidade de investigações científicas adicionais. As muitas incertezas em torno da etiologia e transmissibilidade da lepra estimulavam a realização de pesquisas e o levantamento de dados epidemiológicos, tendo o governo norueguês

⁶⁸ TORRES, 2002, p. 126. Em seu livro Rogers e Muir afirmam que as conclusões deste Relatório teriam incrementado a incidência da lepra não somente nas colônias inglesas, onde houve a revogação de todas as leis que afetavam a liberdade individual dos leprosos, como também em outras possessões européias. ROGERS e MUIR, 1937, p. 72.

⁶⁹ Sobre a Comissão da Índia de 1891 ver *1.3 Sem bacilo não há lepra!* ZAMBACO PACHA, Démétrius Al. *La lèpre a travers les siècles e les contrées*. Paris: Masson & Cie Editeurs, 1914. p. 712 -3. Em 1866, um ano depois da publicação do relatório do Real Colégio, o Dr. Macnamar, do Serviço Médico das Índias, “*fez uma interessante análise das conclusões submetidas ao Colégio pelos relatórios vindos daquele país, na qual mostrou que, das 86 contribuições revelando algum conhecimento da doença, 36 desposavam a teoria da contagiosidade, somente 24 eram contrários e 26 duvidosos (...)*.” ROGERS e MUIR, 1937, p. 72.

estabelecido fundos para o financiamento destas atividades. Para esclarecer a etiologia da doença levou-se em conta importantes estudos epidemiológicos, dentre eles uma longa pesquisa sobre a lepra entre imigrantes noruegueses nos Estados Unidos.⁷⁰ Assim, após a segunda metade do século XIX vemos um grande avanço nas pesquisas sobre a lepra, ensaios de inoculação da doença no homem e em animais foram realizados. Em 1844 houve a primeira tentativa de transmissão experimental da doença, quando Danielssen inocula-se com um pedaço de leproma e, a partir de 1873, Hansen inicia tentativas de cultivo artificial do bacilo.⁷¹ A experimentação em humanos foi uma prática bastante recorrente no final século XIX, ainda que mais freqüentemente observada em prisioneiros e na população pobre que recorria aos hospitais, também encontramos relatos de inoculação em cientistas.⁷² No início do século XIX os cientistas realizaram inúmeros experimentos para provar suas hipóteses etiológicas, muitos se auto-inoculavam como forma de corroborar seus pontos de vista. Danielssen não só se inoculou como também o fez em voluntários, obtendo sempre resultados negativos. Segundo Ackerknecht, o surpreendente é que quase todas estas experimentações falharam na tentativa de produzir a doença e, conseqüentemente, acabaram por reforçar a crença no anticontagionismo.⁷³

Foi nesta conjuntura, onde a lepra instituiu-se como um problema de saúde pública e o governo norueguês investiu grandes recursos financeiros e materiais para o seu combate,

⁷⁰ IRGENS, 1973, p. 193. Focos de lepra foram constatados entre imigrantes noruegueses nos Estados Unidos, em particular nos estados de Minnesota, Wisconsin, Iowa, Illinois e Dakota. Certos imigrantes já apresentavam lepra na Noruega, outros haviam desenvolvido a infecção após sua chegada na América. Em Minnesota haviam ocorrido 7 casos da doença em crianças nascidas nos Estados Unidos, filhas de pais imigrantes; e somente um caso foi constatado na terceira geração. Jens Andreas Holmboe foi aos Estados Unidos em 1863, Boeck em 1869 e Hansen em 1887 estudar o lugar da epidemiologia da lepra entre os colonos noruegueses. Cf. LECHAT, M. F. L'epidémiologie de la lèpre au cours des 100 dernières années. In *International Journal of Leprosy*, 1973, 41(3):299-300.

⁷¹ Em 1879 Hansen inoculou material de nódulo leproso de um paciente que sofria de lepra lepromatosa no olho de uma mulher que sofria de lepra tuberculóide, tendo sido o resultado negativo. Pela experiência não ter sido autorizada pela paciente, Hansen foi obrigado a renunciar do cargo de médico do Hospital de Lunggaard, mantendo-se como Médico Chefe para Lepra da Noruega, cargo que ocupava desde 1875. Cf. TORRES, 2002, p. 135-6.

⁷² Id., ib., p. 135.

⁷³ ACKERKNECHT, 1986, p. 568.

estimulando a pesquisa sobre sua etiologia e terapêuticas mais eficazes, que podemos compreender as investigações de Armauer Hansen. Por outro lado, além da conjuntura científica favorável na Noruega, outros elementos devem ser considerados para mapearmos o estabelecimento da hipótese bacilar da lepra, especialmente os avanços das pesquisas que procuravam relacionar microrganismos e doenças. O contexto sanitário europeu, especialmente as recorrentes ondas epidêmicas de cólera entre 1830 e 1860, encorajara a especulação sobre o *contagium vivum*.⁷⁴ Não só a natureza transmissível das doenças, como também sua causa relacionada a um agente específico, fez parte da pauta científica da segunda metade do século XIX e ganhou um considerável impulso neste período.⁷⁵

Hansen graduou-se como médico da Universidade de Oslo em 1866 e foi interno do Hospital Universitário por aproximadamente um ano. Foi em 1868, após passar alguns meses como médico nas ilhas Lofoten, um distrito de pesca no norte da Noruega, que Hansen iniciou seus estudos sobre lepra. Trabalhou também no principal centro de pesquisa de Bergen, o hospital de Lungegaard, num período em que o debate etiológico sobre a doença era a questão de maior relevância. Lorentz Irgens chama atenção ainda que o trabalho de C. L. Drognaat-Landré, publicado em 1869 e intitulado *De la contagion seule cause de la propagation de la lèpre*, baseado em material da Guiana Holandesa, parece ter exercido uma influência considerável nas pesquisas de Hansen. Conforme demonstraria Landré em seu trabalho, a alegada influência hereditária da lepra se fazia sentir com mais força na linha colateral do que na direta, com menor intensidade na segunda e quarta gerações do que nas mais estreitamente próximas, o que contrariava as leis da herança.⁷⁶ Em 1872, Hansen escreveu que este livro havia atraído sua atenção pela falta de estudos adequados na Noruega sobre a

⁷⁴ PELLING, 1993, 326. Sobre período de grandes epidemias ver também ROSEN, 1994, p. 203-10.

⁷⁵ Sobre a era bacteriológica e seus principais marcos ver Id., ib., p. 219-52.

⁷⁶ ROGERS e MUIR, 1937, p. 64.

comunicabilidade da lepra, esta indicação explicaria em parte como Hansen chegou à sua hipótese de trabalho.⁷⁷

A primeira publicação de Hansen sobre a lepra foi em 1869, quando apresentou uma definição geral patológica da doença, descrevendo detalhadamente sua ação nos diferentes órgãos.⁷⁸ Suas observações constituíram-se em trabalho pioneiro neste campo, assumindo um valor corretivo aos estudos de Danielssen, que identificara como lepra determinadas manifestações de tuberculose nos órgãos afetados pela doença. Hansen concluiu neste trabalho que a lepra era uma doença específica, representando uma entidade nosológica com etiologia claramente definível, e não uma doença sistêmica ou uma degeneração resultando de várias causas.

Em 1870 Hansen passou um ano em Bonn e Viena, sua viagem destinava-se a adquirir conhecimentos básicos em anatomia patológica e microscopia.⁷⁹ Ao retornar à Noruega, Hansen prosseguiu suas investigações sobre lepra em uma área ocidental do país, que apresentava uma incidência elevada da doença, bem como no hospital de Lungegaarden, onde se tornou médico assistente. Hansen apresentou os resultados destas investigações em um artigo que submeteu, em 1872, à Associação Médica Norueguesa em Christiania, que tinha concedido sua bolsa de estudos para pesquisa.⁸⁰ Neste trabalho o médico norueguês discutiu pela primeira vez a etiologia da lepra, contrário à teoria hereditária Hansen defendeu ser esta uma doença infecciosa e crônica. Corroborando esta posição, Hansen registra ter encontrado em 210 casos, apenas 51 doentes que tinham parentes leprosos em linha direta de ascendência, apesar dos freqüentes casamentos recíprocos em pequenas comunidades isoladas, concluindo

⁷⁷ IRGENS, 1973, p. 193. Em 1869, Drogant-Landré publicou este trabalho onde apresentava as muitas observações sobre a transmissibilidade da lepra, salientando que os europeus adultos infectados tinham vivido, em sua grande parte, em relações íntimas com negros e que as crianças européias ficavam expostas ao contágio com os nativos leprosos por negligência de seus pais. Cf. ROGERS; MUIR, 1937, p. 72.

⁷⁸ Id., ib.,loc. cit.; YOSHIE, 1973, p. 361.

⁷⁹ Viena era, desde a década de 1840, o pólo de consolidação da dermatologia como especialidade clínica e um importante centro de ensino médico.Cf. BENCHIMOL, Jaime; SÁ, Magali Romero de (orgs.). *Dermatologia & Micologia*. Adolpho Lutz, Obra Completa, volume I, livro 3. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 48-9.

⁸⁰ YOSHIE, 1973, p. 361.

que raramente há algum parentesco entre leprosos.⁸¹ O que Hansen afirmava é que a teoria da hereditariedade não podia explicar os casos conhecidos e documentados de lepra e, como tal, reforçava suas conclusões demonstrando a ausência de novos casos de lepra entre os filhos de noruegueses emigrados para a América e entre os numerosos parentes dos que foram asilados em Bergen a partir de 1856.⁸²

Este estudo contém uma avaliação crítica da discussão que estava sendo travada no meio médico sobre a lepra, mas Hansen não considerava ainda que suas pesquisas patológicas fossem suficientes para provar ser a lepra uma doença contagiosa.⁸³ Desde 1871, Hansen detectara nas preparações frescas e sem coloração pequenos bastonetes retilíneos que eram destruídos pela adição de potássio, o médico os considerava como bacilos específicos da lepra.⁸⁴ Mas foi neste trabalho de 1872, apresentado à Sociedade Médica de Christiania, que Hansen mencionou pela primeira vez a descoberta de formações de bactérias em nódulos leproso, apresentando as primeiras descrições do agente causal da lepra. O artigo tratava principalmente da natureza epidemiológica da lepra, sua argumentação baseava-se em informações do Registro Nacional de Lepra e mostrava que o número de casos novos da doença declinou mais rapidamente nos distritos em que a isolamento dos pacientes nos hospitais tinha sido consistentemente reforçado. Ao final da publicação Hansen mencionou que tinha observado bactérias semelhantes a hastes, e indicava que se assemelhavam às ilustrações das bactérias publicadas anteriormente por E. Klebs.⁸⁵

⁸¹ ROGERS; MUIR, 1937, p. 65.

⁸² Id., ib., loc. cit.

⁸³ Id., ib., p. 194; IRGENS, 1973, p. 193.

⁸⁴ JEANSELME, 1934, p. 60.

⁸⁵ IRGENS, 1973, p. 194. Edwin Klebs, (1834-1913) era assistente de Rudolf Virchow, foi professor de patologia em Zurique (1872 e 1892) e, a partir de 1896, no Rush Medical College, em Chicago. É conhecido para suas muitas observações originais de patologia de doenças infecciosas. Realizou pesquisas sobre tuberculose, malária, antraz e sífilis, descreveu o bacilo da difteria e o tifoide, embora não tenha demonstrado serem estes bacilos os causadores destas doenças. O bacilo da difteria é conhecido também como o bacilo de Klebs-Löffler. Cf <http://www.bartleby.com/65/kl/Klebs-Ed.html>/ Acesso em 16/05/2006.

Segundo Diana Obregón, o trabalho de Hansen não tivera um grande impacto no cenário científico internacional até a disputa pela ‘descoberta’ do bacilo da lepra com o dermatologista alemão Albert Neisser. O dermatologista visitou a Noruega em 1879, onde realizou observações clínicas de numerosos pacientes de lepra e recebeu vários tecidos leprosos de Hansen. Ao retornar a Breslau fez detalhados exames microscópicos deste material e, utilizando técnicas desenvolvidas por Carl Weiger e Robert Koch, pode apresentar uma descrição mais detalhada do bacilo que a apresentada por Hansen. Neisser indicou haver observado bacilos em grande número em todas as partes de pele e de nódulos examinados, bacilos similares estavam presentes no fígado, baço, nódulos linfáticos, córnea e mais abundante nos testículos.⁸⁶ Foi esta a tônica do trabalho apresentado por Neisser em 1879, a publicação do resultado de suas pesquisas suscitou uma reação imediata de Hansen para assegurar sua prioridade científica.⁸⁷

Mas, foi sem dúvida o sucesso das medidas adotadas na Noruega para o controle da lepra que elevará Hansen à categoria de maior autoridade sobre a doença. Nomeado, em 1875, médico chefe para lepra, Armauer Hansen alterou o programa de modo a permitir o isolamento dos pacientes, os dados epidemiológicos do Registro Nacional de Lepra mais uma vez serviram de suporte às ações de controle da doença. Hansen considerava que o isolamento que vinha sendo praticado na Noruega em alguns casos era ilusório, prova disto é que apesar do número de casos de lepra decrescer, isto não ocorria tão rapidamente quanto o esperado. Opondo-se à hospitalização voluntária dos leprosos, que em muitos casos permitia uma intensa movimentação dos doentes, Hansen colocou em práticas medidas mais rigorosas,

⁸⁶ YOSHIE, 1973, p. 363.

⁸⁷ TORRES, 2002, p. 130. Sobre a disputa científica entre Hansen e Neisser ver Id., ib., p. 129-31 e FITE, George L. e WADE, H. W. The contribution of Neisser to the establishment of the Hansen bacillus as the etiologic agent of leprosy. In *International Journal of Leprosy*, 1955, 23(4):418-28. No panorama da disputa científica pela descoberta do agente etiológico da lepra, Fite e Wade fazem uma interessante distinção na forma como os dois cientistas abordaram a questão da lepra. O interesse de Neisser no microorganismo como o agente etiológico da doença era uma atitude que não existia em Hansen, sua relativa inatividade no estudo dos bacilos nos cinco anos após seu relatório de 1874 é considerado fator decisivo para seu artigo de 1880, de nenhuma importância científica. Por outro lado, Neisser possuía um interesse nos micróbios como agentes causadores da doença, impulso que não existia em Hansen. Id., ib., p. 426.

como o isolamento em hospital de pacientes cujas condições físicas gerais eram relativamente boas.⁸⁸

Um das principais características do programa norueguês de combate à lepra foi o seu forte aparato legal, a confiança do governo nos resultados das atividades de pesquisa tornou possível aprovar leis que forneceram suporte às medidas consideradas necessárias para o controle da doença.⁸⁹ Em 1877 foi aprovada uma lei para o sustento dos leprosos pobres, esta lei não só proibia sua entrada em salas regulares dos hospitais como também previa a hospitalização daqueles que não tivessem condições de manter-se.⁹⁰ Uma nova lei foi aprovada em 1885 e determinava que todos os pacientes de lepra deveriam ser isolados, inicialmente em suas próprias residências, em quartos separados e, quando não fosse possível, seriam hospitalizados, se necessário com a ajuda da polícia.⁹¹

“Em consequência do trabalho de Armauer Hansen tornou-se geralmente aceito que a lepra era uma doença contagiosa. Embora isto tenha encontrado expressão na legislação norueguesa se assumiu ainda que o perigo do contágio era muito pequeno e que o contato íntimo num período longo era necessário para a comunicação da doença. O isolamento imposto na Noruega era conseqüentemente relativamente suave. Os pacientes de hospital tiveram plena liberdade de movimento, mas tinham que passar a noite no hospital.”⁹²

Os resultados obtidos com as medidas de controle adotadas tornaram a Noruega um ícone do combate à lepra e um dos mais importantes centros de estudos, competindo com uma outra realidade que se desenhava nos impérios coloniais e que produziria um outro modelo de

⁸⁸ IRGENS, 1973, p. 195.

⁸⁹ Id., ib., p. 189.

⁹⁰ TORRES, 2002, p. 136.

⁹¹ Segundo Lorentz Irgens, a lei de 1877 foi aprovada com muita oposição, o ato de 1885 deu lugar a um intenso debate nos círculos profissionais. Ainda que se reconhecesse que, na prática as medidas adotadas já haviam sido praticadas anteriormente, significava também um sofrimento a mais infligido aos leprosos. Em contrapartida, Hansen demonstrava que o número de casos diminuía mais rapidamente nos distritos onde a hospitalização era imposta, o resultado foi a aceitação geral da lepra como uma doença contagiosa. Cf. IRGENS, 1973, p.195.

⁹² Id., ib., p. 195-6.

controle da doença. Por outro lado, as pesquisas de Hansen e o sucesso do programa norueguês de combate à lepra não foram capazes de converter o microrganismo na causa principal da doença naquele momento, seria necessário ainda que uma conferência internacional validasse a descoberta do bacilo. A dificuldade de cultura artificial do bacilo impossibilitava a prova experimental do cultivo e o insucesso das tentativas de inoculação do microrganismo dificultou a comprovação da conexão da doença com o *M. leprae*, ampliando o já intenso debate sobre sua etiologia nas duas décadas finais do século XIX.

A Noruega experimentou diferentes modelos cognitivos sobre a lepra ao longo do século XIX, de uma *discrasia* do sangue a um mal parasitário, o conceito da doença sofreu uma profunda descontinuidade. Ao analisarmos mais cuidadosamente o discurso sobre a experiência da lepra no século XIX percebemos dois tipos de testemunhos, em princípio antagônicos, mas que moldarão nossa análise sobre o processo de estruturação da doença. Há o discurso de que o conceito de lepra careceria de uma certa ausência de unidade, a diversidade de teorias e hipóteses científicas sobre sua etiologia teria provocado uma falta de identidade, daí a impossibilidade em apreender a doença dentro de um modelo científico preciso e único no contexto pré-pastoriano. Esta constatação choca-se com uma outra tendência que perceberia a lepra a partir do conceito de permanência. Nesta perspectiva a lepra se configuraria como uma doença cuja principal característica seria sua continuidade simbólica, como se a lepra do século XIX fosse ainda a doença medieval, onde nem mesmo o modelo pasteuriano teria conseguido produzir uma nova identidade. A trajetória da doença não se apresenta de forma progressiva e linear, nem a lepra se constituiu como uma categoria permanente, que teve seu conteúdo alterado a partir da mudança dos paradigmas científicos. Da mesma forma, também não consideramos que tenha havido uma percepção unívoca da doença em cada etapa de sua história, quer seja no contexto pré-pastoriano ou sob a medicina bacteriológica. Novos elementos foram sendo constantemente adicionados ao material simbólico precedente, atualizando invariavelmente o significado social da lepra. Da mesma forma, a rede simbólica que definirá o lugar da doença e do doente em cada sociedade, a

percepção da ameaça que a lepra encerra e os valores a serem agregados ao seu conceito seriam moldados a partir de inúmeras referências que a trajetória da doença incorporaria no século XIX.

Da lepra como alegoria da condição pecadora do homem, que evocava a idéia de punição, à lepra como condição de purificação do pecador, o conceito da doença sofreu um claro deslocamento de seu significado social. Observamos que a lepra provocada por perturbações estruturais do organismo, cuja causa seria uma multiplicidade de elementos, dependente ainda de fatores como a predisposição do doente, à lepra que começa a moldar-se como uma doença unicausal, provocada por um micróbio, também encerrou muitas transformações em sua estrutura discursiva. A lepra '*descoberta*' por Hansen trouxe consigo o legado de uma doença incurável, onde doente e doença partilhavam da mesma dimensão simbólica de perigo para a coletividade. O contágio deixara de ser apenas um risco simbólico para converter-se no elemento que irá agregar novo significado à doença. Mas, podemos observar também as permanências no desenrolar desta história, tanto sob a perspectiva do modelo humoral como do microbiano, a terapêutica da lepra manteve o isolamento como sua principal arma de combate. Ainda que na primeira metade do século XIX a doença não fosse percebida pelos noruegueses com um problema sanitário de maior gravidade ou despertasse um temor relevante, o isolamento era defendido como uma forma de impedir o contato sexual e a procriação dos leprosos. Este quadro recrudescer sob o paradigma bacteriológico, o isolamento converteu-se no principal recurso terapêutico de controle da lepra e o médico do final do século XIX já não relutava tanto em aceitar "*a visão reducionista da doença-entidade com uma causa, curso e patologia únicas*".⁹³

Contudo, o isolamento encerra também uma outra discussão que não apenas a da terapêutica, o discurso que fornece o substrato para esta prática, que unificava contagionistas e anticontagionistas, produziu um outro deslizamento: o mote para tal recurso não estava mais

⁹³ ROSENBERG, 1992a, p. 24.

na hereditariedade, mas no contágio. O discurso médico sobre a lepra neste final do século XIX toma nova forma, o contágio simbólico do pecado, legado da tradição judaico-cristão, dará lugar ao contágio simbólico da falta de civilização, que não poupou nem mesmo os noruegueses no modelo erigido neste país. Sob Danielssen as condições ambientais respondiam por uma pequena parcela dos casos identificados de lepra, a doença seria preponderantemente hereditária. Sob a teoria parasitária defendida por Hansen o risco do contágio foi exacerbado, as más condições de vida da população campesina norueguesa explicariam o fato da doença ser prevalente no país. Mas havia ainda um outro fator, a baixa instrução e uma arraigada convicção religiosa do campesinato, que eram estranhas para o médico norueguês.⁹⁴

Bastante ilustrativa é a análise do juiz norueguês Knut Blom, que estudou recentemente o caso do afastamento de Hansen do Hospital de Lungegaard. Em 1879, Hansen inoculou material extraído de nódulo leproso de um paciente que sofria de lepra lepromatosa no olho de uma mulher, acometida de lepra tuberculóide. A experiência não produziu os resultados esperados pelo médico, ainda que tenha provocado dor e desconforto na paciente. Hansen foi julgado por ter realizado uma experiência sem o consentimento da paciente, sendo obrigado a renunciar de sua posição de médico no hospital Lungegaard. Segundo Blom, os motivos deste afastamento poderiam estar também no rancor que muitos pacientes nutriam pelo médico não apenas pelo seu posicionamento quanto ao isolamento mais rigoroso, mas por sua conhecida posição de que “*os enfermos deveriam ser culpados eles mesmos por contrair a lepra.*”⁹⁵ Parece-nos mais claro que o modelo norueguês não apenas foi um pouco menos democrático do que se defende, apresentando algumas nuances ao longo da segunda metade do século XIX, como marcou alterações pelo que se entendia por lepra neste período, enunciando um dos novos elementos que o conceito da doença passará a congregar: o de civilização.

⁹⁴ TORRES, 2002, p. 131-3.

⁹⁵ Id., ib., p. 136.

1.3 Sem bacilo não há lepra!

*“A metafísica e espiritismo tomam às vezes possessão dos melhores espíritos, e dos cientistas crêem, bem como ao diabo o inferno! A obsessão do micróbio ativo ou latente assombra as imaginações!”*⁹⁶

(Zambaco Pacha)

*“A lepra, doença bacteriana exclusiva do homem, a lepra não nasce nem espontaneamente, nem sob a ação de causas banais qualquer que sejam, ela deriva – lesões e sintomas – da ação toxigenética do bacilo de Hansen e de Neisser, quer no lugar mesmo das lesões, quer nos elementos nervosos que regulam a sensibilidade e trofismo.”*⁹⁷

(Ernest Besnier)

Como vimos, o século XIX marcou um importante momento na história da lepra, a doença voltara a ganhar visibilidade com a política empreendida pelo governo norueguês para o seu controle, que colocara em destaque a permanência de focos endêmicos na Europa. Este movimento fez-se acompanhar também pela crescente pesquisa em torno de aspectos clínicos da doença que não foram completamente descritos até a primeira metade do século XIX. Segundo Hansen, foi somente após o trabalho de Danielssen e Boeck, em 1848, que *“a lepra foi incorporada na categoria das doenças cientificamente investigadas.”*⁹⁸ Os avanços verificados após esta data foram notáveis, em 1863 Rudolf Virchow descreveria a histopatologia da lepra lepromatosa, identificando o granuloma lepromatoso. A descrição completa do bacilo se deu com Hansen, em 1874 e, pouco depois, em 1879, o alemão Albert Neisser comprovaria a presença do bacilo em material leproso. Este grande impulso nas

⁹⁶ZAMBACO PACHA, 1914, p. 708.

⁹⁷BESNIER, Ernest. Role Etiologique. In *Mittheilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-conferenz zu Berlin*. Berlin: Verlag von August Hirschwald, 1897. v 2, p. 325.

⁹⁸ Apud GUSSOW, Zachary; TRACY, George S. Stigma and the leprosy phenomenon: the social history of a disease in the nineteenth and twenty centuries. In *Bulletin of the History of Medicine*, 1970, 44 (5): 432.

pesquisas sobre a lepra foi acompanhado por tentativas de cultivo artificial do bacilo e da transmissão experimental da doença, com ensaios de inoculação da lepra no homem e em animais. No campo terapêutico, em 1854, o óleo de chalmugra foi introduzido na medicina ocidental para o tratamento da lepra, tornando-se, ao lado de seus derivados, o único medicamento disponível para a doença até o advento do Promin, em 1941.⁹⁹

Admitida como uma doença contagiosa durante toda a Antiguidade e Idade Média, a teoria da hereditariedade da lepra tornara-se preponderante durante o século XIX, sobrepondo-se às outras hipóteses que tentavam explicar a causa da doença. A descoberta por Hansen de um bacilo, que seria o agente efetivo da lepra, colocava em xeque a hipótese hereditária, possibilitando também que se chegasse a um tratamento que isolasse os indivíduos sãos daquela que seria a única fonte de contágio da lepra, o próprio doente. Hansen ao apresentar uma causalidade específica para lepra, relacionada ao bacilo que havia descoberto, defendia que se adotassem medidas profiláticas que assegurassem o controle da doença pela segregação do doente.

Integrada à pauta da pesquisa bacteriológica do final do século XIX, a lepra começava a ganhar maior destaque pela sua descoberta em áreas coloniais. O temor da expansão da lepra para além dos limites já conhecidos na Europa, aliada à sua crescente presença no cenário colonial, alimentará um certo alarmismo em relação à doença a partir da década de 1880. Segundo Gussow e Tracy, pequenos focos endêmicos de lepra continuaram a existir na Europa durante todo o século XIX, mas há pouca evidência ou razão para acreditar que isto causava

⁹⁹ A utilização óleo de chalmugra marcou a terapêutica da lepra até o início da experimentação humana com os medicamentos sulfônicos, no leprosário de Carville, Estados Unidos, a partir de 1941. O óleo de chalmugra era obtido a partir de sementes de plantas crescidas na Índia e na Burma, do gênero *Hydnocarpus*. O óleo de chalmugra e seus derivados eram utilizados há vários séculos pela medicina oriental, tendo sido introduzido pelos britânicos na medicina ocidental. Administrado por via oral ou hipodérmica, possuía uma baixa eficácia, tendo de ser utilizado por um largo período para se verificar alguma melhora. A medicação apresentava ainda o inconveniente de efeitos colaterais desagradáveis, administrado por via oral provocava grande enjôo; por via hipodérmica era extremamente doloroso. Cf. LIMA, Lauro de Souza, *Estado atual da terapêutica da lepra*, Ministério da Educação e Saúde, São Paulo, 1953. p. 23-9; TORRES, 2002, p. 177-80 e BENCHIMOL, Jaime et al. *Hanseníase*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2004. p. 53.

uma real preocupação.¹⁰⁰ Foi sua endemicidade em áreas coloniais que fez suscitar a inquietação entre autoridades e médicos, o temor de sua disseminação no ‘*mundo branco civilizado*’ ganharia contornos de uma ameaça pandêmica, alimentando a incessante elaboração de estatísticas e projeções sobre a doença. Imperialismo, migração e xenofobia acabariam por associar a lepra a questões como raça, eugenia, hereditariedade e contágio, fornecendo-nos os elementos necessários para compreensão do conceito da doença nas décadas finais do século XIX.

Entre 1880 e 1914 o mundo conheceu a formação de grandes impérios coloniais, esta nova modalidade de dominação político-econômica foi uma das facetas mais marcantes da economia capitalista, que se globalizara num ritmo alucinante.¹⁰¹ Se a divisão do mundo em áreas de interesse econômico das grandes potências mundiais produziu o fenômeno político imediato da colonização, sua manutenção e conversão em uma fonte rentável de lucro exigiram uma ampla gama de investimentos. E foi neste contexto de expansão da economia mundial, acompanhada pelo crescimento demográfico na Europa e por uma intensa emigração de mão-de-obra em busca de melhores oportunidades nas áreas coloniais, que o problema da lepra emergiu. Na verdade, o surgimento da lepra nas áreas coloniais não foi um fenômeno isolado, novas doenças como a malária, a febre amarela ou doença do sono, e também doenças conhecidas como a febre tifóide e a varíola, se expandiram nos trópicos.¹⁰² A situação sanitária nas áreas coloniais tornou-se uma questão relevante para as nações européias, a alta prevalência de doenças colocou à prova o saber médico vigente e impôs a necessidade de se produzir um conhecimento específico sobre esta região, estratégia necessária para sua conversão em área propícia à presença européia. A lepra esteve integrada a esta conjuntura, ressurgindo como um velho flagelo que assolava as colônias tropicais, ao mesmo tempo em que se produzia uma nova área de conhecimento, “*este escorregadio espaço temático e*

¹⁰⁰ GUSSOW; TRACY, 1970, p. 432.

¹⁰¹ HOBSBAWM, Eric J. *A era dos impérios*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 87-124.

¹⁰² CAPONI, Sandra. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, jan./abr. 2003, vol.10, n.1, p.114.

disciplinar que é o da medicina tropical.”¹⁰³ Sob o ponto de vista de nosso estudo, interessa-nos destacar que a lepra fez parte deste *constructo* científico que se produziu no final do século XIX e que estabeleceu não apenas um protocolo de pesquisa voltado para busca dos agentes patológicos das doenças dos trópicos, como também referendou uma relação intrínseca entre trópicos, doença, raça e civilização.¹⁰⁴

As ações adotadas pelo governo norueguês, tendo como base o isolamento e um forte aparato legal, tornaram-se o ícone de uma política eficaz no combate à lepra. Conforme vimos, na Noruega produziu-se uma experiência de combate à lepra que esteve estreitamente relacionado com o forte nacionalismo que emergiu com a declaração de independência e com a elaboração da Constituição de 1814. A lepra, junto com outras doenças como a sarna, a tuberculose, a sífilis e o raquitismo, estava entre as enfermidades mais freqüentes dos camponeses pobres. Entre 1832 e 1856, cinco censos parciais ou totais da lepra foram realizados e, como conseqüência deste movimento, se fundou o hospital Lungegaard, que além do tratamento funcionava como um importante centro de investigação sobre a doença. Entre 1854 e 1861 vários outros hospitais foram abertos, depois de 1856 o número de casos de lepra declinou rapidamente e, em 1895, a enfermidade havia decrescido tanto que hospitais foram fechados ou convertido em centro de tratamento para outras doenças como a tuberculose.¹⁰⁵ Os resultados alcançados pela política norueguesa de combate à lepra eram dimensionados por dados como este, o fechamento de hospitais de tratamento da doença e a queda de seu índice de incidência no país. Logo, nada mais natural que a Noruega se tornasse um centro de referência para estudiosos da lepra e sua política se transformasse num modelo a ser seguido em outros países onde a doença era prevalente. Mas este seria o grande desafio das autoridades

¹⁰³ Id., ib., p. 118. Sobre a história da medicina tropical ver também WORBOYS, Michael. Germs, Malaria and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: from ‘Diseases in the Tropics’ to ‘Tropical Diseases’ In ARNOLD, David (ed.). *Warm Climates and Western Medicine: The Emergence of Medicine 1500-1900*. Amsterdam/Atlanta: Rodopi, 1996. p. 181-207

¹⁰⁴ Sobre a relação entre lepra e medicina tropical ver também TORRES, 2002, p. 147-51.

¹⁰⁵ TORRES, 2002, p. 122-6.

sanitárias, transformada esta experiência local num padrão, como transplantá-la, sem todos os elementos que formataram seu sucesso, para o mundo colonial?

A solução desta questão viria do mundo colonial, onde emergiria um outro padrão de controle da doença baseada na segregação compulsória dos doentes em grandes leprosários insulares, que garantiriam a proteção da população sã do contato com os leprosos. Esta foi a base do modelo havaiano, cuja compreensão da distinção da experiência norueguesa com a lepra deve ser igualmente analisada como produto das singularidades locais e suas respostas à rápida disseminação da doença. O conjunto de medidas adotadas para o controle da lepra no Havaí foi elaborado em função do alarmante número de casos da doença verificados a partir da década de 1860. No Havaí produziram-se também algumas experiências que se tornariam arquétipos do combate à lepra no final do século XIX: o mito do padre Damien, o experimento de inoculação da lepra no presidiário Keanu e o isolamento na ilha Molokai. A prática de inoculação, freqüente no Havaí desde a epidemia de varíola de 1853, era considerada pelos contagionistas a causa da rápida disseminação da lepra. O médico alemão Edward Arning foi comissionado pela Junta Sanitária Havaiana para realizar pesquisas sobre a lepra, sendo a mais célebre a experiência realizada no presidiário Keanu, em 1884, que teve sua pena de morte comutada à prisão perpétua em troca de submeter-se à inoculação com lepra.¹⁰⁶

A Junta Sanitária, criada em 1850 no Havaí, somente fez a primeira discussão oficial sobre a lepra em 1863.¹⁰⁷ Um ano depois alguns médicos alertavam que a lepra já atingira as

¹⁰⁶ Sobre a controvérsia da experiência de inoculação realizada por Edward Arning ver TORRES, 2002, p. 143-7 e TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas: Unicamp, 2000. p. 59-61. Os casos da morte do padre Damien e o isolamento em Molokai serão tratados mais adiante.

¹⁰⁷ Diana Obregón Torres afirma que a lepra não foi mencionada como uma das enfermidades que afligiam a população do Havaí por ocasião da criação da Junta Sanitária, em 1850. Mas, Gussow e Tracy alertam que o crescimento da doença foi notado em 1850, mas notícias referentes à lepra teriam sido propositalmente omitidas por temor de prejuízos comerciais. Medidas restritivas de emigração foram comuns na maior parte dos países europeus e asiáticos nos séculos XVII e XVIII. Porém, sob a influência da economia liberal, muitas destas medidas foram repelidas na primeira metade do século XIX. O colonialismo requeria uma expansão de força de trabalho barata e, neste período, esta necessidade foi suprida por emigrantes chineses e asiáticos, o que alterou drasticamente o padrão de imigração. Europeus, chineses e indianos vieram aumentar o contato em tais áreas do mundo, como no sudeste da Ásia, nas Índias ocidentais, nos Estados Unidos e África do Sul. GUSSOW; TRACY, 1970, p. 433-4; TORRES, 2002, p. 139-40.

outras ilhas do arquipélago, quando se decidiu realizar um censo sobre a doença e proceder a estudos sobre questões como origem, herança e contágio. A Junta Sanitária aprovou, em 1865, uma lei que assegurava a absoluta reclusão dos leprosos e autorizava a fundação de um hospital para o tratamento dos pacientes em estágio inicial da doença. Para estes foi construído o hospital de Kahili, que também funcionava como um lugar de detenção temporária para os casos mais avançados, cujo confinamento definitivo se daria em Molokai.¹⁰⁸ Segundo Tronca, “*Molokai marcou profundamente a história da lepra ao transformar-se numa espécie de ícone inspirador das políticas públicas voltadas para o combate à doença.*”¹⁰⁹ A ilha de Molokai agregará importantes elementos que contribuiram para estabelecer a experiência nacionalista norueguesa e a colonialista havaiana como modelos contrapostos de combate à lepra. Mas de comum, tanto o modelo norueguês quanto o havaiano, partiram do pressuposto da incurabilidade da lepra e estabeleceram o isolamento como a principal medida profilática e a percepção da impropriedade dos hospitais para o tratamento e controle da doença. Nos dois modelos houve um redimensionamento do papel a ser assumido pelo hospital, na proposição terapêutica para uma doença que a medicina imputava como incurável, houve sua substituição pelos leprosários, cujo perfil diferenciava-se por proporcionar mais do que recursos terapêuticos, mas o recolhimento e a segregação do doente.

A lei de 1865, aprovada pela Junta Sanitária para conter o avanço da lepra, “*redundou na segregação de milhares de portadores ou supostos portadores do bacilo de Hansen.*”¹¹⁰ O isolamento compulsório, promovido pela legislação, era agravado ainda pela situação precária do transporte dos doentes e pela miserável condição de vida na colônia insular, que tornavam alta a taxa de mortalidade em Molokai, produzida não pela lepra, mas pela disenteria.¹¹¹

¹⁰⁸ Id., ib., p. 139-40. De 1866 a 1905, mais de 5.800 indivíduos, a maioria deles havaianos nativos, foram enviados a colônia de leprosos de Molokai. Os casos de lepra na colônia aumentaram, entre 1870 e 1894, de 0,867% a 1,188% do total da população do Havaí. Comparado com a incidência da lepra na Noruega, que foi de 0,23% no ano de pico de 1856, pode deduzir-se que era alta a incidência da lepra no Havaí. Id., ib., loc. cit.

¹⁰⁹ TRONCA, 2000, p. 86.

¹¹⁰ BENCHIMOL; SÁ, 2004, p. 63.

¹¹¹ TORRES, 2002, p. 142.

Segundo Obregón, os havaianos rechaçavam a política de segregação imposta aos leprosos por considerá-la desnecessária e tirânica. Por outro lado, os ocidentais percebiam esta atitude dos havaianos como um ignorante desprezo aos seus temores e condenavam os hábitos dos nativos.¹¹² Esta questão foi retratada na produção científica deste período, os trabalhos sobre lepra utilizavam geralmente os dados epidemiológicos provenientes das colônias e reforçavam não apenas a hipótese contagionista, mas estabeleciam também uma relação causal entre doença, trópicos e raça.

O trabalho de Leonard Rogers e Ernest Muir, um clássico sobre a lepra, oferece-nos um excelente exemplo desta patologização dos trópicos, do meio físico e da cultura local.¹¹³ Os autores, ao definirem as condições que influenciariam na incidência da lepra, o fazem a partir da realidade que encontram no mundo colonial, não apenas explicando sua incidência nesta área geográfica, mas corroborando uma certa tendência natural para o desenvolvimento da doença. Os elementos que explicariam a predominância da lepra nos trópicos seriam civilização e higiene rudimentares, ‘casas defeituosas’ e super lotadas, promiscuidade geral e sexual, a influência dos maus costumes sociais, ausência total de medo dos leprosos, difusão da lepra pela migração de ‘tribos infectadas’, fechamentos dos leprosários, fim das medidas de segregação, deficiência de alimentação e o hábito de andar descalço.¹¹⁴ Ao listar as causas predisponentes à lepra, Rogers e Muir alertam que a doença seria predominante na África Central, Índia, China Meridional, Malaia, Oceania e América do Sul. Nestas regiões tropicais as condições em que viviam seus paupérrimos habitantes seriam similares às da Europa nos séculos XI a XV, período de maior incidência de lepra. Assim, o clima quente e úmido, aliado a um baixo grau de civilização e costumes reprováveis, explicariam a endemicidade da lepra

¹¹² Id., ib., loc. cit.

¹¹³ Sir Leonard Rogers foi médico da Escola de Medicina Tropical de Londres e professor de patologia do Colégio Médico de Calcutá. Ernest Muir foi chefe das pesquisas sobre lepra na Escola de Medicina Tropical e Higiene de Calcutá.

¹¹⁴ ROGERS; MUIR, 1937, p. 57-60.

nos trópicos e o fato da doença não se difundir em países de clima temperado e ‘*hábitos civilizados*’, mesmo com o retorno de centenas de europeus infectadas das áreas coloniais.¹¹⁵

Na verdade, uma sucessão de fatos teria contribuído para o alarmismo internacional em torno da endemia leprosa no mundo colonial e a ameaça que representaria para a Europa. Se os debates médicos e populares inicialmente tratavam do regresso da doença e a questão do contágio, o problema central rapidamente se converteria na necessidade de conter os contaminados e de isolar a doença no mundo colonial.¹¹⁶ Aos poucos a questão da lepra ocuparia não apenas as publicações médicas, mas também os editoriais dos principais jornais europeus, o temor da expansão da doença transformar-se-ia em motivo de grande inquietação social. Há um certo consenso na historiografia sobre a lepra em apontar a conjunção de uma série de eventos que teriam suscitado este pânico, podemos citar em especial a morte do padre Damien, na colônia de leprosos de Molokai, e a experiência do Dr. Edward Arning no condenado Keanu, ambos no Havaí. Estes episódios teriam sido seguidos por outras notícias que despertaram o alarme da lepra, primeiro na população européia, notadamente a britânica, e depois na americana, como por exemplo, a descoberta de lepra em um irlandês que nunca tinha estado fora do país e num imigrante sueco que tinha cruzado o Atlântico.¹¹⁷

Mas foi sem dúvida a morte, em 1889, do sacerdote católico belga Joseph Damien, que contraiu lepra depois de residir com leprosos na ilha havaiana de Molokai, que exacerbou a exigência de medidas mais rigorosas de segregação dos doentes em suas colônias.¹¹⁸ Como resultado deste clamor internacional temos a criação, em 1889, do Fundo Nacional para a Lepra em memória do clérigo belga e o estabelecimento, em 1891, da Comissão de Lepra da Índia. Esta Comissão foi criada com o objetivo de elucidar importantes questões sobre o

¹¹⁵ Id., ib., p. 57-8.

¹¹⁶ ROBERTSON, Jo. Leprosy and the elusive *M. leprae*: colonial and imperial medical exchanges in the nineteenth century. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2003, vol.10 supl.1, p.24.

¹¹⁷ Id., ib., p. 14.

¹¹⁸ PANDYA, 2003, p. 162.

contágio, hereditariedade e etiologia da lepra.¹¹⁹ A Comissão visitou numerosas localidades na Índia e examinou dois mil leprosos durante cinco meses, ao mesmo tempo estabeleceu relações com médicos civis do governo indiano, que foram interrogados sobre suas opiniões pessoais e experiência relativa à propagação da doença na Índia.¹²⁰ Um outro aspecto pouco divulgado sobre o trabalho realizado pela Comissão de Lepra da Índia envolvia ainda a pesquisa do bacilo da doença. Os membros da Comissão levaram a cabo uma série de investigações bacteriológicas, administraram vacinações experimentais, tentaram o cultivo e realizaram inoculações com animais para investigar a forma de transmissão da doença.¹²¹

Segundo o relatório final da Comissão da Índia, a lepra não poderia ser considerada uma doença hereditária e não havia sido observada nenhuma especial predisposição familiar nos casos estudados. A propagação da lepra pelo contágio foi considerada excessivamente rara, ocorrendo apenas em condições excepcionalmente favoráveis e somente quando verificada uma predisposição do doente. A Comissão da Índia concluiu ainda que, segundo uma classificação científica das doenças, a lepra devia ser vista como contagiosa e incurável, mas ela se propagaria “*apenas de uma maneira excessivamente limitada*”.¹²² Seria a falta de higiene o elemento determinante para expansão da lepra na Índia, aliada a fatores que aumentavam a aptidão do organismo para o contágio da lepra, tais como: miséria, alimentação inadequada e falta de ventilação. Desconsiderando a hereditariedade como causa da lepra e concluindo por sua limitada capacidade de contágio, a Comissão da Índia avaliava que não

¹¹⁹ Foram designados para Comissão Beaven Rake, George Buckmaster e Alfred Kanthack; as pessoas nomeadas da Índia foram o cirurgião-geral Barclay e o cirurgião-geral S. J. Thompson. A Comissão deixou a Inglaterra no dia 23 de outubro de 1890, terminou suas pesquisas em 1891, mas seu relatório foi publicado apenas em 1893. Cf. Jo Robertson, op. cit., p. 31. Sobre os objetivos da Comissão, ver PANDYA, 2003, p. 17; TORRES, 2002, p. 152-3; ROGERS; MUIR, 1937, p. 74-5 e GUSSOW e TRACY, 1970, p. 435; e ZAMBACO PACHA, 1914, p. 631-2.

¹²⁰ ZAMBACO PACHA, 1914, loc. cit..

¹²¹ A comissão chegou a anunciar triunfalmente que havia isolado e cultivado tecido leproso, tendo revisto esta posição. Sobre a Comissão de Lepra da Índia e o cultivo do bacilo ver ROBERTSON, 2003, p. 31.

¹²² ZAMBACO PACHA, 1914, p. 638.

havia evidências suficientes para a manutenção de medidas como a segregação ou a proibição de casamento entre leprosos.¹²³

O Relatório da Comissão da Índia foi analisado por um comitê especial instituído pelo Fundo Nacional para a Lepra, que contestou suas conclusões, “*especialmente seu conceito não infeccioso e sua política de oposição ao confinamento.*”¹²⁴ A rejeição deste relatório nos dá a medida da expectativa internacional em torno do trabalho empreendido pela Comissão da Índia, mais uma vez esperava-se que esta fosse uma pesquisa definitiva que viria aplacar a reivindicação internacional em torno de medidas eficazes de contenção da lepra. As conclusões da Comissão da Índia seguiam a mesma tendência do relatório do Real Colégio de Médicos, apresentado em 1862. Ambos os trabalhos opunham-se à tendência contagionista que vinha ganhando terreno com a redescoberta da lepra nas colônias. Mas, enquanto o primeiro trabalho tivera um acolhimento discreto por parte da comunidade médica, o segundo produziria uma grande discussão. O que mudara fora a conjuntura da produção do relatório de 1893, onde a lepra já não era mais desconhecida ou apenas uma vaga lembrança dos tempos medievais, ressurgira no contexto médico embalada por novos conteúdos, tornara-se uma doença das colônias tropicais que ameaçava a Europa.

Ainda que rejeitado o Relatório da Comissão da Índia, a questão da lepra já havia se tornado um problema sanitário internacional, aos poucos ganhava espaço nas publicações científicas e nas principais associações médicas da Europa. Em 1884 ocorria o VIII Congresso Internacional de Ciências Médicas, realizado em Copenhague. Neste evento Hansen apresentou uma memória sobre a etiologia e patologia da lepra, na seção de Dermatologia e Sifilografia. O informe sobre o Congresso, publicado no *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, observa que, apesar do interessante trabalho apresentado por Hansen, a discussão não fora muito entusiasmada. Para o médico francês T. Barthélemy, o que tornara o debate pouco concorrido era o fato de tratar-se de uma doença relativamente pouco conhecida,

¹²³ Id., ib., p. 636.

¹²⁴ TORRES, 2002, p. 152.

pouco familiar aos ouvintes daquela seção.¹²⁵ Apenas um ano após este Congresso, houve a primeira discussão sobre o contágio da lepra na Academia de Medicina de Paris, mas apenas no final desta década a lepra seria definitivamente incluída em seus debates. Além do relativo desconhecimento sobre a lepra, é importante também lembrar que Hansen não era ainda um nome de destaque internacional, somente a descoberta do bacilo não havia lhe conferido maior evidência no cenário científico. Seria necessário que diversos fatores concorressem, especialmente o temor da disseminação da doença, para que o médico norueguês fosse aclamado como a maior autoridade científica sobre a lepra na 1ª Conferência Internacional sobre a doença, em 1897.

Em 1887, E. Besnier apresenta a memória *Sur la lèpre. Nature, Origines, Transmissibilité, Modes de Propagation et Trasmision*. Nesta memória o dermatologista francês já sustentava que a lepra já não era apenas uma lúgubre lembrança do passado ou simplesmente um objeto de estudo dos médicos das colônias, a cada ano os médicos franceses do hospital Saint-Louis admitiam leprosos de diversas proveniências. Segundo Besnier, a questão da lepra tornara-se uma das mais graves e mais urgentes que a medicina daquela época deveria resolver. Aos médicos franceses não cabia mais apenas orientar os seus compatriotas em viagem às colônias sobre os perigos que se expunham em contatos com os leprosos destas regiões. Em face da ameaça que a lepra se convertera era necessário expor o ponto de vista francês da profilaxia da doença e, de fato, assumi-la como um problema sanitário nacional. Para o médico, a lepra era uma doença específica, de causa bacilar, mas não era constantemente contagiosa e certas regiões eram mais favoráveis que outras à germinação de seu agente patogênico.¹²⁶ Besnier defendia que:

“Não é no ar, no sol, nas águas, nos alimentos, que se pode colocar, neste momento pelo menos, o princípio da lepra; é no indivíduo, no

¹²⁵ BARTHÉLEMY, T. Relations entre la scrofule et la tuberculose. Section de Dermatologie et syphiligraphie du Huitième Congrès International des Science Médicales de Copenhague (10-16 août 1884) In *Annales de Dermatologie et de Syphilographie*. Paris: G. Masson, 1884. Tomo V. p. 627.

¹²⁶ BESNIER, 1897, p. 803.

leproso, que somente pode, em todos os países, o importar e o propagar, assim como somente o sífilítico é capaz de comunicar a sífilis. A doença é ligada não aos países, mas aos homens; indubitavelmente ela é influenciada, no seu desenvolvimento, pelas condições das regiões, dos climas, das raças; ela é favorecida pelas dificuldades, a miséria, as privações; mas os leprosos, morrendo, a leva com ela para o túmulo.”¹²⁷

Este debate prolongou-se no ano seguinte e incorporou os principais fatores que colocavam contagionistas e anticontagionistas em campos opostos, não apenas no que dizia respeito à causalidade da doença, mas também quanto à sua terapêutica e o papel a ser desempenhado pela clínica médica e pela bacteriologia no controle da doença.¹²⁸ Assim, a última década do século XIX pode ser considerada o ápice do processo de construção da lepra como um problema sanitário internacional, moldada por duas experiências singulares de combate à doença. Conforme analisamos, a lepra, que fora considerada completamente desaparecida da Europa desde o século XVI, voltara a ganhar destaque com a política implementada pela Noruega para a melhoria das condições de vida do campesinato. Este momento coincidiu com a emergência do problema nos territórios coloniais, especialmente no Havaí, onde a erupção da lepra tinha implicações diferentes da doença na Noruega. Segundo Gussow e Tracy, a lepra no Havaí esteve marcada por elementos que comporão a forma moderna das atitudes ocidentais para com a doença, isto é: identificou uma população estrangeira inteira, neste caso trabalhadores assalariados chineses, como uma fonte contaminada pela lepra. A experiência havaiana com a lepra foi o primeiro esforço moderno sistemático de quarentena em larga escala, de pessoas doentes ou suspeitas de ter lepra e serviu de alerta aos colonizadores europeus, especialmente os britânicos, da possibilidade real

¹²⁷ Id, iib., loc. cit.

¹²⁸ BROCCQ, L. La discussion sur la contagiosité de la lèpre a l'Academie de Médecine. In *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Paris: G. Masson, 1888. Tomo IX. p. 536-51 e 648-55. Esta discussão prolongou-se pelo ano seguinte, instalando na Academia de Medicina de Paris um intenso debate sobre a contagiosidade da lepra, colocando nomes como Le Roy de Méricourt e o professor Hardy, defendendo a hereditariedade da doença e Henry Leloir, E. Vidal e o professor Cornil favoráveis ao contágio.

e potencial de difusão da lepra em territórios europeus e possessões por toda a parte do mundo.¹²⁹

Por outro lado, para compreendermos as diferentes nuances que assumiu a discussão sobre a lepra na Noruega e Hawai, a execução das políticas públicas e o estabelecimento de uma estrutura de cuidado médico aos doentes, é fundamental levar em conta o processo de definição da doença nestas duas realidades. Segundo Rosemberg, as negociações envolvendo as definições e as respostas para doenças são complexas e possuem várias camadas que incluem não só elementos cognitivos, mas respostas institucionais e políticas públicas, além do ajuste de indivíduos e suas famílias ao processo de nomeação da doença. Como sabemos, na Noruega a lepra fora tratada num conjunto de medidas que visavam a melhoria das condições de vida do campesinato, havia a consciência de que na discussão sobre sua etiologia a pobreza e as más condições sanitárias que afetavam população pobre contribuía para sua alta incidência da doença. Em função destas variáveis se estabeleceu no país uma estrutura de tratamento e de pesquisa sobre a lepra, configurando um modelo exemplar de cooperação entre pesquisa e ações de saúde pública. No Hawaí se formataria uma realidade diametralmente oposta, as rigorosas medidas de combate à lepra, que foram estabelecidas a partir de 1865, foram ações isoladas e na medida exata das necessidades do empreendimento comercial que se estabelecera nas colônias tropicais. O isolamento dos leprosos no Hawai assumira o caráter de proteger a mão de obra local, a população branca e evitar qualquer restrição econômica à região. Desta forma, o isolamento em Molokai se estabeleceu apenas como forma de exclusão da população leprosa do convívio social e não se integrava a nenhuma outra medida sanitária de contenção da lepra.

Entre torno da experiência norueguesa e da realidade das colônias foi-se esboçando uma nova conjuntura, a lepra aos poucos se transformava de lembrança longínqua, numa doença temida e uma ameaçava à civilização. A doença não era mais apenas da colônia e seus

¹²⁹ Cf. GUSSOW; TRACY, 1970, p. 433.

nativos, mas também dos europeus que viviam nestes territórios. Para a população européia, a ameaça da lepra materializava-se nos imigrantes das áreas coloniais e nos europeus que retornavam doentes e colocavam em risco o bem-estar da sociedade branca. O alarmismo que se instalava na Europa associava-se também à experiência adquirida com o combate a outras doenças que emergiram com a exploração imperialista.¹³⁰ A forte demanda feita em editoriais de jornais de língua inglesa, a partir do episódio da morte do padre Damien, para que as autoridades coloniais segregassem os leprosos, foi lentamente aliviada durante os trabalhos da Comissão de Lepra, nos anos de 1890 e 1891.¹³¹ No entanto, a questão da lepra já ganhara domínio público, havia uma exigência por medidas práticas e eficazes de controle da doença. As diversas comissões instituídas na esperança de oferecer resposta à questões como a causa, o modo de transmissão e as medidas mais adequadas a serem adotadas para solução do problema tiveram resultados insatisfatórios.

Na Noruega, a descoberta da lepra como um problema de saúde da população rural foi acompanhada de uma gama de medidas que integraram a formulação de uma política de combate à doença. Para tanto o governo norueguês produziu o recenseamento nacional dos leprosos em diferentes ocasiões, estas pesquisas epidemiológicas foram acompanhadas pela fundação de hospitais para o tratamento da doença, que se constituíram em centros de pesquisa dos aspectos clínicos e patológicos da lepra. O sucesso da política norueguesa de combate à lepra havia gerado um modelo a ser seguido, mas eram grandes as dificuldades de transplantá-lo para o mundo colonial, onde era cada vez mais alta a incidência da lepra. Por outro lado, às críticas à violência da segregação compulsória, imposta aos leprosos no Havaí, somava-se às dificuldades operacionais que envolviam a adoção de tais medidas. A tarefa de aplicar

¹³⁰ Na análise incisiva da '*leprofobia*' que se instalou no século XIX na América branca, Gussow e Tracy discutem que sua inspiração seria o racismo. Em um país que estava sofrendo uma transformação demográfica pela imigração, a mão-de-obra concorrente foi temida e estigmatizada por americanos brancos. Certas raças e povos, notadamente os chineses e indianos, foram identificados como populações em que a lepra era prevalente. No caso dos chineses a identificação com a lepra foi de tal forma que, a partir de 1882, foram proibidos de imigrar para os Estados Unidos. Cf. GUSSOW; TRACY, 1970, p. 116; PANDYA, 2003, p. 163.

¹³¹ PANDYA, 2003, p. 163-4.

medidas como as tomadas no Havaí era incompatível com o empreendimento colonial, sob a égide de uma economia liberal e internacional. E ainda, segundo Gussow e Tracy, o modelo de saúde pública que combinava segregação e isolamento fora elaborado para uma população local, combinada com outras medidas de controle formuladas pelo governo, politicamente inadequadas para serem aplicadas numa massa estrangeira imigrante.¹³² Dois outros aspectos relevantes devem ser ainda considerados, as despesas para manutenção de colônias de isolamento e os conflitos com os nativos. Devemos lembrar que não raro a população reagiu de forma violenta à transferência para Kalihi e Molokai, sendo freqüentes os episódios de resistência armada dos casos suspeitos de lepra.¹³³

Não eram poucas as vozes discordantes vindas de médicos com larga experiência nas colônias que refutavam o contagionismo. A descoberta de Hansen carecia de provas, tanto do papel patogênico do bacilo quanto do enigma de sua transmissão. O bacilo de Hansen não se converteu de imediato na causa única da lepra, a validação da hipótese bacilar ainda estava por ser feita. Faltava uma prova experimental do cultivo e inoculação do microorganismo, como estabelecia os postulados de Koch, a verificação experimental era necessária para conexão entre bacilo e doença e a comprovação da natureza infecto-contagiosa da lepra. A descoberta do bacilo por Hansen marcara, sem dúvida, a história da doença, mas não trouxera nenhuma consequência prática para o seu controle. Mais do que o bacilo foi o mundo colonial e o temor do ressurgimento da lepra na Europa que forneceram a sustentação à hipótese bacteriana, que o laboratório ainda não produzira. A descoberta de Hansen carecia para muitos de base suficiente para comprovação científica.

“(...) essa grande descoberta veio fora de tempo: os espíritos não estavam preparados para recebê-la e por isso foi acolhida com indiferença e descrença. Virchow chegou a contestá-la, dizendo que

¹³² GUSSOW; TRACY, 1970, p. 437-8.

¹³³ Souza Araújo relata as inúmeras revoltas ocorridas no Havaí contra o isolamento compulsório de leprosos e suspeitos da doença. Cf. SOUZA ARAÚJO, Heráclides César. *A lepra*. Estudos realizados em 40 países (1924-1927). Rio de Janeiro, Typ. do Instituto Oswaldo Cruz, 1929. Sobre o herói leproso Koolau ver WATTS, 2000, p. 102-3.

tais bastonetes eram simples cristais de ácido graxo. Esta indiferença levou Amauer Hansen a interromper as suas pesquisas, por vários anos, só as retornando em 1879, por ocasião da visita de Albert Neisser a Bergen, onde foi verificar o tal bacilo de Hansen de que Danielssen se referia com tanto desdém.”¹³⁴

Os dados clínicos oriundos das colônias tanto serviam à argumentação contagionista quanto à anticontagionista, não raro as mesmas informações epidemiológicas embasavam diferentes conclusões quanto à etiologia da lepra. Mas, foi o material simbólico resultante da experiência medieval da Europa com a lepra, atualizado pelo significado social que a doença adquire no mundo colonial, que conferiu à esta enfermidade o status de ameaça sanitária. Neste contexto, questões como racismo, xenofobia e civilização atualizarão o conceito da doença, produzindo uma rede simbólica que redefinirá não apenas seu significado, mas lugar da doença e a percepção de seu perigo em cada sociedade. Desta forma, o debate travado durante a 1ª Conferência Internacional sobre Lepra, em 1897, nos oferece um momento ímpar de análise deste processo de formulação de novos conteúdos e significados para a doença. Este evento foi o ápice de uma conjuntura que conferiu visibilidade à lepra, mas também impôs um redimensionamento da medicina e da sociedade frente à doença.

Dada às dimensões globais do imperialismo, os problemas sanitários das colônias tornaram-se uma grande preocupação para os governos europeus. As Conferências Sanitárias Internacionais, reunidas para discutir o combate à cólera, além das conferências reunidas para debater aspectos científicos de doenças específicas, tinham se tornado uma característica anual do cenário médico europeu e da América no Norte.¹³⁵ Da mesma forma, como resultado do

¹³⁴ SOUZA ARAÚJO, Heráclides César. Etiologia da lepra. Causa determinante: o *M. leprae*, sua morfologia e biologia. In *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*. 1938, 2 (2):207.

¹³⁵ PANDYA, 2003, p. 163. A internacionalização da questão sanitária ganhou um grande destaque no século XIX, especialmente quanto à controvérsia e a transmissão das doenças infecciosas. O aumento do comércio e a melhoria dos transportes impunham que medidas para prevenção de doenças transmissíveis fossem assumidas como um esforço de cooperação internacional. Em 1851 se reuniu a Primeira Conferência Sanitária Internacional, em Paris. Sobre as tentativas de uma organização internacional de saúde ver ROSEN, 1994, p. 212-5. Por outro lado, os congressos médicos podem ser entendidos também sob duas diferentes perspectivas, como resultado do processo da especialização e profissionalização da medicina, que teria fomentado a criação de associações profissionais e a realização destes encontros científicos, e como uma forma de diálogo entre poderes públicos e

processo de avanço de casos nas colônias e o crescente temor de sua importação pela Europa, houve uma internacionalização da questão da lepra.¹³⁶ A idéia da realização de um congresso internacional para tratar da adoção de medidas profiláticas contra a lepra surgiu em 1895, quando o médico francês Jules Goldschmidt e o inglês Albert Ashmead, propuseram-na a Armauer Hansen. Goldschmidt e Ashmead partilhavam da crença na hipótese contagionista da lepra, para eles este congresso teria como objetivo determinar as medidas a serem tomadas para conter a lepra endêmica e prevenir sua exportação aos países livres de tal problema. Segundo esta proposta, tal congresso seria composto apenas de delegados oficiais e não haveria espaço para discussões científicas sobre a bacteriologia, a patologia e o tratamento de lepra. Nesta proposta, a questão da cura da doença era apenas secundária.¹³⁷ Por seu lado, o dermatologista dinamarquês Edvard Ehlers, igualmente adepto da teoria contagionista, buscava a formação de uma liga internacional contra lepra e propunha também uma conferência internacional, mas em outros moldes. Ehlers defendia que sua realização devia ter por objetivo discutir todos os aspectos da lepra, tanto as questões científicas quanto as administrativas. Ehlers obteve não só o apoio de dermatologistas alemães, como também o patrocínio do governo alemão imperial para a realização de uma conferência em Berlim.¹³⁸ No embate entre estas duas propostas, Ehlers saiu vitorioso e a 1ª Conferência Internacional sobre Lepra ocorreria em Berlim, em 1897. O evento contou com a presença de quase 180 leprólogos, dermatologistas e cientistas, além de trinta delegados de vários países e a ausência mais sentida no encontro internacional foi da Índia.¹³⁹

medicina, já que pretendiam obter resultados práticos das deliberações tomadas nestes eventos. Cf. ALMEIDA, Marta. Perspectivas sanitárias e representações médicas nos congressos médicos latino-americanos,(1901-1913) In *Horizontes, Bragança Paulista*, 2003, v. 21. p. 37-47.

¹³⁶ PANDYA, 2003, p. 162.

¹³⁷ Id., ib., p.166-9.

¹³⁸ Id., ib., p. 170.

¹³⁹ Id., ib., loc. cit. A Índia foi a grande ausência da Conferência, o governo britânico também não enviou delegado oficial, mas seus interesses foram representados por Phineas Abraham. O proeminente dermatologista de Londres, nascido na Jamaica, incumbiu-se de mostrar as desvantagens da segregação forçosa de leprosos, segundo o médico, o conhecimento da etiologia da doença era incompleto, sendo injustificável formular políticas sob esta base. Cf. Id., ib., p. 173.

A grande questão da Conferência foi, sem dúvida, a discussão do bacilo como causa única da lepra e a segregação dos leprosos como elemento principal da política de combate à doença. Se a questão do contágio já se apresentava como um consenso entre os organizadores do evento, a mesma certeza do papel do bacilo na etiologia da lepra não se daria entre figuras ilustres como Virchow, Kaposi e Neumann. Por outro lado, mesmo entre contagionistas não havia concordância em torno das medidas a serem adotadas para conter o avanço da lepra. O grande problema estava na adoção da segregação e na difícil tarefa de conciliar esta medida, uma necessidade aos olhos da Europa, e a realidade das colônias, onde a doença espalhara-se de forma surpreendente. A dificuldade em harmonizar interesses tão díspares tornaria o isolamento compulsório uma ação de complicada administração e de graves conseqüências econômicas.

A Conferência reunira os maiores especialistas sobre a lepra, muitos com larga experiência clínica nas colônias, com o intuito de deliberar sobre sua etiologia e as medidas sanitárias a serem adotadas para impedir sua expansão. Os objetivos da Conferência e a gravidade da questão a ser tratada são expostos pelo dermatologista alemão, Oscar Lassar, ao discursar em nome da comissão organizadora na sessão de abertura:

*“Em contraste com as brilhantes festas da ciência onde se contam por milhares os celebrantes dos progressos da medicina, esta assembléia compõe-se apenas de certo e determinado número de médicos e pesquisadores que se interessam particularmente pelo estudo da morfêia, e dos delegados dos governos interessados em nossas deliberações.”*¹⁴⁰

Coube a Edvard Ehlers, secretário-geral da Conferência, expor a quem se dirigiam as resoluções a serem tomadas naquela Conferência. Para o médico de Copenhague o contágio

¹⁴⁰ LASSAR, Oscar apud GOUVEIA, Hilário. *A morfêia, extrato dos trabalhos da Conferência Internacional de Berlim, realizada em outubro de 1897*. Salvador: Diário da Bahia, 1898. p. 1. Rudolph Virchow, descobridor das células leprosas, foi aclamado presidente da Conferência, como vice-presidentes Oscar Lassar e Amauer Hansen; secretário, Dr. Edward Arning (Hamburgo), Dr. Von Bergmann (Riga), Kim Jon (Washington), Abraham. GOUVEIA, Hilário. Id., ib., p. 4-5.

era a forma de transmissão da lepra e havia sido desta forma que a doença modernamente havia irrompido em levas epidêmicas. Cabia àquela reunião científica “(...) *despertar a opinião da Europa sobre a conveniência de extinguir focos residuais, que nela permaneceram da primeira gravíssima invasão de lepra, e sobretudo impedir que os focos exóticos, cujas faíscas chovem hoje sobre a Europa de todos os lados, possam contamina-la de novo.*”¹⁴¹

Mas, o discurso mais esperado da Conferência era sem dúvida o de Amauer Hansen, credenciava-o como o principal nome do evento a descoberta do bacilo e o sucesso das medidas adotadas na Noruega, já convertidas num modelo de ação sanitária eficiente contra a lepra. Para Hansen o isolamento do leproso apoiava-se em argumentos morais e econômicos, o isolamento era uma medida necessária dado o conhecimento disponível sobre a lepra, aliado a falta de uma terapêutica exclusiva e a baixa eficácia dos medicamentos disponíveis.¹⁴² Porém, foi Albert Neisser quem encerrou de forma categórica a questão sobre a importância do isolamento na profilaxia da lepra e o papel do bacilo em sua etiologia, não sobrando espaço para que os discursos anticontagionistas pudessem rever esta posição ao longo do evento:

*“(...) desarmada como se acha a medicina em relação à terapêutica da lepra, o único recurso que a ciência pode hoje opor aos progressos da lepra está nas mãos dos poderes do Estado, e não na mão dos médicos; (...) está hoje provado que a lepra é uma moléstia infecciosa, que se transmite, principal se não exclusivamente por contágio de homem a homem, ainda que não conheça ao certo a veia de infecção. (...) a atual Conferência teve por fundamento principal a opinião dos seus promotores de que a lepra pertence ao grupo das moléstias essencialmente contagiosas, na esperança de que as resoluções dela resultem em medidas legislativas apropriadas à prevenção da morfêia: sendo que em seu conceito essas medidas serão tanto mais eficazes e facilmente executáveis quanto melhor impregnar-se na consciência pública a idéia, hoje vencedora na ciência, da contagiosidade da moléstia.”*¹⁴³

¹⁴¹ EHLERS Apud Id., ib., p. 5.

¹⁴² EHLERS Apud Id., ib., p. 7.

¹⁴³ NEISSER Apud Id., ib., p. 8-10.

A aclamação de Rudolph Virchow, descobridor das células leprosas, base da patologia microscópica da lepra, nos fornece a medida de como o embate entre contagionistas e anticontagionistas já estava definido na abertura da Conferência. Apesar do patologista ter sido, durante a maior parte de sua vida profissional, um crítico notável do papel causal do bacilo na etiologia da lepra, fora aclamado como presidente da Conferência, num sinal claro de sua importância naquele cenário científico. Virchow, ao abrir a sessão que discutiria o papel do bacilo de Hansen na etiologia da lepra, alertava criticamente sobre o ânimo que orientaria os trabalhos da Conferência. *“Ainda que hoje não tenha sido possível confirmar essa opinião geral [o contágio] por uma prova experimental, as provas circunstanciais são tais, que no momento atual é lícito agir à maneira da polícia e da medicina legal.”*¹⁴⁴

Segundo Zambaco Pachá, leprólogo de Constantinopla e autor da monumental obra *La lèpre a travers les siècles et les Contrées*, os membros anticontagionistas da Conferência *“(...) apesar dos fatos clínicos em suas colônias [demonstrarem o contrário], não foram ouvidos; não se tinha em conta nenhum dos seus trabalhos, quão sérios eles fossem, o bacilo dominou e amoleceu qualquer raciocínio.”*¹⁴⁵ Rudolf Virchow expressou esta mesma percepção, que exprimiu de forma contundente a forma como a teoria contagionista sobrepunha-se naquele fórum de especialistas sem que houvesse a comprovação do bacilo como o agente patogênico da lepra, ou seja, sem a confirmação dos postulados de Koch, conforme exigia a medicina experimental. Fora o mundo colonial e os dados epidemiológicos crescentes advindos destas regiões, mais do que o laboratório, que corroboraria a descoberta de Hansen:

“Inclino-me em aceitar o contágio, como um pilar de apoio, e contudo, nós todos não entendemos, que um único companheiro nesta assembléia tenha observado um caso conclusivo que prove claramente o contágio. Elevamos, por conseguinte uma interpretação à categoria de dogma. O dogma pode parecer-nos ser também uma verdade

¹⁴⁴ VIRCHOW Apud Id., ib., p. 10.

¹⁴⁵ ZAMBACO PACHA, 1914, p. 643.

possível, ele não permanece menos um dogma; e não queremos que os nossos governos aceitem o nosso dogma como o único válido.”¹⁴⁶

Zambaco Pachá, coloca em termos interessantes a própria realização da Conferência, acompanhar sua argumentação permite-nos perceber que a discussão sobre a contagiosidade da lepra envolvia múltiplas questões que não apenas o embate entre duas hipóteses científicas. Anticontagionista, Pacha alega que a Conferência de Berlim foi “(...) imposta por uma autoridade que se concedeu, sem o apoio da clínica, os ucasses votados pela maioria constituída não por leprólogos, mas teóricos que extraíram os seus argumentos da microbiologia e as comparações e as analogias forçadas com as outras doenças.”¹⁴⁷ Logo, Pachá coloca em discussão duas importantes questões que a medicina experimental redefiniria no final do século XIX: o que conferia legitimidade na produção de conhecimento sobre a lepra e avalizava os médicos que partilhavam dos novos parâmetros científicos da medicina. Devemos lembrar que contagionistas e anticontagionistas partilhavam, no final do século XIX, das muitas incertezas sobre a etiologia das doenças. A microbiologia apresentava-se como um campo repleto de possibilidades de se desvendar a causa específica de cada doença e, conseqüentemente, chegar a uma terapêutica própria para cada uma das enfermidades. Acompanhar a trajetória da legitimação da hipótese bacilar da lepra nos permite perceber não apenas os novos conteúdos que a doença assumiria nas duas décadas finais do século XIX e, em especial, depois da Conferência de Berlim. Podemos também perceber as diferentes representações do saber médico neste período e o enfrentamento de duas tradições médicas em busca do monopólio científico sobre a lepra. Esta discussão pode ser analisada a partir de diferentes ângulos, quer seja pela perspectiva da validação do conhecimento científico, ou ainda, pelo aspecto do que conferia autoridade ao saber médico para diagnosticar e tratar a doença.

¹⁴⁶ VIRCHOW Apud GOUVEIA, 1898, p. 644.

¹⁴⁷ ZAMBACO PACHA, 1914, p. 706.

A confirmação da presença do bacilo para o diagnóstico da lepra envolvia o domínio sobre procedimentos e utensílios laboratoriais, afinal, conforme defendia Hansen, sem bacilo não haveria lepra. Zambaco Pachá expressa precisamente este confronto entre diferentes tradições médicas, para o leprólogo o que estava em questão era também que “(...) *todos os testemunhos [anticontagionistas] são qualificados de velha medicina, velho jogo, e rejeitados. Eles têm, contudo, como base estudos clínicos rigorosos e longos sobre a doença. É necessário então fazer tábula rasa de todos os trabalhos dos homens os mais competentes e recomeçar a medicina?*”¹⁴⁸ Pachá, depositário de um saber que se legitimava na clínica médica, questiona ainda a própria realização da Conferência, que teria sido imposta por uma autoridade que não tinha o apoio da prática médica. O leprólogo sublinha o que considera não só o dogmatismo da Conferência, ao referendar a hipótese contagionista, mas a própria autoridade e o estatuto de seu conhecimento que não se baseava na clínica médica, mas em teorias não comprovadas. Para o médico, a microbiologia não fora capaz de desvendar os enigmas do bacilo que os contagionistas consideravam ser a causa única da lepra, de tal forma que restava apenas analogias com outras doenças para compreender os mecanismos de sua transmissão, partia-se para induções que afirmavam que se havia um bacilo este deveria ser tão contagioso como o da difteria ou da peste.¹⁴⁹

Para Zambaco, a clínica médica e a observação rejeitariam a hipótese contagionista. Argumentando que os documentos apresentados pelos contagionistas eram sempre extraídos de narrativas apócrifas de autores que exerciam a clínica nos países ultramarinos e, principalmente, dos casos já fartamente conhecidos como o do padre Damien, o condenado Kéanu e o pequeno chinês do médico irlandês, Dr. Gardiner. Não haveria uma só observação recente, detalhada, de um caso proveniente da Europa central para provar a contagiosidade da lepra. Segundo sua hipótese, o contágio somente ocorreria em condições especiais, os europeus que residem por longos anos nas colônias onde a lepra é endêmica podem contraí-la,

¹⁴⁸ ZAMBACO PACHA, 1914, p. 714.

¹⁴⁹ Id., ib., p. 714.

mas seriam as condições do ambiente que favoreceriam esta receptividade. Assim, quando os europeus retornam aos seus países de origem, portadores de inúmeros bacilos de Hansen, não os transmitiriam às pessoas sãs, mesmo em relação íntima e prolongada. Para Zambaco Pachá, eram as condições do meio, o clima e “*alguma coisa que nos escapa*” que determinariam a contaminação.¹⁵⁰

“Resumidamente há uma grande diferença entre as concepções teóricas, imaginativas, ideais e a realidade. A observação em repúdio das mais sedutoras dentre elas e é ela que é, no entanto a verdadeira pedra de toque. Na espécie, o estudo metuculoso dos leprosos, a clínica demole todas estas fatras teóricas. Os antigos dermatólogos haviam visto claramente. Eles haviam restringido a contagiosidade às colônias e a rejeitavam para Europa Central.”¹⁵¹

As novas referências científicas do saber médico não se mostraram capazes naquele momento de desvendar os mistérios do bacilo de Hansen. A presença do bacilo não assegurava sua relação de causalidade com a lepra, não podendo converter-se na causa única da doença. Este foi o tema discutido na 2ª sessão da Conferência de Berlim: a possibilidade de se diagnosticar como lepra os casos onde a presença do bacilo não era comprovada. Enquanto Hansen argumentava a impossibilidade de haver lepra onde o bacilo não era encontrado, outros médicos proeminentes como Kaposi, Neisser e Neumann colocavam em dúvida esta hipótese. Hansen, durante esta sessão, rejeita confirmar como lepra os casos clínicos de doentes da forma tuberosa, apresentados por fotografia pelo dermatologista Moritz Kaposi, onde a presença do bacilo não havia sido comprovada. Apesar da importância de Kaposi no cenário científico europeu, o médico norueguês foi contundente ao afirmar que, ainda que clinicamente os casos apresentados parecessem ser de lepra, a ausência do bacilo era suficiente para contradizer o diagnóstico apresentado.¹⁵² Da mesma forma decisiva com que rejeitara

¹⁵⁰ Id., ib., p. 719.

¹⁵¹ Id., ib., p. 709.

¹⁵² GOUVÊA, 1898, p. 10-1.

publicamente os diagnósticos apresentados por Kaposi, Hansen refutou as hipóteses de Neisser de que a virulência do bacilo fosse inconstante e que a imunidade ou predisposição do homem e de certos tecidos para o bacilo da lepra fossem elementos a serem considerados para o desenvolvimento da doença. Para Hansen, não haveria influências externas ou casuais que pudessem influir sobre a multiplicação dos bacilos no organismo do homem, somente o clima parecia exercer alguma ação sobre as formas de lepra e, somente sob esta perspectiva, a questão deveria ser estudada.¹⁵³

No entanto, questões como a virulência do bacilo de Hansen, a função do meio e dos fatores externos no contágio da doença e mesmo o papel da hereditariedade no desenvolvimento da doença não seriam resolvidas pela Conferência de 1897. A bacteriologia era ainda um terreno pleno de incertezas e, no caso da lepra, problemas no cultivo do bacilo *in vitro* dificultaram a comprovação da conexão da doença com o *M. leprae*, o que propiciou que o debate sobre a etiologia da lepra atravessasse as primeiras décadas do século XX. Como vimos, mesmo entre os contagionistas não havia consenso em torno de muitas destas questões, o que não raro promoveu embates, mas também negociações. Muitas vezes as divergências teóricas se atenuavam frente às proposições terapêuticas, o laboratório se rendia à clínica médica ou mesmo bacilo, predisposição e hereditariedade se fundiam num mesmo modelo explicativo.

“O germe é conhecido, e determinado, não é desconhecido pelo mundo científico. Depois, se a sua demonstração pastoriana se defrontasse com esta dificuldade insolúvel que nenhum animal poder servir de terreno de cultura ao bacilo de Hansen. É, por conseguinte à clínica, que retorna a carga de fazer a prova; é necessário novas estatística, autênticas e precisas, um estudo químico inteiramente novo da toxiose leprosa, e um conjunto coordenado de

¹⁵³ Id., ib., p. 11-2.

investigações prosseguidas numa via certa, e com um programa determinado.”¹⁵⁴

Segundo Diana Obregón, a aceitação oficial, pela comunidade científica reunida em Berlim, da teoria de que a lepra seria uma doença infecciosa, se deu pela ausência de hipótese mais convincente e pela teoria microbiana ter se tornado a visão dominante na etiologia das enfermidades, apesar dos métodos bacteriológicos não terem conseguido comprovar tal fato.¹⁵⁵ Mas devemos considerar também outras variáveis, em especial o importante papel que as colônias desempenharam neste processo. As colônias não contribuíram apenas com o reforço dos dados epidemiológicos disponíveis, foi o alerta vindo desta parte do mundo que colocou a lepra na agenda sanitária do período. A teoria hereditária, que dominara o pensamento médico-científico, não conseguira produzir respostas terapêuticas eficazes para o perigo à que a lepra fora alçado. Para os anticontagionistas, o isolamento não se justificava como uma medida profilática relevante na luta contra a lepra, apesar de ter sido algumas vezes defendido de forma menos rigorosa.

A Conferência tornou o isolamento o centro da política de controle da lepra, que atingiu não apenas o doente, mas produziu todo um aparato legal que foi paulatinamente apertando o cerco e incluindo família, casamento, trabalho, amamentação, lazer, migração, domicílio etc. O temor da doença impunha aos médicos e aos governos medidas mais duras e veementes, a lepra não estava mais circunscrita somente às colônias ou à América. A segregação, tão conhecida no caso da lepra, renascia como a medida mais eficaz e que já havia dado resultado anteriormente. No momento em que se estabeleceu uma causa bacteriológica para a lepra e um novo conteúdo para a noção de contágio, reformularam-se práticas sanitárias seculares com o respaldo científico fornecido pela nova ciência. Se por um lado, procurava-se desmontar o conteúdo do conhecimento até então vigente sobre a doença, por outro, dada a

¹⁵⁴ BESNIER, 1897, v. 1, p. 11.

¹⁵⁵ TORRES, 2002, p. 134.

inexistência de recursos terapêuticos comprovadamente eficazes, limitar-se-ia o controle da lepra ao isolamento do doente, tornando-se esta a principal bandeira dos leprólogos.

O triunfo da teoria contagionista na Conferência de Berlim marca também a vitória de valores que se tornaram dominantes no pensamento científico do período, onde cada doença relacionava-se com a natureza específica de sua causa, possibilitando a adoção de medidas sanitárias mais pragmáticas e exequíveis. A Conferência teve como resultado a transformação do isolamento na principal medida profilática para o controle da lepra, traduzida num amplo movimento mundial de criação de leprosários, dando início ao longo exílio sanitário dos leprosos. A Conferência procurara redefinir não só a causalidade da lepra, mas buscava também a universalização dos conhecimentos sobre a doença e a formação de uma comunidade médica internacional. Esta pretensão ficara exposta no discurso de Oscar Lassar, que afirmara que a doença tornara-se um problema internacional e “*esta internacionalidade dava desde logo à nossa Conferência um caráter de universal*”.¹⁵⁶ Poderemos acompanhar, a partir da última década do século XIX, os esforços empreendidos pelos médicos, que defendiam a causa microbiana da lepra, em desvencilhá-la de temas como predisposição e hereditariedade, transformando a busca por uma vacina no principal programa de investigação científica aceitável para a doença.

Novos conteúdos emergiram e uma nova percepção sobre a lepra ficava evidente quando se procurava estabelecer uma distinção entre a forma que grassara endemicamente, sem grandes sobressaltos, na Europa do século XIX, e a doença que assolara de forma assustadora as colônias. A resposta para este enigma estava, segundo alguns contagionistas, na variação da virulência e da multiplicação do bacilo na Europa e nos trópicos, mas também na diferença do grau de civilização destes dois mundos.

“Nos países por muito tempo constituído à civilizações avançadas ou completas, que não têm mais nem castas, nem raças fechadas, naqueles que há uma polícia higiênica, a extinção se estabelece regularmente e com uma relativa rapidez. Os leprosos não formam

¹⁵⁶ LASSAR Apud GOUVÊA, 1898, p. 3.

então mais que muito excepcionalmente lar, e lar limitado. A doença permanece estéril, embora o leproso confirmado continue a ser gravemente atingido, e sucumba como nos países leprosos; a contagiosidade baixa ao mínimo, e extingui-se, e se sua ação se manifestava, as medidas de polícia médica seriam suficientes, o bastante, para deter sua expansão.”¹⁵⁷

Apesar de possuir uma complexidade de elementos a serem ainda analisados, a 1ª Conferência Internacional marcou a história da lepra pelas resoluções finais propostas por Hansen, que estabeleceram o isolamento como o melhor meio de impedir a propagação da doença, aliado à notificação obrigatória e à vigilância, tais como praticados na Noruega. É verdade que as resoluções estabeleceram ainda que seria necessário deixar às autoridades administrativas o cuidado de detalhar as medidas a serem adotadas, que deveriam estar em acordo às condições sociais de cada país. As proposições de Hansen partiam de sua experiência nacional que conciliava elementos como autonomia municipal, conselhos sanitários locais e um forte aparato sanitário. Experiência difícil de ser transplantada fora do contexto em que fora formulada, especialmente para a realidade colonial, a 1ª Conferência deixaria como orientação sanitária o isolamento como o principal suporte terapêutico na profilaxia da lepra. Ao discorrer sobre as conseqüências da Conferência de 1897, o médico Sir Fayer escreve ao Dr. Leroy de Méricourt e afirma:

“Temo que o exagero da teoria contagionista seja destinado a fazer mais mal que bem, e conduza ao retorno das idéias de antigamente que condenavam os leprosos a torturas mais horríveis que a própria doença. Eu vi um grande número de leprosos; eu fiz muitas pesquisas, e jamais cheguei a adquirir a convicção que a lepra seja contagiosa.”¹⁵⁸

Como veremos a seguir, a questão da lepra ganhou status de grave questão de saúde pública, da qual nenhuma nação civilizada estaria livre. A lepra fora alçada à categoria de

¹⁵⁷ BESNIER, 1897, p. 132.

¹⁵⁸ MÉRICOURT Apud ZAMBACO PACHA, 1914, p. 748.

infecção crônica e altamente contagiosa, colocada ao lado de doenças como a sífilis e da tuberculose, cujas características patológicas assemelhavam-se.¹⁵⁹ Era necessário que tanto a Europa, que julgara a lepra esquecida, quanto os *'países exóticos'*, que viviam a experiência moderna da doença, somassem esforços e contivessem seu avanço. A Noruega e o Havaí organizaram medidas sanitárias que, dada a inexistência de ações mais eficazes para a solução do problema, converteram-se em modelos de combate à doença e perpetuaram-se como ícones na história contemporânea da lepra. Porém, entre a experiência nacionalista norueguesa e o modelo colonialista havaiano, veremos que se produzirão múltiplas experiências de combate à lepra, a singularidade da vivência da doença e do doente estará exposta nas políticas formuladas pelos diferentes países onde a lepra emergiu como problema sanitário e ganhou contornos próprios.

¹⁵⁹ EHLERS Apud Id., ib., p. 9-10.

CAPÍTULO 2

A lepra e a medicina no Brasil

A trajetória da história da lepra no Ocidente, durante um longo período, esteve marcada pela idéia de permanência, como se o *constructo* que definira seu conceito no período medieval tivesse permanecido intacto até os dias atuais. De certa forma, a crença na lenta eliminação da lepra no fim da Idade Média, de forma geral creditada especialmente ao sucesso das medidas administrativas como a organização das leprosarias, pode nos ajudar a compreender esta aparente estabilidade do modelo da doença. Consideramos ainda que dois outros elementos contribuíram para reforçar seu aprisionamento num contínuo conceitual: o seu reconhecimento como fonte de estigma e a identificação do isolamento como medida de controle adotada em diferentes épocas.

Convém pensarmos que estigma e isolamento não foram conformados, ao longo da história da doença, pelas mesmas teorias e categorias médicas. Do mesmo modo, diferentes modelos de compreensão da lepra foram elaborados, modelando isolamento e estigma sob diferentes perspectivas para contagionistas e anticontagionistas, por exemplo. Assim, consideramos que esta pretensa estabilidade conceitual da doença seria especialmente dissonante quando tratamos do século XIX, que marcou um importante momento para os estudos sobre a história da lepra. Como vimos, neste período o conceito da doença sofreu significativas alterações, sublinhadas especialmente por duas perspectivas, a dos avanços científicos nas pesquisas sobre a doença e a de seu ressurgimento no cenário sanitário europeu.

Neste capítulo, nossa análise sobre as continuidades e rupturas que foram produzidas no conceito da lepra terá como *locus* privilegiado o Brasil do século XIX. Inicialmente analisaremos como a lepra seria paulatinamente integrada à pauta da pesquisa científica na primeira metade do século XIX, período caracterizado pelos esforços para estabelecer uma unidade conceitual para a doença. Este esforço de singularização da lepra significou a

produção de estudos para distinção de sua etiologia, sintomas, sede e lesões orgânicas. E, por outro lado, permitiu ainda a incorporação da doença ao quadro nosológico e à literatura médico-científica nacional. Nossa análise pretende indicar que este processo seria formatado por um duplo movimento, o mesmo discurso que instituiria a lepra como uma ameaça sorrateira, cuja lenta disseminação comprometeria as gerações futuras, promoveria o processo de individualização da doença. Observaremos como o esforço investigativo para compreensão deste fenômeno patológico esteve condicionado a diferentes elementos, onde a anátomoclínica, o higienismo e o paradigma climatológico exerceriam um importante papel e produziriam um modelo original sobre etiologia da lepra no Brasil.

Destacaremos como esta discussão sobre a origem da lepra foi acompanhada também por uma preocupação em buscar tratamentos mais eficazes para a doença. Até aproximadamente a década de 1870, a complexidade de elementos que compunham o quadro etiológico da lepra se expressaria, no plano terapêutico, pela adoção de remédios debilitantes. Veremos como os purgantes, vomitórios e sudoríferos fizeram parte de uma estrutura cognitiva em que o restabelecimento da saúde se daria a partir da desobstrução e equilíbrio do organismo. Porém, assistiremos nas três décadas finais do século XIX mudanças significativas na condução do tratamento e nas pesquisas sobre a lepra, onde o Hospital dos Lázaros despontaria como o mais importante centro de tratamento e de pesquisa sobre a doença no Brasil.

Neste capítulo analisaremos ainda como, nas décadas finais do século XIX, estabeleceram-se os novos referenciais científicos da medicina. Este novo modelo não só produziria diferentes fundamentos teóricos do saber médico, como também imporia a exigência de uma maior especialização profissional, buscando garantir a exclusividade médica na condução do processo terapêutico. Esta tendência, à especialização e segmentação dos objetos de pesquisa e dos diferentes ramos da medicina, forneceu o suporte necessário à criação de um laboratório bacteriológico no Hospital dos Lázaros. Neste estudo procuraremos destacar o papel do Laboratório Bacteriológico no cenário médico da segunda metade do

século XIX, instituindo-se não só como um espaço de pesquisa sobre a lepra, como também um pólo dinâmico e precursor de consolidação da medicina experimental.

Nos debates travados em torno da curabilidade da lepra e da eficácia dos diferentes métodos de tratamento adotados no final do século XIX, poderemos acompanhar o embate dos diferentes modelos explicativos da doença elaborados pela medicina. Este movimento permite-nos perceber a paulatina mudança em torno da etiologia da lepra e dos diferentes padrões cognitivos que a percebiam de forma distinta, como também o deslocamento daqueles que detinham o reconhecimento como autoridade científica sobre a doença. Este enfrentamento se evidenciou não apenas numa disputa de conceitos e práticas médicas, como também pelo lugar da doença no quadro sanitário brasileiro do período. Esta reflexão nos permitirá compreender sob que *constructo* se formularão, no século XX, as diferentes políticas de combate à lepra e os esquemas terapêuticos formulados para seu controle.

2.1 Lepra, morféia ou elefantíase-dos-gregos: a singularização da doença no século XIX

“Mal haja ARISTARCHO que nos increpar pela ousadia de deduzirmos das novas e brilhantes aquisições da química orgânica estas conclusões; sem dúvida a conquista de fatos positivos devem incomodar muito aos que em tudo se acomodavam com uma disposição particular pré-existente, para explica moléstias! Mas o século marcha, as palavras já não iludem, força é procurar a razão suficiente material dos fenômenos ou renuncia à ciência.”¹

(Paula Cândido)

¹ CÂNDIDO, Francisco de Paula. Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, Heráclides César de. *História da lepra no Brasil, períodos colonial e monárquico (1500-1889)*, vol. I. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1946. p. 400.

O primeiro médico da Corte a tratar da lepra foi Joaquim Cândido Soares de Meirelles, em tese inaugural apresentada ao doutorado na Faculdade de Medicina de Paris, em 1827, intitulada *Dissertation sur l'histoire de l'éléphantiasi*.² Em 1831, Soares Meirelles apresentou um novo trabalho no *Semanário de Saúde Pública*, órgão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro³, sob o título *Paralelo entre as duas espécies de Elefantíases, e entre estas, e a Lepra*.⁴ O cirurgião mineiro, médico da Santa Casa de Misericórdia, descreveria a lepra como uma patologia autônoma, diferenciando-a da elefantíase-dos-gregos e da elefantíase-dos-árabes. Soares Meirelles defendia a singularidade da lepra num período em que não havia ainda se estabilizado um conceito médico unívoco da doença. O diagnóstico e a descrição da lepra, na primeira metade do século XIX, fizeram parte de seu longo processo de compreensão e estruturação como uma entidade patológica singular. Ao mesmo tempo em que o estabelecimento de suas causas, sintomas, terapêutica e profilaxia constituíam-se como um campo de debates, a doença seria incorporada ao quadro nosológico nacional, figurando, segundo Paula Cândido, como um flagelo em que o “doente se aterra de seu futuro.”⁵

Durante toda sua história a lepra fora confundida com várias dermatoses e doenças venéreas, especialmente a sífilis, sendo muitas vezes considerada uma variedade ou um diferente estágio desta enfermidade. Na história da lepra, a primeira metade do século XIX pode ser caracterizada como o momento em que a medicina deu passos decisivos para dissipar sua instabilidade conceitual. Se, neste período, ainda encontramos textos médicos que identificam o mal de Lázaro, a elefantíase-dos-gregos, a morféia e a lepra como a mesma doença, em outros trabalhos podemos observar a tentativa de definir estas enfermidades dentro

² SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 322.

³ Criada em 1829, como Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, nos mesmos moldes da Academia de Medicina de Paris, foi transformada no ano de 1835 em Academia Imperial de Medicina e, em 1889, em Academia Nacional de Medicina. Joaquim Cândido Soares de Meirelles foi o idealizador da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo sido um de seus fundadores ao lado do genovês Luís Vicente De Simoni, do francês José Francisco Xavier Sigaud e do médico brasileiro José Martins da Cruz Jobim.

⁴ MEIRELLES, Joaquim Cândido Soares de. *Paralelo entre as duas espécies de Elefantíases, e entre estas, e a Lepra* In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 370.

⁵ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p.403.

de modelos diferenciados, o que significava etiologia, sintomas, sede e lesões orgânicas distintas. Este processo de refinamento conceitual, presente ao longo de todo século XIX, produziu a individualização do fenômeno patológico que conhecemos como lepra, procedimento que alimentou divergências e disputas teóricas no meio médico. Entretanto, poderemos observar que estas divergências não se explicitaram tão profundamente no campo da profilaxia e na proposição de medidas de controle da doença.

Como veremos no decorrer de nosso trabalho, a medicina brasileira, nas décadas finais do século XIX, produzirá um discurso em que a lepra emerge como um flagelo em expansão. O impacto da doença nas áreas coloniais, retratado pela imprensa europeia, rapidamente teve ressonância no Brasil, ao mesmo tempo em que os médicos brasileiros apontavam o aumento do número de casos e a inexistência de uma ação eficaz para seu controle. A reivindicação pelo reconhecimento da lepra como um problema sanitário nacional foi fruto de sua inclusão na agenda científica do período, a pesquisa sobre a doença se consolidava na comunidade médica brasileira, tornando-se objeto de disputas teóricas dada a incerteza de sua etiologia e da forma de transmissão. Teremos chance de verificar de que forma as diferentes hipóteses sobre a causalidade da doença, mesmo sob os ditames da bacteriologia, acabarão por convergir no que dizia respeito à formulação de uma política antileprosa no Brasil. Ao analisarmos o debate em torno das propostas de controle formuladas e das políticas de combate executadas pelo poder público, poderemos perceber que o isolamento foi o seu núcleo estruturante. Este elemento nos ajudará a compreender não só o estatuto que a doença adquire entre as endemias brasileiras nas duas primeiras décadas do século XX, como também sua dimensão simbólica e os fatores que contribuíram para atualizar seu conteúdo e defini-la conceitualmente.

É neste contexto que ressaltamos a importância do trabalho apresentado no *Semanário de Saúde Pública* por Soares Meirelles, que defendia a distinção entre as duas espécies de elefantíase e a lepra. Para o médico, os sintomas destas doenças se distinguiriam pelas formas particulares de cada uma acometer o corpo. Segundo Meirelles, a elefantíase-dos-gregos se caracterizaria pelo aparecimento de “*tubérculos duros e proeminentes, que ocupam*

principalmente as orelhas, face, a testa, o nariz, os lábios e, sucessivamente o resto do corpo.”⁶ Na elefantíase-dos-árabes a irrupção da doença é súbita, seguida por “*gastrenterites, que se manifestam por uma sede ardente, por vômitos violentos, acompanhados de frio, fenômenos inseparáveis da invasão da moléstia.*”⁷ A lepra se distinguiria pelas “*(...) lâminas escamosas de diferentes dimensões, quase sempre circulares, ou orbiculares, cercadas de um círculo avermelhado, espalhadas na superfície dos tegumentos e cujo desenvolvimento não tem sido precedido de vesículas, ou de pústulas.*”⁸

Seguindo os pressupostos científicos da anátomoclínica, Soares Meirelles procurava estabelecer a distinção entre as doenças não somente na intensidade de seus sintomas ou segundo a parte do corpo que afetavam, mas naquilo que seria seu fenômeno primitivo, a sede de suas lesões. Orientado pela anatomia patológica o médico procurava localizar a sede da doença no corpo doente através das lesões provocadas nos órgãos, o que poderia levá-lo a desvendar a relação entre sintomas e alteração dos tecidos.⁹ Assim, na elefantíase-dos-gregos a sede estaria nos vasos capilares sanguíneos e, na elefantíase-dos-árabes, nos vasos e gânglios linfáticos.

*“Resulta do que acabamos de estabelecer, que se tem considerado, como simples variedades da mesma afecção, a lepra, a elefantíase-dos-gregos, e dos Árabes; posto que essas enfermidades difiram entre si, como temos demonstrado, tanto por sua sede, seus sintomas, como em uma palavra por todos os fenômenos, que as caracterizam.”*¹⁰

⁶ MEIRELLES, Paralelo entre as duas espécies de Elefantíases, e entre estas, e a Lepra In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 322.

⁷ Id., ib., loc. cit.

⁸ Id., ib., p. 323.

⁹ FOUCAULT, 1987, p. 136-9.

¹⁰ MEIRELLES, Paralelo entre as duas espécies de Elefantíases, e entre estas, e a Lepra In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 322.

Soares Meirelles preocupava-se em estabelecer inicialmente os sintomas não mais como fenômenos primários, mas somente como a realidade acessível destas doenças. Assim, os registros das observações clínicas possibilitavam a definição de diagnósticos, aspecto fundamental para sua precisão clínica. Meirelles afirmava que muitos eram os elementos que possibilitavam distinguir estas três moléstias, conforme ele mesmo apresentara, mas a confusão se dava, justamente, em função de “*descrições inexatas, falsas ou ininteligíveis.*”¹¹ A doença, ainda que irredutível em sua natureza, constituía-se como um espaço localizável no organismo doente, a relação entre tais fenômenos patológicos e a sede das lesões no organismo é que determinaria a diferença da marcha das moléstias. A discussão sobre a localização da lepra ocupará um lugar de destaque no debate médico-científico, determinar o órgão atingido pela doença e o mecanismo de sua ação seria também desvendar o fenômeno patológico, conferir um conceito unívoco para a doença e edificá-la como uma “*entidade nosográfica autônoma.*”¹²

O médico João Maurício Faivre apresentou, em 1845, duas memórias sobre a morféia. A primeira tratou das águas termais de Caldas Novas, na Província de Goiás, e sua ação sobre a morféia. Na segunda memória abordou diferentes aspectos da doença como sua definição, a descrição de casos clínicos e autópsias, a análise da manifestação dos fenômenos patológicos, natureza e causas e, finalmente, o tratamento higiênico e terapêutico.¹³ As memórias

¹¹ Id., ib., loc. cit.

¹² Id., ib.; p. 322.

¹³ Em 1839, o presidente da província de Goiás enviou ao ministro do Império um relatório produzido por Vicente Moretti Foggia, intitulado *Centro Famoso de Tratamento dos Leprosos pela Águas Termais de pelas Cauterizações com Ferro Candente*. Neste trabalho Moretti Foggia faz uma análise das águas termais de Goiás e seu hipotético valor curativo na lepra, sugerindo ainda o aproveitamento das termas de Caldas Novas e Caldas Velhas para organização de um centro de tratamento de leprosos, para onde muitos doentes já recorriam como estação de cura. O médico João Maurício Faivre foi escolhido pelo governo imperial para fazer a verificação do relatório, que foi realizada entre os anos de 1843 e 1844. Como resultado, Faivre produziu duas memórias sobre o assunto, encaminhadas à Academie Royale des Sciences e ao ministro do Império. A Academia Imperial de Medicina foi ainda incumbida pelo ministro do Império de realizar um parecer sobre o trabalho de Faivre, o que suscitou um grande debate sobre a lepra em 1845. Ver DE-SIMONI, Luiz Vicente. Relatório sobre duas memórias do Sr. Dr. João Maurício Faivre, uma sobre as águas termais de Caldas Novas na província de Goiás, e outra sobre a morféia; lido na sessão geral da Academia Imperial de Medicina em 10 de abril de 1845. Cf. SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 382.-95.

apresentadas por Faivre procuravam não apenas apoiar-se em longas exposições de casos clínicos, mas também em autópsias cadavéricas em número suficiente que pudesse corroborar suas hipóteses sobre a origem da morféia. Faivre, ao analisar os fenômenos patológicos da doença, dedica especial atenção à anestesia, que precederia todos os outros sintomas, a ponto de constituir-se em sinal distintivo da moléstia. Em conclusão, o paradigma anátomo-clínico o leva a supor, a partir da observação clínica da anestesia, que a morféia constituía-se uma afecção do sistema nervoso.

Para o médico francês haveria duas variedades da morféia, denominadas '*morféia tuberculosa*' e '*morféia impetiginosa*', que se manifestariam em três períodos distintos. A primeira variedade, bem caracterizada pelos tubérculos e excrescências da pele, seria a que se chamava elefantíase-dos-gregos e, a segunda, caracterizada pela aparição de flictenas (pequenas vesículas) e borbulhas, que se degeneram em úlceras crustosas e escamosas, seria o que ordinariamente se denominaria lepra.¹⁴ Segundo a hipótese de Faivre, apesar do primeiro período ser igual nas duas variedades de doença, seu desenvolvimento no organismo tomaria diferentes aspectos, estabelecendo-se como duas espécies distintas. Conforme argumentara, "*à causa morbífica, que exerceu a sua ação má no princípio, outras se associaram muito diferentes em casos diversos, de maneira que cada uma delas deu à enfermidade um caráter e aspecto particular ou seu próprio.*"¹⁵ Estes fatores, que se integraram à causa morbífica original, poderiam ser agregados ainda à causas determinantes, encontradas em elementos não-naturais como clima, ar, temperamento, alimentos, bebidas ou lugares.

Luis Vicente De-Simoni, médico que elaborou o parecer das memórias pela Academia Imperial de Medicina, considerou que o trabalho de Faivre assumia grande importância para etiologia e terapêutica da morféia. Segundo De-Simoni, a hipótese preponderante entre os médicos no Rio de Janeiro era de considerar a morféia uma afecção das capilaridades do

¹⁴ Id., ib., p. 382.

¹⁵ DE-SIMONI. Relatório sobre duas memórias do Sr. Dr. João Maurício Faivre, uma sobre as águas termais de Caldas Novas na província de Goiás, e outra sobre a morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 387.

sistema vascular sanguíneo da pele, mas, haveria ainda aqueles que consideravam-na uma afecção das capilaridades linfáticas. O próprio De Simoni não concordava com tal hipótese, para quem a elefantíase jamais fora apenas uma “*simples inflamação da pele*”.¹⁶ Inclinando-se para patologia humoral, considerava a morféia mais como “*uma moléstia geral da economia*” do que como uma afecção local da pele, a qual só devia ser considerada como campo especial de manifestação da doença.¹⁷ É importante observar que a idéia do equilíbrio dos fluidos no organismo, especialmente no sistema vascular e linfático, foi retomada na primeira metade do século XIX e considerada na ampla conjunção de elementos que causariam a lepra. João Pereira Lopes, médico do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, no relatório de 1869, apresentado ao Provedor da Irmandade do S. S. da Candelária, explica-nos o acometimento da lepra sob a teoria humoral¹⁸:

“É assim que alguns patologistas pretendem encontrar no abuso das bebidas alcoólicas, nas afecções morais ou nas grandes fadigas a origem dessa enfermidade. Outros atribuem em grande escala o desenvolvimento desta enfermidade e da maior parte das outras afecções, e sobretudo cutâneas, aos desarranjos manifestados quer pela supressão brusca, quer pela retenção dos humores, fazendo com que uma fluxão mórbida para um outro órgão e sobretudo para a pele

¹⁶ Id., ib., p. 386.

¹⁷ Id., ib., loc. cit.

¹⁸ Claude Bernard, considerado o fundador da medicina experimental, levaria para a medicina uma concepção de ciência fortemente arraigada no determinismo, submetendo a relação saúde-doença às leis da natureza. É na aplicação do determinismo ao organismo vivo que Claude Bernard irá fundamentar o conceito de meio interno, isto é, a regularidade e a constância das condições físico-químicas internas do organismo seriam responsáveis pela manutenção da vida. A doença é, portanto, o desvio das funções normais do organismo em sua interação mecânica com o meio. Na fisiologia experimental de Claude Bernard, tal como a noção de meio ambiente que se distanciara da concepção aristotélico-galênica, os humores adquiriram também um novo conteúdo, que corresponderia aos compostos químicos secretados pelas glândulas, que regulariam as funções e o desenvolvimento do organismo. Cf. CAPONI, Gustavo. Claude Bernard y los límites de la fisiología experimental'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII(2): 375-406, jul.-ago. 2001; CZERESNIA, 1997, p. 21-39. Sobre Claude Bernard e a medicina experimental ver CANGUILHEM, George. *O normal e o patológico*. 5ª ed. Rio Janeiro: Forense Universitária; 2000.

*se manifeste, dando lugar assim ao aparecimento de tal ou tal enfermidade.”*¹⁹

Apesar de afirmar que não partilhava de tal sistema de pensamento e considerá-lo mesmo ultrapassado, Pereira Lopes, ao analisar as causas secundárias da lepra, não deixava de levantar a possibilidade da influência sobre o organismo da desorganização de suas funções. O médico relata que, mesmo remota, tal hipótese deveria ser considerada como causa secundária da lepra e que já havia mesmo testemunhado “(...) *algumas afecções dartrosas desenvolvidas, e manifestadas por ocasião da supressão brusca dos mênstruos*”.²⁰ Paula Cândido, em seu trabalho *Reflexões sobre a Morféia*, estabelece como fatores predisponentes à doença, além dos alimentos, do clima e da transmissão hereditária, a idade e o temperamento. Estes elementos tornariam a adolescência e a passagem para fase adulta “*a época mais comum da invasão da morféia*”, por predominar o temperamento linfático, presente na maior parte dos elefânticos.²¹

Mas, se o paradigma ambientalista e humoral estiveram presentes na medicina da primeira metade do século XIX, haveria ainda outros desafios a serem enfrentados pelos médicos. À concepção neo-hipocrática somava-se a anátomo-clínica, na tentativa de definir os efeitos e fenômenos consecutivos da lepra e distingui-los da doença em seu complexo. Podemos perceber que, neste esforço investigativo para uma melhor descrição da lepra, havia um consenso de que uma maior compreensão do fenômeno patológico estava condicionada a diferentes elementos. Desta forma, a anatomia patológica, ao lado da clínica, exerceria um papel importante, mas seria necessário que outros fatores concorressem para desvendar a natureza da doença. Na primeira metade do século XIX a climatologia contribuiria para

¹⁹ LOPES, João Pereira. Relatório do movimento e estado do Hospital dos Lázaros precedido de algumas considerações acerca da morféia, seu tratamento e experiências que se fizeram nesse mesmo hospital no ano de 1869 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 465.

²⁰ Id., ib., loc. cit.

²¹ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p.402.

estabelecer novos parâmetros na já complexa teia que procurava desvendar a etiologia das doenças, a lepra serviu também como palco deste debate que acompanharemos a seguir.

Em 1835, quando o médico José Martins da Cruz Jobim proferiu o famoso discurso sobre as moléstias da classe pobre no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, não listou a lepra dentre tais doenças. Como observou o médico Luiz Vicente De-Simoni, este fato possivelmente fora provocado pelos doentes de lepra não serem atendidos neste hospital, mas no Hospital dos Lázaros, administrado pela Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária.²² Em 1836 a lepra voltaria a ser citada na Academia Imperial de Medicina, em função de uma discussão sobre a sífilis, onde Paula Cândido argumentava que a morféia apareceria pela “*ingurgitação e inflamação e sucessiva desorganização do tecido da pele.*”²³ Em trabalho lido na sessão as Academia Imperial de Medicina em 1841, Paula Cândido volta ao tema da relação entre sífilis e morféia, afirmando que “*a sífilis não é a causa da morféia, mas pode acelerar e modificar esta afecção cutânea quando com ela coincidir.*”²⁴ Por ocasião desta discussão, o médico Júlio Xavier, expôs seu ponto de vista contrário, definindo a morféia como uma ‘*espécie de sífilis*’, apresentando ainda uma analogia com a elefantíase-dos-árabes.²⁵ E, finalmente, em 1846, temos a primeira tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro tratando da lepra, intitulada *Breves Considerações sobre Elefantíase-dos-gregos*, de autoria de Bernardo Antonio Gonçalves Machado.²⁶

²² DE-SIMONI, Luiz Vicente. Opiniões dos médicos do Rio de Janeiro acerca da elefantíase-dos-gregos, vulgarmente denominada morféia, expandidas e conhecidas antes da memória do Sr. Faivre sobre esta moléstia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 395.

²³ Id., ib., p. 396.

²⁴ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p.402.

²⁵ DE-SIMONI, Opiniões dos médicos do Rio de Janeiro acerca da elefantíase-dos-gregos, vulgarmente denominada morféia, expandidas e conhecidas antes da memória do Sr. Faivre sobre esta moléstia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 398.

²⁶ Segundo Souza Araújo, entre o ano de 1831, o primeiro em que se registrou a apresentação de teses à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e o ano de 1860, foram apresentadas nove trabalhos sobre lepra como assunto único ou como tema acessório. Ver SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 369.

A análise destes trabalhos nos permite não só delinear a incorporação da lepra no quadro nosológico e na literatura médico-científica nacional, mas também perceber quando e de que forma a doença se instituiu como uma preocupação sanitária no Brasil. Por outro lado, podemos ainda observar de que forma a pesquisa sobre a lepra, que começava a se realizar no país, obedeceu e se adequou ao protocolo científico do período. Como vimos, na primeira metade do século XIX não havia consenso entre os médicos em torno da definição clínica da lepra. Esta discussão envolvia a tentativa de caracterizar o quadro clínico da moléstia, estabelecendo um diagnóstico diferencial entre a lepra e outras doenças e, em especial, desvendar o enigma da etiologia da doença, analisada sob o paradigma ambientalista.

A partir da década de 1840, a lepra seria tema presente no meio médico nacional, estando plenamente incorporada ao cenário científico. Podemos avaliar a evolução dos estudos brasileiros sobre a doença através dos debates realizados em ambiente acadêmico, nas sociedades científicas e nos periódicos médicos, pela pauta das pesquisas realizadas sobre sua etiologia e novas terapêuticas. Mas, o trabalho mais emblemático para dimensionarmos esta incorporação da lepra entre as doenças nacionais, seria o livro *Du climat et des Maladies du Brésil ou Statistique Médicale de cet Empire*, do médico francês José Francisco Xavier Sigaud, publicado em 1844. Tal como o título sugere, este trabalho de Sigaud pretendia fazer um levantamento sobre o clima e as doenças no Brasil, onde os aspectos climatológicos e ambientais relacionavam-se às manifestações patológicas. O trabalho de Sigaud procurava fornecer a chave interpretativa de toda patologia brasileira, no contexto dos pressupostos da Anatomoclínica e do paradigma climatológico.²⁷

Dividido em quatro capítulos que tratam respectivamente da climatologia, geografia médica, patologia intertropical e estatística médica no Brasil, o livro de Sigaud não apresenta

²⁷ Cf. EDLER, Flávio. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. 1999. 251 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1999. p. 190; FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese de doutoramento. FFLCH/USP, Departamento de História, São Paulo, 1996. p. 89-90.

nenhum estudo original sobre a lepra, discutindo-a especialmente a partir dos trabalhos de Soares Meirelles e Paula Cândido. Sigaud discute a elefantíase-dos-gregos na seção que trata das patologias intertropicais, o autor argumenta sobre as muitas incertezas da doença, destacando a importância de seu estudo para admitir ou afastar definitivamente sua origem sífilítica e africana. Logo, Sigaud não circunscreve a lepra no quadro das patologias nacionais, mas como doença importada, tal como a oftalmia egípcia e a boubá, supostamente introduzidas no país pelos africanos.²⁸

Baseado nos estudos de Meirelles e Paula Cândido, Sigaud define sua etiologia a partir da hipótese alimentar como causa produtiva da lepra tuberculosa e defende sua hereditariedade, rejeitando qualquer possibilidade de contágio. A causa doença deveria ser creditada a um conjunto de fatores como a má qualidade da água, a umidade tropical e a sífilis.²⁹ Ainda que não procure esclarecer ou introduzir novos elementos da discussão sobre a etiologia da lepra, o aspecto mais relevante foi, sem dúvida, a inclusão da doença num trabalho que se tornou “*a obra síntese do pensamento higienista brasileiro da primeira metade do século XIX.*”³⁰ Esta inserção indica não só para a gradativa importância e visibilidade conferida à lepra neste período, como também o estabelecimento da doença como um objeto de interesse científico pela comunidade médica brasileira. Devemos lembrar que a obra de Sigaud “*almejava ser a expressão de uma prática científica coletiva, consolidada em quinze anos de atividades, da mais importante instituição de saúde pública nacional: a Academia Imperial de Medicina.*”³¹

Neste contexto em que a lepra paulatinamente adquiria relevância médica e científica, integrando-se ao quadro nosológico nacional, é que devemos compreender a famosa

²⁸ SIGAUD, José Francisco Xavier, *Du climat et des Maladies du Brésil ou Statistique Médicale de cet Empire*. Paris: Chez Fortin, Masson et Cie, Libraires, 1844. p. 382.

²⁹ Id., ib., p. 383.

³⁰ FERREIRA, 1996, p. 89.

³¹ EDLER, 1999, p. 131.

experiência com uma cascavel, realizada em 1839.³² Esta experiência, levada a cabo no leproso Marianno José Machado, de 50 anos, interno no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro e sofrendo de lepra há seis anos, teve como resultado a morte do doente e uma longa discussão entre os médicos da Corte.³³ O debate sobre a experiência com a cascavel apresentou diferentes nuances, colocando em discussão temas como o exercício da medicina, a medicina oficial e a chamada medicina popular e autoridade científica. Se a desastrosa experiência pode ser analisada no contexto onde se procurava colocar à prova práticas terapêuticas populares, o seu fracasso deveria ser creditado por não ter se constituído numa investigação científica controlada, mas em puro empirismo.³⁴ Desta forma, o experimento em torno da aplicação do veneno da cascavel para a cura da lepra se inscreve num período onde imperava uma “*profunda desconfiança sobre os aspectos mais especulativos das doutrinas patológicas, a prova empírica definia-se quase sempre em termos da crença observacionista fundada num consenso construído em torno da prática clínica coletiva.*”³⁵

Neste aspecto, exemplos de trabalhos sancionados pela autoridade científica podem ser considerados as duas memórias sobre a morféia, apresentadas pelo Dr. João Maurício Faivre à Academia Imperial de Medicina, em 1845. Conforme já apresentamos, observando o sinal de anestesia em todas as fases da doença Faivre argumentava que a morféia dependeria de uma “*alteração ou modificação particular congênita de uma porção do sistema nervoso que*

³² A experiência do uso do veneno da cascavel na cura da morféia foi suscitada por uma disputa sobre autoridade científica em torno de uma memória do general José de Abreu Lima, intitulada *Memória sobre a elefância*. Nesta memória, enviada em 1837 para o Ministro do Império, o general afirmava que a lepra tuberculosa não era incurável. Pouco depois, em 1838, a memória foi publicada no periódico *Revista Médica Fluminense*, numa versão revista pelo autor. A publicação do trabalho no órgão oficial da Academia Imperial de Medicina teria induzido um certo Sr. Santos, apresentado como facultativo, a realizar a experiência que resultou na morte do paciente do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, que voluntariamente se deixou morder pela cascavel. Sobre a experiência com a cascavel ver FERREIRA, 1996, p. 120-32.

³³ Sobre o histórico dos trabalhos de José Abreu de Lima nos periódicos *Diário de Saúde* e *Revista Médica Fluminense* ver Id., ib., p. 120-9.

³⁴ Id., ib., p. 130-2.

³⁵ EDLER, Flávio. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. In *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Mai/Ago. 2002, vol. 9, n.2. p. 369.

conduz ou que emana sensibilidade.”³⁶ Esta modificação resultaria numa “*idiossincrasia morféica*”, causada provavelmente por uma hereditariedade comprometida por algum vírus, especialmente o sífilítico.³⁷ O médico considera como “*causas determinantes e próximas uma temperatura elevada e úmida, uma alimentação muito azotada, os excessos e às vezes as febres intermitentes, e os fenômenos consecutivos da sífilis.*”³⁸

No início do século XIX o significado da lepra partilhava dos princípios da concepção neo-hipocrática, onde saúde e doença eram estados do corpo que poderiam alterar-se por ação de causas externas ou internas. Neste período, as hipóteses etiológicas acerca da lepra envolviam um vasto e complexo conjunto de causas, onde o clima assumirá um importante papel na discussão sobre a origem da doença. Porém, é importante considerarmos que esta percepção do meio ambiente como um elemento capaz de influenciar tanto na natureza dos agentes etiológicos, como na ação destes elementos no organismo, que definiria numa complexa explicação pluricausal a etiologia das doenças, não se constituía uma contradição à tradição anatomoclínica e ao desenvolvimento das pesquisas fisiológicas. Segundo Edler, a noção de meio ambiente e suas relações com os seres vivos alcançou novo significado ao final do século XVIII e princípio do XIX, o que demarcaria uma ruptura nos fundamentos epistêmicos desta pretensa herança hipocrática sobre a causalidade das doenças. Doravante o conceito de meio assumiria diferentes conteúdos, seu novo significado pressupunha a presença de elementos físicos-químicos, baseado numa moderna concepção mecanicista que, agindo sobre o organismo, passariam a integrar a explicação médica sobre as doenças e sua etiologia.³⁹ Se em fins do século XVIII a tradição hipocrática viu-se revigorada e o pensamento médico sobre a relação entre meio-ambiente e doença seria modificado, a

³⁶ DE-SIMONI, Relatório sobre duas memórias do Sr. Dr. João Maurício Faivre, uma sobre as águas termais de Caldas Novas na província de Goiás, e outra sobre a morféia; lido na sessão geral da Academia Imperial de Medicina em 10 de abril de 1845 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 388.

³⁷ Id., ib., loc. cit.

³⁸ Id., ib., loc. cit.

³⁹ EDLER, 1999, p. 17-26.

convicção de que elementos do meio ambiente explicavam a abundância de doenças seria reforçada ainda pela experiência colonial, aspecto fundamental na trajetória da lepra.⁴⁰

Neste renascimento das idéias hipocráticas, cujos conteúdos foram restaurados pela concepção mecanicista entre o meio e o corpo, doença e saúde eram entendidas em função da interação do organismo e elementos meteorológicos, como as estações, os climas, os ventos, as propriedades das águas e outras influências naturais. A busca pela identificação nos fatores ambientais da chave para compreensão da etiologia das doenças daria lugar de destaque ao ar, tornando-se objeto de investigações químicas.⁴¹ E, tal como outras doenças, em consonância com as referências científicas do período, a lepra iria adquirir contornos nitidamente nacionais. Podemos observar, na primeira metade do século XIX, a elaboração de um conhecimento coletivo sobre a doença que seria circunscrito à especificidade dos hábitos alimentares e às condições ambientais do Brasil. Sob esta perspectiva, o regime alimentar brasileiro não tardará a ser responsabilizado pelo aumento do flagelo da lepra no país. Segundo Faivre, o uso de alimentos muito azotado, sobretudo das carnes, café, chás e de substâncias muito estimulantes, favoreceria o desenvolvimento da morféia. O problema não estava na qualidade dos alimentos ou em sua digestão, mas na dificuldade do organismo manter-se em equilíbrio com o meio ambiente. Estes alimentos não forneceriam o material suficiente para as excreções num clima quente, onde a troca de fluidos com o ambiente se fazia com grande intensidade.⁴² De-Simoni, em seu parecer sobre a memória de Faivre, ressalta que esta “(...) *maneira de considerar os alimentos azotados parece-me, além de nova, muito importante para a higiene do Brasil.*”⁴³

A mesma linha de argumentação era seguida por Paula Cândido, que incluía vários alimentos na extensa lista de causas excitantes da doença. O autor defendia que a morféia

⁴⁰ HANNAWAY, 1993, p. 292-308.

⁴¹ Id., ib., p. 305; CORBIN, Alain. *Saberes e Odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. p. 19-33.

⁴² DE-SIMONI, Relatório sobre duas memórias do Sr. Dr. João Maurício Faivre, uma sobre as águas termais de Caldas Novas na província de Goiás, e outra sobre a morféia lido na sessão geral da Academia Imperial de Medicina em 10 de abril de 1845 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 389.

⁴³ Id., ib., loc. cit. Azoto é a denominação mais comum do nitrogênio em Portugal.

podia vir do uso prolongado de produtos de origem animal, além de alimentos como pinhão, gordura e carne de porco alimentado com este fruto, oleaginosos como amêndoas, sapucaias, amendoins, mariscos, camarões e caranguejos.⁴⁴ Para o médico, haveria ainda outras substâncias que, não sendo capazes de produzir a morféia, acelerariam seu progresso. No primeiro grupo de alimentos com esta propriedade temos o café, vinho, licores e pimenta da Índia, que aumentariam a calorificação animal e a quantidade de elemento combustível, o que resultaria na diminuição do oxigênio destinado ao sangue venoso para transformá-lo em arterial. No segundo grupo de elementos teríamos todos os oleosos, os de origem animal e as frutas resinosas, como a manga. Estas substâncias seriam capazes de aumentar também o elemento combustível e os princípios imediatos do sangue. Ainda que a hipótese alimentar não se constituísse em elemento novo no quadro etiológico da lepra, a argumentação de Paula Cândido ganhou um novo e importante componente: o clima quente e úmido. Para o médico o mesmo alimento que nos países frios e temperados não produziria qualquer prejuízo ao organismo, nos países de clima quente trazia a consequência funesta de causar a morféia.

“A principal ação do calor na produção do alimento, cumpre ainda ponderar, que nos países equatoriais e intertropicais a evaporação do suor renova continuamente o líquido que atravessa a pele para constituir a transpiração; e os poros deste tegumento ou os canais por onde transpira o suor, obedecendo a lei geral, se acham muito mais dilatados, o calórico, estimulante natural universal, excita a pele mais que nos países frios: ora, se a pele é atravessada no mesmo tempo por maior quantidade de líquido, que muito é que ela se irrite mais facilmente e se inflame?”⁴⁵

Seria o clima do Brasil, quente e úmido, que funcionaria como um fator em condições de alterar a propriedade de vários elementos, como os temperamentos, os alimentos ou a habitação, produzindo causas excitantes da lepra. Mas poderia também funcionar como um

⁴⁴ Id., ib., p. 399.

⁴⁵ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p.401.

fator predisponente da doença ao “*provocar continuamente a evaporação do suor, renovando continuamente o líquido que atravessa a pele para constituir a transpiração.*”⁴⁶ Devemos lembrar que a idéia da permeabilidade do invólucro natural do organismo, a pele, e seu açodamento por elementos externos como a água e o calor, tiveram importante significado histórico nas práticas higienistas desde o século XVI.⁴⁷

A partir de 1830 o papel respiratório atribuído à pele ganharia destaque, a obstrução dos poros impediria as trocas gasosas, o que mudaria sensivelmente a função assumida pelos banhos temperados e a representação do corpo e da pele como invólucro, bem como os pressupostos higiênicos prescritos para manutenção da saúde.⁴⁸ Se a importância da respiração e das trocas gasosa teve um papel de destaque nas premissas higiênicas, outros fatores deveriam ser considerados quando se tratava dos países de clima quente e úmido, já que os excessos de trocas poderiam provocar inflamação da pele. Segundo Paula Cândido, o calórico era um estimulante natural universal, o que tornava o organismo sob o clima quente especialmente afeito a produzir uma constante irritação na pele. Esta irritação seria causada pela passagem do suor, o que poderia provocar uma desorganização no tecido da pele. Como coloca Paula Cândido:

*“(...) ação isolada do calor irrita e inflama os nossos tecidos que muito é que este calor, achando já a pele excitada pelo copiosos trajetos do suor, e por ventura de princípios estranhos à sua função, a irrite, a inflame; e aí concrete a fibrina, albumina, etc, e a torne elefantíaco?!”*⁴⁹

Além dos alimentos, João Maurício Faivre, ao discorrer sobre os efeitos de uma temperatura quente e úmida no favorecimento da morféia, aponta também o abuso dos

⁴⁶ Id., ib., loc. cit.

⁴⁷ CORBIN, 1987, p. 20-1; VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1985. p. 135-6.

⁴⁸ Id., ib., p. 133-9.

⁴⁹ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p.401.

prazeres sexuais como fator predisponente à doença. Como vimos no primeiro capítulo, a relação entre lepra e o ato sexual foi recorrente na literatura médica durante a época medieval, tendo contribuído para a idéia da causa da doença pela lascívia. Segundo Bériac, a hipótese da contaminação venérea, apesar de sua origem longínqua foi de introdução mais tardia na Europa, integrando o mesmo conjunto de inovações verificadas a partir do século XII, sendo reforçada cientificamente pela tradução das obras árabes. Assim, a hipótese da causa venérea da lepra esteve acompanhada pela idéia da corrupção do espermatozóide dos leproso e da lubrificação dos leproso, muito frequentemente associada também à idéia da hereditariedade da doença.⁵⁰

Esta relação entre a lepra e uma sexualidade desenfreada, reforçou o seu significado como uma doença sexualmente transmissível, contribuindo ainda para instituir a imagem do leproso como possuidor de um apetite sexual insaciável. No caso brasileiro, o clima iria também conferir especificidade ao papel da sexualidade na etiologia da morféia, já que o calor não propiciava nenhum tipo de excesso, quer fosse sexual ou alimentar. Mas, foi a sífilis, mais do que qualquer outro, o elemento que mais comumente foi relacionado à origem da lepra. A idéia de uma relação causal entre sífilis e lepra não era também um dado novo no complexo quadro etiológico das doenças na primeira metade do século XIX, a transmissão venérea da lepra e a hereditariedade da doença foram hipóteses complementares no pensamento médico desde a Idade Média.⁵¹ Segundo Carrara, a reflexão médica sobre a sífilis passou por profundas transformações a partir da primeira metade do século XIX, que se consolidaria no começo do século XX, quando se estabilizaram as linhas gerais de compreensão da doença.⁵² Foi ainda na primeira metade do século XIX que o conceito da doença se estabeleceria, passando de um mal que se confundia com inúmeras outras doenças que atingiam os órgãos sexuais, para uma moléstia singular com contornos mais nítidos, distinguindo-se de outras doenças como a blenorragia. O processo de singularização da sífilis ocorreu no mesmo

⁵⁰ Id., ib., p. 51.

⁵¹ BÉRIAC, 1988, p. 56.

⁵² CARRARA, 1996, p. 25.

período em que a lepra tinha suas manifestações clínicas descritas por Danielssen e Boeck, o que produzirá algumas semelhanças neste processo identitário das duas doenças. Ambas vivenciaram, nesta primeira metade do século XIX, um modelo de compreensão que somava sintomas inespecíficos à vigência de um modelo etiológico pluricausal, o que não só alimentou o debate sobre a natureza de seus agentes causais, como produziu uma instabilidade conceitual e contornos pouco precisos para as doenças.⁵³

Em 1841, Paula Cândido leu em sessão na Academia Imperial de Medicina memória sobre as causas, sintomas, sede e tratamento da morféia, onde argumentava que a sífilis não era a causa da morféia, mas fator que acelerava e modificava a afecção cutânea quando com ela coincidia. No debate que se seguiu a esta sessão, o médico Júlio Xavier combateu as hipóteses alimentar e climatológica, defendidas por Paula Cândido, insistindo na idéia de haver nesta moléstia um ‘*princípio sífilítico*’. O relatório apresentado em 1868 pelo Dr. João Pereira Lopes, médico do Hospital dos Lázaros, nos dá uma excelente posição do papel atribuído à sífilis na etiologia da lepra na primeira metade do século XIX:

*“Quer ela seja classificada predisponente, ocasional ou determinante, a sífilis, esse Proteu, representa um papel assaz importante no desenvolvimento dessa enfermidade, mormente quando de concomitância com ela atuam diversas outras apontadas pelos patologistas (...)
Negar a influência dessa causa tão poderosa seria desconhecer tão bem as modificações que sobre o organismo é capaz de imprimir a sífilis debaixo de imensas e variadas formas que constantemente se patenteiam”.*⁵⁴

Se para Dr. João Pereira Lopes, a sífilis seria a ‘*causa determinante*’ da morféia, Maurício Faivre inclinava-se a atribuir à morféia a um ‘*vírus*’ e, principalmente, ao ‘*vírus*

⁵³ Id., ib., p. 25-33.

⁵⁴ LOPES, João Pereira. Relatório do movimento e estado do Hospital dos Lázaros precedido de algumas considerações acerca da morféia, seu tratamento e experiências que se fizeram nesse mesmo hospital no ano de 1869 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 464.

sifilítico'. Da mesma forma que para alguns médicos a sífilis seria a '*causa determinante*' da lepra, havia outros que defendiam que a sífilis funcionaria como um elemento '*predisponente*' para a doença. Portanto, independente da maior ou menos relevância conferida à sífilis na etiologia da lepra, podemos constatar que a doença esteve sempre presente nos estudos e pesquisas sobre a lepra, sendo um dos elementos que lhe conferiu unidade discursiva neste período. De contorno clínico pouco preciso, o conceito de lepra foi sendo formatado pelos agentes etiológicos e os processos patogênicos que fizeram parte do quadro nosológico brasileiro na primeira metade do século XIX, onde se associariam elementos como clima e sexualidade.

Este processo de individualização da lepra tinha diferentes dimensões clínicas, além da etiologia devemos considerar ainda questões como o diagnóstico e a terapêutica da doença no período em estudo. No caso da lepra, o diagnóstico assumia sempre feições dramáticas, especialmente quando o doente era proveniente das camadas mais pobres da população, a quem muito freqüentemente restava a mendicância como forma de sustento. Dentro dos limites deste trabalho, importa-nos apenas ressaltar a dificuldade clínica em estabelecer o diagnóstico de uma doença cuja fronteira com outras moléstias nem sempre era clara. Se, muitas vezes, mesmo entre os profissionais da medicina era difícil estabelecer o diagnóstico diferencial entre a lepra e inúmeras outras dermatoses, o problema agravava-se ente os leigos. João Pereira Lopes informava ser freqüente a entrada de doentes que, pelo fato de apresentarem deformidades nas mãos e nos pés, eram remetidos pela polícia ao Hospital dos Lázaros como morféticos.⁵⁵

É interessante observarmos as diferentes situações em que se evidencia a mobilidade conceitual da lepra. No mesmo relatório em que destaca a dificuldade do diagnóstico clínico da lepra, Pereira Lopes confere aos progressos da ciência o crescente descrédito do contagionismo e a ascensão da teoria hereditária. Segundo o médico, a idéia do contágio

⁵⁵ Id., ib., loc. cit.

estaria desaparecendo em vista das “*numerosas observações de abalizados práticos na África, América do Norte, Noruega, no Brasil e finalmente na França, por Mrs. Alibert e Biett.*”⁵⁶ Sua certeza no anticontagionismo poderia ser exemplificada pelo fato do Hospital dos Lázaros ser constantemente visitado por pessoas de todas as classes sociais e nacionalidades, para onde muitas famílias iam a passeio ou por caridade, “*sem escrúpulo do contágio dessa terrível enfermidade.*”⁵⁷ Mas, ao reportar-se aos doentes recolhidos no Hospital dos Lázaros por esmolarem ou vagarem nas ruas e igrejas, freqüentemente confundidos com morféticos pela polícia, Lopes considera que deveriam ser recolhidos ao hospital da Misericórdia ou ao asilo de mendicidade, “*livrando-os da presença daqueles que realmente se acham afetados da moléstia, e bem assim do contágio dessa horrível sarna que tanto reina neste hospital (...).*”⁵⁸

Mas, acima das divergências entre contagionistas e anticontagionistas, estava a constatação pelos médicos de que a lepra disseminava-se na cidade do Rio de Janeiro. Dentre os fatores que respondiam por sua propagação havia ainda um elemento singular, que também contribuiu para atribuir especificidade à doença no Brasil: as amas africanas. Para Paula Cândido, “*o leite e o ‘prolongado contato’ das amas, especialmente morféticas, africanas, se não igualam a hereditariedade excedem na rapidez da propagação.*”⁵⁹ A questão das amas estava relacionada à pretensa origem africana da lepra, discussão que mobilizou estudiosos da doença no decorrer do século XIX. Aliás, este debate não foi exclusivo da lepra, mas esteve presente de forma semelhante na discussão sobre a origem de outras doenças no Brasil e, em especial, no palco em que se tornaram as doenças epidêmicas. Estabelecer a origem das doenças envolvia inúmeras questões que a elite médica de cada país teve de enfrentar, como o

⁵⁶ Id., ib., p. 469

⁵⁷ Id., ib., loc. cit.

⁵⁸ Id., ib., p. 464.

⁵⁹ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p.401.

lugar da doença no cenário político e econômico local, sua carga simbólica e seu conteúdo social.⁶⁰

Sabemos que a tentativa de precisar a causa da lepra estava longe de elucidar questões que tanto afligiam os médicos como sua definição clínica, transmissibilidade ou terapêutica específica. Porém, esta discussão contribuiu para circunscrever o lugar de cada país na conjuntura de progresso e civilização que os ideais do século XIX expressariam e que doenças como a lepra ou os surtos epidêmicos se encarregavam muitas vezes de esvaecer. O século XIX atualizará o conceito da lepra como uma doença das colônias, uma das marcas de um atraso civilizacional que caracterizaria as possessões tropicais. À lepra associaram-se, em diferentes contextos nacionais, questões como raça, eugenia, hereditariedade e contágio, fornecendo não só os elementos necessários para a compreensão do conceito da doença nas décadas finais do século XIX, mas também reforçando os modelos etiológicos de exclusão já experimentados no seu combate.

No Brasil, a discussão sobre a origem da lepra foi marcada por um certo consenso em torno de sua inexistência na América antes da descoberta, já que não haveria evidência de sua presença entre os indígenas.⁶¹ O mesmo não se dava quanto à forma de sua introdução no país, se através dos europeus, onde concorriam portugueses, espanhóis, franceses e holandeses, ou dos africanos.⁶² Para os médicos brasileiros, a doença não só não seria originária de nossos

⁶⁰ Sérgio Carrara, em seu livro *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil*, ao abordar a questão da sífilis como uma doença estrangeira, trazida pelos europeus, coloca em questão o esforço dos sifilógrafos em produzir uma sífilis nacional, uma espécie de atributo dos brasileiros, dada sua enorme disseminação no país. Este fator reforçaria a percepção do país como um lugar de luxúria, resultado da conjunção de fatores climáticos e raciais, aprisionando-nos no fatalismo do *abastardamento racial*. Contra esta percepção levantam-se vozes que alegam fatores sócio-morais como moduladores da ‘necessidade sexual’, sendo a *degeneração* uma questão conjuntural de nossa nacionalidade e não estrutural, o que tornava a luta antivenérea uma bandeira a ser incorporada pelos eugenistas. Cf. CARRARA, 1996, p. 75-132.

⁶¹ Para uma visão sintética das diferentes posições sobre a origem da lepra ver SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 1-15.

⁶² A contribuição africana para a introdução da lepra no Brasil não esteve longe de dividir opiniões, o médico Souza Araújo, ao discorrer sobre esta questão em seu livro *História da Lepra no Brasil*, coloca que nomes como Juliano Moreira, Nina Rodrigues e Flávio Murano discordaram sobre a possibilidade da introdução da lepra pelos africanos. Citando Juliano Moreira, o autor afirma que este “(...) *por um exagerado orgulho de sua raça, defendeu os africanos da pecha de introdutores da lepra no Brasil*”. Id., ib., p. 11.

primeiros habitantes como fora trazida em condições específicas, cuja expansão fora beneficiada pela mistura racial. Segundo João Pereira Lopes:

“(...) a moléstia que entre nós parece ter sido influenciada pelo cruzamento das raças, pois só apareceu na América do Sul depois que milhares de africanos aportaram às nossas praias, trazidos por meia dúzia de homens sem religião, obcecados pela torpe ganância de um tráfico imoral e vergonhoso, e que impávidos e impunes arrastaram até nós este legado funesto, de que proveio tão horrível mal (...).”⁶³

Tema bastante presente na historiografia, o impacto da miscigenação racial na construção da nacionalidade brasileira transformou-se em fonte inesgotável para a intelectualidade, cuja repercussão no estabelecimento de uma agenda política foi um marco de todo século XIX.⁶⁴ Se o passado colonial e a escravidão tornaram-se elementos que deveriam ser superados para que o Brasil atingisse o patamar de país civilizado, a miscigenação se constituiria num elemento próprio da nacionalidade brasileira. Esta especificidade muitas vezes foi objeto de negatização, quando o critério racial definia o mestiço como inferior. Algumas vezes, a miscigenação tornava-se um atributo positivado, quando à mistura racial conferia-se o papel de um mecanismo de formação da nação desde os tempos coloniais e base de uma futura raça histórica brasileira.⁶⁵

⁶³ LOPES, João Pereira. Relatório do movimento e estado do Hospital dos Lázaros precedido de algumas considerações acerca da Morféia, seu tratamento e experiências que se fizeram nesse mesmo hospital no ano de 1896 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 469.

⁶⁴ Há uma extensa bibliografia sobre a questão racial no Brasil em seus mais diferentes desdobramentos, indicaremos apenas alguns trabalhos que estreitam a relação entre a discussão sobre raça e saúde pública: STEPAN, Nancy Levy. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Tradução Paulo M. Garchet. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005; CHOR, Marcos & SANTOS, Ricardo V. (orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996; CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996; CUNHA, Olívia Maria Gomes da. *Intenção e gesto: pessoa, cor e produção cotidiana da (in) diferença no Rio de Janeiro, 1927-1942*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2002.

⁶⁵ SEYFERTH, Giralda. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização In CHOR, Marcos & SANTOS, Ricardo V. (orgs.), 1996, p. 43.

A relação entre raça e saúde é um tema bastante presente na historiografia brasileira do século XIX, reflexo da relevância que a questão assumiu num país de estrutura escravocrata. No final do século XIX a questão racial se constituiu num dos maiores dilemas de uma nação que procurava conciliar seu passado escravagista aos ideais de progresso e a civilização, estabelecidos a partir dos padrões europeus de cultura e sociedade. Segundo Maio e Monteiro, as “(...) interfaces entre raça, medicina e saúde pública estiveram em voga entre as últimas décadas do século XIX e os anos 40 do século XX, enquanto fontes inspiradoras de políticas públicas.”⁶⁶ Sobre esta questão é bastante elucidativa a análise de Chalhoub sobre febre amarela e ideologia racial no Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX.⁶⁷ Segundo o autor, as medidas adotadas pelo governo imperial para conter os recorrentes surtos de febre amarela estiveram informadas pela hipótese da maior susceptibilidade dos estrangeiros, ao contrário dos negros que pareciam resistir melhor à esta doença epidêmica. A hipótese sustentada por Chalhoub é que esta característica da febre amarela, de acometer de forma diferenciada negros e brancos, trará importantes conseqüências na formulação de políticas de combate à doença. Segundo o autor, a febre amarela foi transformada na principal questão de saúde pública do Império justamente por acometer preponderantemente os imigrantes, trabalhador modelo do ideário civilizacional do Império brasileiro.⁶⁸

Marcos Chor Maio propõe uma outra linha de análise para a relação entre doença e raça, relativizando a argumentação sustentada por Chalhoub de que a medicina higienista do século XIX assumira a tarefa política de promover o ideal de embranquecimento da população. Para Maio, não devemos tomar em sentido absoluto a relação entre raça e política de saúde já que “nas duas primeiras décadas do século XX, momento em que explode o debate sobre saúde pública, o higienismo — assentado em princípios da bacteriologia e da

⁶⁶ MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da saúde da população negra no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Mai/Ago. 2005, vol.12, no.2, p.419-446.

⁶⁷ CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das letras, 1996.

⁶⁸ Id., ib., p. 68-78.

*microbiologia — manteve elos de continuidade com o ideário neo-hipocrático do século XIX no Brasil, particularmente no que tange à recusa a chaves explicativas de natureza racial".*⁶⁹

Retomaremos mais à frente a discussão sobre lepra e raça no Brasil e, nos limites da análise sobre os elementos que compuseram o processo de individualização da doença, importa-nos perceber que a lepra tornou-se um campo de debates para as questões que estavam em pauta na agenda sanitária produzida no período, mesmo que muitos destes temas ainda não tivessem se consolidado no discurso médico. Devemos levar em consideração que a doença se estabelecia como uma entidade patológica particular, o que tornava o seu terreno conceitual ainda bastante movediço. Os deslizamentos de significado da lepra podem ser conferidos pela relação entre a doença e a questão racial no século XIX, no qual discurso de José Jerônimo de Azevedo Lima, no relatório do Imperial Hospital dos Lázaros, em 1887, pode ser um excelente exemplo. Ao observar que na estatística de leprosos, de outubro de 1799 até 1887, o número de africanos era relativamente grande, quase um terço de todas as outras nacionalidades, reputa este dado antes ao tráfico do que um caráter racial distintivo.

*“Este fato não implica predileção por esta raça, antes tem sua explicação no tráfico que deles houve outrora em larga escala para o Brasil, e tanto assim que de 1850 em diante começam a diminuir as entradas destes, justamente alguns anos depois de ter cessado aquela hediondez.”*⁷⁰

Se a miscigenação racial brasileira fornecera o respaldo para justificar a disseminação da lepra no país, no final do século XIX o médico Azevedo Lima convertera a lepra numa doença que não privilegiava raça ou classe social. A chave para compreendermos este alteração na perspectiva de tratar a questão racial frente à lepra parece-nos estar na discussão

⁶⁹ Cf. MAIO, Marcos Chor. ‘Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX’ In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio (org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 15-44.

⁷⁰ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Relatório da Irmandade do SS. Sacramento da Candelária. Exposição do médico do Imperial Hospital dos Lázaros, 1887 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 489.

etiológica da doença. Azevedo Lima afirmava, no relatório de 1893, que a lepra não poupava raça, idade, sexos ou condição social.⁷¹ Para o médico do Hospital dos Lázarus, a lepra era uma doença bacilar, “*de bacilo constante, exclusivo, com localizações determinadas, eletivas, que lhe são individuais. Sua origem não pode, portanto, ser múltipla, mas una e única: o próprio bacilo.*”⁷² E este será um dos pontos cruciais colocados pelo embate entre contagionistas e anticontagionistas: o alcance das medidas propostas para o controle e profilaxia da lepra no Brasil. Entre o contágio e a hereditariedade, ou o bacilo como causa única e exclusiva da doença, e um conjunto de fatores, como a predisposição do corpo e do ambiente para o surgimento da lepra, serão formuladas propostas que tentarão dar conta de questões como raça, hereditariedade, casamento e família nas décadas seguintes.

2.2 Banhos tépidos, loções, preparações mercuriais, dieta alimentar e seqüestro dos morféticos

*“É a medicina, que tantos progresso tem feito em todos os ramos, nenhum passo tem dado relativamente à terapêutica dessa enfermidade. É muito possível, nós acreditamos que uma descoberta de tanta magnitude tenha lugar; que ele se não fará espera muito tempo, e que esteja mesmo reservada para o século XIX, já tão carregado de troféus que tem colhido no longo caminho do conhecimentos humanos, onde ovante e glorioso sobressai, (...) a todos o outros pelas proporções gigantescas que tem tomado em todas as ciências. Por enquanto, porém, ela continua para nós a ser considerada incurável.”*⁷³

(João Pereira Lopes)

⁷¹ Id., Relatório da Irmandade do S. S. Sacramento da Candelária. Exposição do médico do Imperial Hospital dos Lázarus, 1893 In SOUZA ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. *História da lepra no Brasil: período republicano (1890-1952)*. vol. 3. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956. p. 26.

⁷² Id., Relatório da Irmandade do SS. Sacramento da Candelária. Exposição do médico do Imperial Hospital dos Lázarus, 1891 In Id., ib., p. 18.

⁷³ LOPES, João Pereira. Relatório da Irmandade do S. S. da Candelária. Exposição do médico do Imperial Hospital dos Lázarus, 1872 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 471.

Vimos que na primeira metade do século XIX eram produzidos os primeiros trabalhos de médicos brasileiros sobre lepra. A doença ganhava espaço nos debates das associações científicas, periódicos médicos e nas teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A elaboração deste conhecimento coletivo sobre a lepra, ainda que não se desviasse dos pressupostos científicos do período, preocupado em elucidar as principais incertezas em relação à doença, produziria um modelo original sobre a etiologia da doença no Brasil. A pesquisa sobre a lepra centrava-se na busca de um consenso em torno da sua definição e na tentativa de caracterizar o quadro clínico da moléstia, procurando conferir um diagnóstico diferencial com outras doenças, como a sífilis e a elefantíase-dos-gregos. No entanto, o esforço em dissipar a instabilidade conceitual da lepra esbarrava ainda na divergência em torno de sua etiologia. No Brasil, este debate conciliaria a anatomopatologia, o higienismo e a climatologia, fazendo com que a discussão sobre a causalidade da lepra ganhasse contornos próprios. Em consonância com este modelo explicativo, diferentes fatores concorreriam para explicar a etiologia da doença, tal como a hereditariedade comprometida pelo '*vírus sífilítico*'⁷⁴, o clima quente e úmido, os alimentos, as bebidas, o ar ou a habitação.

Esta discussão etiológica foi acompanhada também por uma preocupação em buscar tratamentos mais eficazes para a doença. Como veremos, definir clinicamente a lepra envolveu ainda pesquisas e diferentes experimentos na tentativa de se estabelecer uma terapêutica exclusiva para a doença. Para a compreensão do significado da terapêutica da lepra na primeira metade do século XIX é importante analisarmos a estrutura conceitual de que fez parte, já que o conhecimento médico disponível não formara uma percepção unificada da causalidade das doenças. Segundo Rosenberg, no início do século XIX o corpo era visto, metaforicamente, como um sistema de interações dinâmicas com o seu ambiente, a percepção sobre saúde e doença resultavam da acumulativa interação entre constituição física e circunstância ambiental.⁷⁵ A garantia da saúde estava no equilíbrio do funcionamento do

⁷⁴ A noção de vírus, neste período, esteve associada à noção de infecção e contágio. Cf. TORRES, 2002, p. 97; CZERESNIA, 1997, p. 52-3.

⁷⁵ ROSENBERG, 1992a, p. 12.

organismo, que seria constantemente acossado em sua relação com o meio por fatores como clima, alimentação ou qualidade do ar. Além disto, as próprias exigências do corpo, inerentes ao desenvolvimento humano, como menstruação, menopausa, dentição ou puberdade, alterariam seu equilíbrio interno.⁷⁶

A terapêutica na primeira metade do século XIX deve ser percebida como um sistema de crenças partilhado por médicos e leigos, o que envolvia tanto uma base explicativa conceitual, quanto as relações sociais intrínsecas ao processo de tratamento clínico de uma doença. Além disto, os procedimentos terapêuticos sancionados pela medicina pressupunham uma posição não intervencionista dos médicos, cuja função seria de auxiliar o processo de recuperação natural do organismo através dos tratamentos apropriados. Restaurar este equilíbrio natural significava uma complexa ação terapêutica, onde não haveria drogas específicas para a doença, mas para o doente.⁷⁷ Estas são considerações importantes para analisarmos as medidas propostas para o tratamento da lepra na primeira metade do século XIX, apoiadas na convicção de que a doença seria provocada pela instabilidade dos mecanismos fisiológicos.

Conforme vimos, as hipóteses sobre a etiologia da doença colocava em causa uma grande variedade de fatores, especialmente a relação entre os elementos físicos e químicos que compunham o meio – como ar, calor, umidade ou frio – e o corpo.⁷⁸ Assim, sua terapêutica centrava-se na busca do restabelecimento do equilíbrio do organismo e, para tanto, dever-se-ia evitar qualquer excesso, fosse alimentar, físico ou sexual. Faivre aconselhava que se mantivesse “*o corpo sempre ligeiramente vestido e se morasse em casas altas.*”⁷⁹ Estas

⁷⁶ Id., ib., p. 13.

⁷⁷ Id., ib., p. 14. Segundo Rosemberg, a prescrição de drogas nas primeiras décadas do século XIX envolvia uma série de fatores como a seleção e combinação de diferentes produtos, suas dosagens, o conhecimento da fisiologia única de cada doente e sua família, a influência do clima, das estações e da geografia na reação a determinado medicamento. Cf. Id., ib., p. 19.

⁷⁸ EDLER, 1999, p. 34-7.

⁷⁹ FAIVRE, João Maurício. Opiniões dos médicos do Rio de Janeiro acerca da elefantíase-dos-gregos, vulgarmente denominada morfêia, expandidas e conhecidas antes da memória do Sr. Faivre sobre esta moléstia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 389.

recomendações eram complementadas por Paula Cândido com a indicação de banhos cotidianos e prolongados para conter os malefícios do clima quente e úmido, amenizar o calor e ativar a respiração. No Brasil, os banhos tiveram uma grande relevância na terapêutica da lepra, já que a temperatura e a umidade atmosférica assumiriam um importante papel na discussão etiológica sobre a doença. O clima brasileiro teria capacidade de alterar a propriedade de vários elementos, como os temperamentos, os alimentos ou a habitação, produzindo causas excitantes da lepra. Além disso, o calor e a umidade funcionariam ainda como fatores predisponentes da doença ao provocar, continuamente, a evaporação do suor. Como prescreve Paula Cândido:

“O grande, o continuado uso dos banhos de rios que o clima convida as tribos indígenas brasileiras, parece-nos a medida eminente, que a sábia, e singela natureza empregou para ativar-lhes a respiração, subtraindo-lhes o calor; para renovar as secreções da pele, e aí prevenir os inconvenientes da elevação da temperatura.”⁸⁰

Segundo Paula Cândido, os banhos poderiam ser *“ligeiramente alcalinos pela adição de sabão.”*⁸¹ Devemos lembrar o papel da pele como invólucro natural do organismo e seu freqüente ataque por fatores externos, que obstruiriam os poros e impediriam as trocas gasosas. Logo, os banhos temperados tinham, além do papel de amenizar a temperatura, a função de aliviar a pele da agressão da morféia *“e permitir assim a absorção da água, que vai atenuar a proporção dos princípios do sangue, e facilitar a transpiração; o que tudo é conducente ao mesmo fim.”*⁸² Para os já doentes recomendava-se mudar, ao menos uma vez ao dia, *“toda roupa branca unida ao corpo, que facilmente se impregna das exalações cutâneas, e banhar-se o mais possível.”*⁸³ Como a doença, segundo Paula Cândido, dependeria também

⁸⁰ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 399.

⁸¹ Id., ib., p.405.

⁸² Id., ib., loc. cit.

⁸³ Id., ib., p. 406.

de um sangue com excesso de “*fibrina, matéria colorante, albumina ou outros princípios imediatos e elementos combustíveis*”⁸⁴ deveria se lançar mão dos recursos científicos disponíveis para equilibrar este quadro, o que significava além dos já citados banhos, as sangrias, sanguessugas e loções.

*“As sangrias copiosas repetidas com intervalos de 3 e 4 semanas ou sempre que exija o estado geral ou local: as sanguessugas aplicadas aquelas regiões da pele, nas manchas, tubérculos, e onde a circulação continuar embaraçada a despeito da sangria, são meios como se sabe eficacíssimos para depauperar o sangue.”*⁸⁵

As águas termais também exerceram um papel importante no tratamento de leprosos, sua prescrição já era recorrente nas sociedades islâmicas medievais, bem como no Egito e Espanha.⁸⁶ Sua ação terapêutica era constantemente reforçada por notícias de cura de doentes leprosos, o que suscitou o relatório de Vicente Morretti Foggia sobre as águas termais de Goiás. Neste trabalho, já citado anteriormente, Morretti Foggia propunha a organização de um centro de tratamento de leprosos em Caldas Novas e Caldas Velhas, região freqüentemente procurada por estes doentes em busca do pretenso valor terapêutico de suas águas termais.⁸⁷ O médico Maurício Faivre, encarregado pelo governo imperial de analisar o relatório de Moretti Foggia, conclui que as águas termais não teriam nenhum valor terapêutico para os acometidos pela doença, mas somente uma grande importância de ordem higiênica e moral, aconselhando para o seu tratamento:

⁸⁴ Id., ib., p. 404.

⁸⁵ Id., ib., p. 405.

⁸⁶ TORRES, 2002, p. 108. Esta imagem de fontes de águas e lagoas que curavam milagrosamente as mais variadas doenças foi uma recorrência também no Brasil. A existência destas fontes em terras coloniais reforçava a idéia de que haveria em suas proximidades “*entranhas invisíveis de leitões naturais repletos de tesouros e poderosos segredos*”. Cf. MARQUES, Vera Regina Beltrão. *Medicinas secretas: magia e ciência no Brasil setecentista* In CHALHOUB, Sidney et al (orgs). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2003. p. 164.

⁸⁷ Sobre o trabalho de Vicente Morretti Foggia e os relatórios de Maurício Faivre e o da Academia Imperial de Medicina ver nota 12, do tópico 2.1 *Lepra, morfêia ou elefantíase-dos-gregos: a singularização de uma doença na primeira metade do século XIX*, deste trabalho.

“O uso diário dos banhos tépidos e de umas pílulas compostas de extrato de folhas de noqueira, oxido rubro de mercúrio, oxido preto de ferro, quina amarela, caroba e xarope de goma, acompanhadas de uma decocção de plantas amargas; purgantes de 20m em 20 dias, e algum exercício; e recomenda a continuação deste tratamento por dois ou mais anos. Na variedade impetiginosa, quando parece haver complicação dartrosa, ele acrescenta no banho uma garrafa de hidrosulfato de cal. Quando há úlceras, as quer curadas somente com fios secos.”⁸⁸

O relatório da Academia Imperial de Medicina, sobre as duas memórias do Dr. Faivre, também rejeitou qualquer função terapêutica das águas termais goianas, recomendando que os recursos financeiros do governo imperial devessem ser empregados em medidas de maior eficácia no combate à lepra. Para tanto, conclui que o seqüestro dos doentes seria considerado a mais importante providência a ser tomada pelo governo, independente de qualquer estudo, pois:

“Tendo um grande número de casos de morfêia, uma origem hereditária, deve-se muito rezear que a proliferação dos morféticos aumente o número destes infelizes, e encha o estado de uma população enferma: seria por tanto conveniente pôr, a respeito deles em execução a lei do seqüestro e apartamento, não só entre os cônjuges, senão também para com quaisquer afetados da moléstia, para vedar que indivíduos tais, tendo relações sexuais com pessoas sãs, procriem uma prole morfética, e perpetuem no país uma geração doente.”⁸⁹

Como pudemos observar nos trabalhos produzidos nesta primeira metade do século XIX, as propostas mais freqüentes para controle dos casos de lepra eram o seqüestro dos doentes, a proibição do casamento entre leprosos e a obrigação da separação dos cônjuges, no caso do acometimento de um deles pela doença. Estas propostas, ainda que fossem as mesmas

⁸⁸ DE-SIMONI, Relatório sobre duas memórias do Sr. Dr. João Maurício Faivre, uma sobre as águas termais de Caldas Novas na província de Goiás, e outra sobre a morfêia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 389.

⁸⁹ OFÍCIO enviado ao Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império, lido na Sessão Geral de 28 de agosto de 1845 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 395.

apontadas pelos defensores do contagionismo da lepra, não se apoiavam na hipótese de sua transmissibilidade. Estas proposições, baseadas na teoria hereditária, tinham por objetivo evitar o ato sexual entre os doentes e as pessoas sãs, contendo a multiplicação dos morféticos. A estas medidas seguiam-se as mais diversas prescrições terapêuticas como os banhos, a aplicação de loções de pele nos intervalos dos banhos, unções com óleo de amêndoas doces e o galvanismo. Segundo Paula Cândido, o galvanismo substituiria os banhos e choques elétricos no tratamento da lepra e sua função seguiria o mesmo princípio racional de promover a circulação dos fluidos corporais, provocando suores abundantes e facilitando sua passagem, além de “*tornar mais líquido e menos coagulável o sangue.*”⁹⁰ O médico fornece ainda uma lista interminável de ácidos vegetais, infusões e bebidas variadas que os morféticos deveriam usar abundantemente e por um longo espaço de tempo. Como o próprio Paula Cândido afirma, os aparelhos digestivo e respiratório seriam os mais afetados no decurso da lepra, sendo prudente prevenir suas alterações, inclusive no uso de produtos com fins terapêuticos:

“(...) dou-me por satisfeito, e por muito arrependido das vezes que tenho caído no laço embaído pelo tom peremptório, com que o empirismo ousa anunciar em altas expressões e artigos volantes ‘cura da morféia’ pelo mercúrio, iodo, arsênico, visicatórios, cautérios, duchas, banhos de vapor, banhos sulfurosos, termais, tintura de cantaridas, guáiacó, quina, dulcamara, mezerão teiuiá (teyuyá), as asiáticas arseniosas pílulas de Fowler, de Pearson, os drásticos de todo o gênero águas santas, robe anti-sifilítico, anti-escrupuloso, elixir contra-elixir, víboras, cobras, lagartos, lagartidres, e outros bichos peçonhentos!!!”⁹¹

Os efeitos, muitas vezes dramáticos, da terapêutica e do intenso experimentalismo no tratamento da lepra, podem ser dimensionados pelas palavras do médico, que continua:

⁹⁰ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 405-6. A galvanização, procedimento terapêutico originado das pesquisas realizadas pelo médico Luigi Galvani (1731-1798), consistiu na utilização terapêutica da eletricidade galvânica em diversas enfermidades. O galvanismo, proveniente de uma corrente contínua derivada, por exemplo, de uma bateria química, foi muito utilizado, especialmente nas doenças que produziam a paralisia. Ver <http://www.historiadelamedicina.org/Galvani.html>>. /Acesso em 8/02/2006/

⁹¹ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 406.

“Pela minha parte peço perdão aqueles, cujo fim foi acelerado por esta ilusão, e aconselho aos que resistiram, que se acautelem contra as bordoadas de cego, com que o empirismo pretende espancar a moléstia...sentido! que não errem o tiro: um bacamarte com toda a metralha, que aponta arrisca não matar somente a moléstia!!!”⁹²

Esta afirmação de Paula Cândido coloca em questão como o tratamento da lepra, doença então considerada incurável, se constituiu num mercado terapêutico livre até que o chalmugra se convertesse no medicamento por excelência da doença.⁹³ As experiências clínicas da lepra obedeciam aos princípios de uma etiologia compreendida numa perspectiva multicausal, o que tornava os procedimentos médicos complexos e variados, sujeitos a uma extensa hierarquia de causas. Para Ackerknecht, a atuação da maior parte dos médicos do início do século XIX pode ser caracterizada por certo ceticismo terapêutico, especialmente quanto à eficácia dos medicamentos, o que poderia explicar a mudança de parte dos procedimentos até então utilizados, como as conhecidas sangrias, tidas a partir de então como nocivas à saúde.⁹⁴ Por outro lado, Rosenberg rejeita este pretense ceticismo, considerando que tal empirismo autoconfiante, que negava a eficácia prática de qualquer terapia, não se constituía como uma realidade prática, mas apenas um excesso ideológico de acadêmicos europeus.⁹⁵

Esta polifonia em relação à etiologia das doenças estará naturalmente presente na prescrição dos tratamentos clínicos. A procura pelo restabelecimento da saúde, a partir da desobstrução e equilíbrio do organismo, traduzia-se na indicação de vomitórios, purgantes, e

⁹² Id., ib., loc. cit.

⁹³ Sobre evolução do tratamento com chalmugra ver TORRES, 2002, p. 235; Bechelli LM, Rotberg A. Chalmugra, outras drogas, medicações em estudo. In BECHELLI, L. M.; ROTBERG, A. (ed.) *Compêndio de leprologia*. São Paulo: Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais Ltda; 1951. p. 459-77; BECHELLI, L. M.; ROTBERG, A; MAURANO, F. Medicação Chalmúgrica. In BECHELLI, L. M.; ROTBERG, A; MAURANO, F. (ed.). *Tratado de Leprologia*. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra; 1944. p. 235-314; ARAÚJO, Marcelo Grossi. 1925 – 2005, Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase In *An Bras Dermatol*. 2005;80(2):199-202.

⁹⁴ ACKERKNECHT, 1986. p. 172.

⁹⁵ ROSENBERG, 1992a, p. 23-6.

catárticos. Esta falta de consenso dos médicos em torno dos procedimentos terapêuticos acabou sendo identificada, em algumas análises, como a medida da impotência e do rudimentarismo da medicina do século XIX. A prova irrefutável deste pretense obscurantismo científico estaria no fato da indicação terapêutica dos médicos não se mostrar mais eficiente que as práticas de cura alternativas experimentadas por outros agentes de cura, não licenciados ou habilitados para o exercício da medicina. No entanto, é importante observarmos que este aparente caos terapêutico em que os médicos estavam imersos, os estranhos procedimentos a que recorriam e as diferentes abordagens e meios de cura fizeram parte de um sistema cognitivo que explicava a saúde e doença no século XIX. Havia a percepção de que o papel da medicina seria o de auxiliar o processo de recuperação natural do organismo, mas caberia ao médico um papel ativo na condução deste processo, quer seja pelas práticas terapêuticas que poderiam assegurar a recuperação do doente, quer seja atenuando o sofrimento naqueles casos em que a morte era inevitável.⁹⁶

Segundo Rosenberg, a defesa de uma droga exclusiva para o tratamento de uma doença era usualmente vista como um sintoma de charlatanismo. A essência da medicina estava na habilidade de prescrever, uma arte que aglutinava a conjugação de muitas variáveis como a doença, as drogas e suas muitas combinações, o doente e sua família ou a ação do clima e da geografia no tratamento.⁹⁷ Na verdade, as práticas terapêuticas tradicionais continuaram sendo empregadas ao longo do século XIX, mas as mudanças paulatinamente se fizeram sentir na segunda metade deste século. Os eméticos e sudoríficos continuaram sendo empregados, mas dividiram espaço com os medicamentos prescritos para doenças específicas, produzidos em série pelos laboratórios e não mais formulados individualmente pelo médico no leito de seu paciente.⁹⁸

⁹⁶ Id., ib., p. 21.

⁹⁷ Id., ib., p. 19-20.

⁹⁸ FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002. p. 110-5.

Neste universo em que os médicos, tal como Paula Cândido, reconheciam seus limites de atuação frente uma doença tida como incurável, cuja etiologia a medicina do século XIX não conseguira desvendar, é que podemos compreender a verificação dos experimentos preconizados por leigos. Tal se deu com a experiência já relatada, realizada em 1839, com uma mordida de cascavel no leproso Marianno José Machado, interno no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, que teve como resultado a morte do doente. Como defenderia Paula Cândido, a experiência desastrosa com a cascavel não poderia desmerecer um meio curativo “*que desde remotas eras tem sido recomendado como proveitoso.*”⁹⁹ A confiança do médico no método devia-se ao mesmo sistema cognitivo que recomendaria sangrias, banhos e sanguessugas, que se baseava no restabelecimento do fluxo no organismo:

*“A razão que nos leva a ter alguma confiança nesta medicação, é que, os mordidos pelos répteis vertem sangue pelos pulmões, gengiva, pela pele, pelo reto, pela bexiga, uretra, etc, ora esta transpiração geral sanguínea supõe a liquefação do sangue, a qual, como se pode inferir, quadra perfeitamente com nosso pensar a respeito da essência, e cura da morféia.”*¹⁰⁰

Como podemos constatar, a terapêutica da lepra, mesmo quando praticada no espaço de excelência da medicina acadêmica, o hospital, não se afastava da diversidade de práticas de cura que eram vivenciadas no cotidiano do processo saúde-doença no século XIX. Tomemos como exemplo o Hospital dos Lázaros, que se constituiu não apenas num espaço de asilamento dos doentes como se tornaria, na segunda metade do século XIX, um importante centro de experimento em torno da terapêutica e etiologia da lepra. Situado na cidade do Rio de Janeiro, a origem do Hospital dos Lázaros remonta à administração do governador-geral do Rio de Janeiro, Gomes Freire de Andrade, que em 1741 mandara recolher 52 leprosos em

⁹⁹ CÂNDIDO, Reflexões sobre a Morféia In SOUZA ARAÚJO, 1946, p.406. A utilização do veneno de cobra não foi uma experiência singular no tratamento da lepra, eram comuns as notícias de que leprosos apresentavam cura da doença após a mordida de cascavel, víboras ou serpentes.

¹⁰⁰ Id., ib., loc. cit.

pequenas casas situadas em São Cristóvão. Dado o estado de abandono em que se encontravam os leprosos após a morte de Gomes Freire de Andrade, o bispo Dom Antônio do Desterro, Governador do Rio de Janeiro, solicitou ao rei de Portugal a transferência dos leprosos para a Casa dos Jesuítas, cabendo a administração do hospital à Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária. Durante a primeira metade do século o hospital sofreu inúmeras intempéries, os doentes foram transferidos por duas vezes e o prédio chegou a acomodar tropas reais. Somente em 1832 o retorno dos doentes foi garantido, com a realização de obras e reparos no prédio, iniciando uma fase em que pequenas melhorias paulatinamente seriam introduzidas.¹⁰¹

A partir de 1868, com a publicação dos relatórios médicos, anexo ao relatório geral dos provedores, temos uma importante fonte de pesquisa sobre a lepra. Através dos relatórios, podemos constatar que o tratamento da doença no Hospital dos Lázaros mantinha as mesmas prescrições já identificadas nos trabalhos médicos da primeira metade do século XIX: sudoríficos, diuréticos, catárticos, visicatórios e mercuriais. Estas drogas faziam parte da rotina terapêutica da instituição, quebrada apenas pela utilização de novos produtos ou procedimentos que freqüentemente eram experimentados, mas que seguiriam ainda o mesmo princípio de regular as secreções.

Dr. João Pereira Lopes, médico do Hospital dos Lázaros, em seu relatório de 1868 sobre o movimento do hospital, descreve que todos os meios terapêuticos recomendados pela ciência para combater a lepra se mostraram inúteis. Ainda assim, Lopes advoga a sua continuidade “*visto encararmos a moléstia causada pela sífilis, quer seja ela primitiva, quer seja constitucional (...).*”¹⁰² A terapêutica adotada no Hospital dos Lázaros incluía os sudoríferos como fumaria, bardana e labaga; o uso interno e externo das preparações de

¹⁰¹ Sobre o Hospital dos Lázaros ver HUNTER SMITH III, Thomas. A monument to Lazarus: the leprosy hospital of Rio de Janeiro. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2003, vol.10 suppl.1, p.143-160; PORTO, Ângela e OLIVEIRA, Benedito Tadeu de. Edifício colonial construído pelos jesuítas e lazareto desde 1752 no Rio de Janeiro. In *Historia, Ciência, Saúde: Manguinhos*; nov. 1995-fev. 1996, 2(3):171-80.

¹⁰² LOPES, João Pereira. Relatório do movimento e estado do Hospital dos Lázaros, 1869 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 460.

iodureto de potássio; as mercuriais de toda natureza como calomelanos, sublimado corrosivo, cianureto de mercúrio; os vegetais anti-sifilíticos tais como salsaparrilha, guaco, raiz de cheria, sassafráz e meserão.¹⁰³ Além destes medicamentos anti-sifilíticos e sudoríficos, eram também empregados preparados com plantas popularmente associadas à cura da lepra como o assacú, raízes de mochoco, coroa de frade, leite de pinhão, de figueira brava e de mandioca amarga. No relatório de 1869 Pereira Lopes descreve os medicamentos ainda em uso no Hospital dos Lázaros, como o ácido oxálico aconselhado pelo Dr. Naegeli e o hydrocotylo asiático, recomendado pelos Drs. Paupeau, Boileau e Hunter. Como vemos, os trabalhos realizados, os remédios experimentados, bem como os resultados alcançados por pesquisadores estrangeiros não eram desconhecidos do médico do Hospital dos Lázaros.

Da mesma forma, Lopes chama atenção que lançava mão dos medicamentos preconizados para doença tanto por profissionais quanto por leigos, que asseguravam ter curado a lepra. Como observa Benchimol, leigos e especialistas parecem ter influenciado de forma equivalente os *“remédios experimentados, que podiam ser, em medida igualmente comparável, preparado nas boticas locais, quimioterápicos produzidos em laboratórios europeus e substâncias da flora e da fauna nativa ou estrangeira”*.¹⁰⁴ O próprio Pereira Lopes responde-nos a esta questão, afirmando que *“para não ficar dúvida em nosso espírito sobre algum medicamento que por acaso deixássemos de empregar, havíamos lançado mão até dessas panacéias tão apregoadas por aí, como o Xarope de saúde de Arrault, etc, etc”*.¹⁰⁵

Em 1868, João Pereira Lopes relata ainda a realização de quatro experiências terapêuticas no Hospital dos Lázaros, que consistiam no emprego de depurantes, sudoríficos e a salsaparrilha de Ayer. Um ano depois, no relatório de 1869, o médico informa que somente continuara a experiência que utilizava dois banhos mornos de mamono branco e trapoeraba, a administração interna de cozimento de cevada e japecanga, soro do leite e alguns purgantes,

¹⁰³ Id., ib., loc. cit.

¹⁰⁴ BENCHIMOL; SÁ, 2004, p. 30-31.

¹⁰⁵ Id., ib., p. 466.

além de fricções sobre os tubérculos com caramujos grandes e dieta quase exclusiva de vegetais.¹⁰⁶ Neste mesmo relatório podemos constatar que muitas experiências ocorriam simultaneamente no hospital, tais como a utilização do arsênico, bromo e do hidrocotylo asiático.¹⁰⁷ Estava ainda sendo utilizado o xarope *Regenerador*, por solicitação do comendador Antônio Gonçalves Guimarães, tesoureiro do Hospital dos Lázaros. De fabricação do farmacêutico Antônio Luiz da Costa, a experiência com o xarope consistia ainda da prescrição de banhos mornos acrescidos de uma xícara de um líquido também chamado *Regenerador*, além da unção por todo corpo de uma pomada.¹⁰⁸

Ao longo da década de 1870, Lopes continua realizando os experimentos dos mais diversos produtos na terapêutica da lepra como o extrato alcoólico de ataúbina, a tintura de cundurango, todas as preparações de mercúrio, as de iodureto de potássio em alta dose, os vegetais depurantes e sudoríficos de toda espécie, o Le-Roy purgativo, a Salsaparrilha de Bristol, de Sandes, de Ayer, o Xarope de Saúde de Arrault e o caju. O médico do Hospital dos Lázaros não deixa de assinalar seu desencanto com os resultados insatisfatórios obtidos e os escassos os avanços verificados na terapêutica da doença no período, como coloca Pereira Lopes:

*“Esta enfermidade assaz temida e respeitada por todo gênero humano, não só pela hediondez em que transforma aqueles, que tem a infelicidade de serem dela afetados, como pela rebeldia e todo tratamento contra ela empregado, não só tem sido até hoje em sua terapêutica o adiantamento que era de esperar-se em vista do progresso da medicina em muitas enfermidades. A obscuridade das trevas, o caos imenso em que se acha a terapêutica dessa enfermidade é a prova mais valente da proposição que avançamos.”*¹⁰⁹

¹⁰⁶ LOPES, Relatório do movimento e estado do Hospital dos Lázaros, 1868 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 461.

¹⁰⁷ LOPES, Relatório do movimento e estado do Hospital dos Lázaros, 1869 In Id., ib., p. 467.

¹⁰⁸ Esta experiência seria interrompida um ano e meio depois, por ser considerada ineficaz, provocando uma querela entre o farmacêutico, o médico e a administração do Hospital dos Lázaros. Cf. Id., ib., p. 471.

¹⁰⁹ Id., ib., p. 463.

Havia neste período uma farta oferta de medicamentos que prometiam a cura da lepra e de uma série de outras doenças: eram as panacéias, os xaropes, os unguentos e os elixires de ampla utilização popular. Muitos se destinavam à cura da lepra e eram usados indistintamente por médicos e outros curadores e, dentre os mais famosos, tínhamos o Leroy, o Xarope de Saúde de Arrault, a Salsaparrilha de Bristol, a de Sandes, e a de Ayer. A produção de fórmulas singulares para as doenças que mais comumente afligiam a população atendeu a uma demanda que crescia, tornando-se um grande filão comercial. No século XIX se intensificou o comércio de remédios de formulação misteriosa e ampla prescrição, os chamados remédios de segredo. Tais remédios eram formulações secretas, o que garantia o monopólio do produto, cujo sucesso comercial era obtido pela propaganda de seus efeitos miraculosos por parte daqueles que haviam experimentado o medicamento, pela propaganda nos principais jornais ou pela indicação por autoridade que conferissem credibilidade ao produto. Ao contrário dos remédios de formulação específica, os remédios de segredo não eram manipulados individualmente na botica, mas em escala maior pelo próprio idealizador da fórmula. Utilizados por todas as camadas sociais, mantinha a credulidade das pessoas em métodos antigos de cura que remontava às práticas arraigadas no universo simbólico dos doentes.¹¹⁰

Na primeira metade do século XIX, o governo imperial atuou no sentido de regulamentar e redefinir o que seriam as práticas terapêuticas, o que incluía uma variedade de agentes relacionados à cura como sangradores, boticários, parteiras e curandeiros. Este processo foi marcado por períodos em que as funções de inspeção de saúde, além da fiscalização sobre boticas e lojas de drogas, ficaram indefinidas. Podemos apontar a lei de 3 de outubro de 1832, que transformou as academias médico-cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, como um importante marco no processo que definiu o monopólio legal do exercício da arte de curar aos médicos.¹¹¹ O

¹¹⁰ FIGUEIREDO, 2002, p. 110-5. Segundo Marques, o sucesso destas preparações estava diretamente relacionada ao universo cultural português, inclusive aos hábitos pagãos que se manteve mesmo após o advento do cristianismo. Cf. MARQUES, 2003, p. 163-195.

¹¹¹ Com a extinção, em 1828, dos cargos de provedor-mor, físico-mor e cirurgião-mor do Império, as câmaras municipais assumiram as funções de inspeção de saúde, além da fiscalização sobre boticas e lojas de drogas.

privilégio da formação médica e o poder sobre o exercício da medicina, conferido pela lei de 3 de outubro às faculdades de medicina, procurava colocar um universo de curadores sob o seu aval legitimador. Este processo definirá, ao longo do século XIX, o campo da medicina acadêmica, ao mesmo tempo em que se empreenderão esforços para excluir da condução do processo saúde-doença as outras práticas de cura.

No entanto, devemos considerar que entre o espaço institucional da medicina acadêmica e o universo dos curadores, há o corpo doente. Estes curadores, se não dispunham do aval do ensino oficial e do espaço institucional das faculdades, obtinham o respaldo legitimador da população que ansiava pela mitigação de seu padecimento e o restabelecimento de sua saúde.¹¹² Estes curadores foram paulatinamente tendo suas atividades classificadas no amplo rótulo de charlatanismo, contra quem se levantavam as vozes autorizadas dos médicos e os principais jornais.¹¹³ A lepra se constituía um excelente campo para as mais diversas experiências terapêuticas e a atividade de diferentes curadores, não só por ser uma doença considerada incurável, mas também por impor um grande sofrimento físico ao doente. Seu

Porém, entre 1828 e 1832, a atribuição de autorização e fiscalização das atividades terapêuticas, ficou sem uma instância formal para julgamento. Cf. PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. 2003. Tese (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas: Unicamp, 2003. p. 17-25; COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999. p. 106-50. “A lei de 3 de outubro garantia à Faculdade o monopólio da formação – já assegurado desde 1826, quando D. Pedro I passou aos diretores das escolas médicas a atribuição de outorgar as cartas de cirurgião e cirurgião-formado – Obra da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro – depois Academia Imperial de Medicina – o regimento estabelecia a unidade do ensino médico e cirúrgico e apresentava dispositivo de caráter liberal”. Cf. EDLER, Flávio. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*. 1992. Dissertação (Mestrado) – FFLCH/USP, Departamento de História. São Paulo: USP, 1992. p. 26-8.

¹¹² A questão que envolve a escolha do doente pelo seu agente de cura é bastante complexa e está além da relação saúde-doença. Da mesma forma, o argumento de que a escolha do agente de cura se daria em função do reduzido número de médicos ou às práticas menos invasivas dos curadores também não se sustenta frente às novas pesquisas desenvolvidas por diferentes historiadores. Segundo Nikelen Witter, “(...) as escolhas do povo, longe de se fundamentarem na ‘ignorância’ e na ‘superstição’, correspondiam a uma lógica própria, capaz de determinar e impor limites à atuação daqueles que ‘alegavam’ o poder de curar.” Cf. WITTER, Nikelen Acosta. *Dizem que foi feitiço: as práticas de cura no sul do Brasil (1845 a 188)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. 99. Ver também SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. In *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, jul./ago. 2001, vol.8, n.2, p.417-428.

¹¹³ Apenas com a criação da Junta de Higiene, em 1850, o mercado de remédios e as práticas terapêuticas passaram a ser regulamentado, sofrendo uma ação fiscalizadora deste órgão. Porém, o papel da Junta de Higiene foi o de reafirmar a primazia dos médicos em relação às atividades terapêuticas e estabelecer sua primazia sobre outros ofícios. Cf. PIMENTA, 2003, p. 53-68.

tratamento além de ser longo alcançava, na maior parte das vezes, uma resposta terapêutica aquém aos desconfortos produzidos pelos purgantes e vomitórios. Eram freqüentes as notícias de novos medicamentos, tratamentos milagrosos ou testemunhos de casos de cura pelos mais diversos meios terapêuticos. A notícia de cura de uma doença como a lepra tinha um grande apelo, rapidamente chegava aos jornais e muitas vezes recorria-se à Academia Imperial de Medicina para análise do caso.¹¹⁴

Tal se deu com a solicitação da Secretaria de Estado dos Negócios do Império, para que a Academia Imperial de Medicina fizesse um parecer sobre a atividade de cura da lepra empregada pelo francês Charles Pierre Etéchéoin, em Itapetinga, São Paulo. O parecer de Paula Cândido procura, em primeiro lugar, estabelecer a distinção entre o método de cura de Etéchéoin e o que seria um experimento pautado pela ciência. O médico desqualifica a hipótese etiológica sustentada e o tratamento promovido pelo francês nos lazaretos de Itapetinga e, mais do que isto, inabilita o próprio Etéchéoin pela sua eclética trajetória profissional.¹¹⁵ Neste parecer Paula Cândido nos dá um retrato da situação das práticas de cura na primeira metade do século XIX:

“(...) parece que o país tem ainda que presenciar a ambição e o charlatanismo especular sobre os sofrimentos de seus concidadãos, movendo arteiramente a poderosa alavanca da esperança, sentimento último que abandona o infeliz. Com efeito, se v. ex. se dignar lançar um retrospecto aos Le-Roy, panacéias, chapas, unguentos, elixires, cascavel, homeopatia, guano e outras especulações de vagabundos, de que estão pejadas as colunas dos periódicos desta corte, fácil conhecerá que o pretendido específico do sr. Etéchéoin não é

¹¹⁴ Tânia Salgado Pimenta relata uma disputa entre dois curadores que diziam ter um remédio para curar a morfêia e o parecer do médico Pereira Rego, elaborado a pedido do Ministério do Império, sobre o contrato firmado pelo presidente da província de Alagoas e o curandeiro Manoel Borges de Mendonça para o tratamento morféticos. Cf. Id., ib., p. 94-6.

¹¹⁵ O francês empregara-se em Santos em espetáculos públicos de *fogos diamantinos e sombras*, em 1843 e 1844; exerceu o mesmo ofício no interior da província; dedicou-se ao fabrico de toucas nas cidades de Campinas e Sorocaba; e, em 1846, ocupava-se da preparação de cortinas e decoração para o palácio provincial. Em 1847 e 1848 o encontraremos Charles Pierre Etéchéoin instalado na cidade de em Itapetinga, dedicado à cura da morfêia. Cf. SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 416.

infelizmente ainda o último anel da cadeia das especulações lucrativas à custa da saúde e vida do cidadão brasileiro.”¹¹⁶

Paula Cândido rejeita a terapêutica proposta por Etéchéoin por não ser ele um profissional autorizado pela medicina, logo, um charlatão. Porém, a leitura atenta do extenso relatório do médico Cláudio Luiz da Costa, incumbido pela presidência de província de São Paulo para o exame dos lazaretos mantidos por Etéchéoin, nos mostra que nada de especialmente novo há no método utilizado pelo francês. De forma geral, a terapêutica nos lazaretos de Itapetinga consistia em purgantes, sudoríficos internos e externos, vesicatórios, banhos de vapor, unguentos e uma dieta alimentar livre. Como vemos, há um universo comum entre as práticas de cura dos médicos e dos curadores, ambos dispunham de um arsenal terapêutico bastante próximo, que girava em torno de uma já tradicional gama de recursos. Ainda que os médicos reconhecessem os seus limites clínicos e a baixa eficácia dos produtos conhecidos e empregados no tratamento da lepra, o que diferenciava seus experimentos e ensaios dos preconizados pelos curadores seria o que reconheciam como sua base científica e racional. Azevedo Lima, em 1880, fez uma avaliação sobre a terapêutica da lepra no final do século XIX:

“O tratamento da morféia não está por enquanto em bases sólidas. Depende isso não só da ausência de conhecimentos exatos sobre as suas condições patogênicas, como também da falta de segurança dos meios terapêuticos, cuja eficácia aqui baqueia diante da rebeldia da moléstia. É por isso que neste caso não podemos deixar de apelar para um empirismo mais ou menos racional, experimentando nesta luta desigual contra o obscuro da patogenia um grande número de medicamentos de efeitos e de propriedades diferentes.”¹¹⁷

Na primeira metade do século XIX, a definição de saúde e doença era resultante da interação do meio físico com o organismo, o papel assumido pela terapêutica seria o de regular

¹¹⁶ Id., ib., loc. cit.

¹¹⁷ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Relatório do Hospital apresentado à Candelária, em 30 de setembro de 1880 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 485.

as secreções e manter o equilíbrio do corpo, conjugando elementos tão diferentes quanto os ambientais, climáticos e individuais. Esta complexidade de fatores, que compunha o quadro etiológico da lepra, exigia igualmente uma variada gama de recursos terapêuticos, que seriam expressos na clínica médica pelos banhos, loções, sangrias e purgantes. Porém, os avanços verificados em relação à descrição clínica da doença no século XIX não foram acompanhados por medidas mais eficazes em seu tratamento. A falta de uma terapêutica exclusiva e a baixa eficácia dos medicamentos disponíveis tornará o isolamento o centro da política de controle da lepra por um longo período. No plano terapêutico, o grande marco da medicina ocidental no tratamento da lepra seria a introdução no Ocidente do óleo de chalmugra, em 1854.

2.3 No limiar da ciência!

“Graças aos trabalhos dos médicos contemporâneos e ao desenvolvimento das doutrinas de Pasteur, o estudo da lepra entrou definitivamente no período científico da sua história: as lacunas que ele ainda hoje mantém devem cessar com o concurso de observações novas recolhidas de acordo com os métodos de investigações mais aperfeiçoados da técnica histológica e bacteriológica, hoje em dia indispensáveis em todas as moléstias que se examinam à luz da ciência.”¹¹⁸

(José Jerônimo de Azevedo Lima)

A recente produção historiográfica brasileira sobre medicina no século XIX produziu trabalhos singulares acerca da introdução e difusão da bacteriologia no Brasil, atentando para as controvérsias e disputas geradas em torno do arcabouço científico trazido pela medicina experimental.¹¹⁹ Estes trabalhos têm contribuído para suplantarem a pretensa dicotomia entre a

¹¹⁸ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Exposição do Médico do Hospital Dr. José Jerônimo de Azevedo Lima In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 27.

¹¹⁹ Inúmeros trabalhos têm abordado esta questão, quer de forma central ou tangencial à análise de seus objetos, podemos citar: BENCHIMOL, Jaime. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no*

medicina do século XIX, pretensamente arraigada em concepções pré-científicas e rudimentares, e uma outra científica, cujo marco institucional seria a criação do Instituto Oswaldo Cruz.¹²⁰ Estas pesquisas têm se orientado para uma análise que privilegia a medicina brasileira no final do século XIX como um foco dinâmico de investigações onde a bacteriologia, longe de ser assimilada como um saber acabado, forneceria uma pauta de pesquisas voltada para os problemas de saúde que afligiam o país. Assim, entre o momento em que a medicina pasteuriana foi recebida como uma voga passageira, até o momento em que se tornou consenso no campo médico, *“decorreu um longo processo em larga medida protagonizado por um punhado de médicos que se lançaram à caça de micróbios patogênicos e que assumiram todos os riscos envolvidos na postulação de teorias longamente debatidas dentro e fora do país.”*¹²¹

Acompanhado esta perspectiva historiográfica, a seguir analisaremos como o Hospital dos Lázaros se integrou neste empreendimento de médicos que buscavam respostas para a etiologia das doenças no novo campo de estudo formatado pela microbiologia, emergindo também como um espaço de institucionalização da medicina experimental no Brasil. A análise das investigações científicas desenvolvidas no Hospital dos Lázaros, orientadas para busca de maior precisão do diagnóstico da doença e da maior eficácia terapêutica, contribuem para evidenciar como os velhos objetos da medicina seriam reinterpretados segundo os novos paradigmas que postulavam a causa microbiana das doenças.

Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999; EDLER, 1992; _____. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. 1999. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1999; FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. 1996. Tese (Doutorado) - FFLCH/USP, Departamento de História, São Paulo, 1996; ALMEIDA, Marta de. *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo. 1898-1917*. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 2003.

¹²⁰ Cf. BENCHIMOL, Jaime. A febre amarela e a instituição da microbiologia no Brasil In HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 60-97.

¹²¹ BENCHIMOL, 1999, p. 26.

A realização, na década de 1870, de experimentos terapêuticos recomendados por leigos acabará por produzir mudanças significativas na condução do tratamento e das pesquisas sobre a lepra no Hospital dos Lázaros. Segunda Souza Araújo, em 1876, João Pereira Lopes foi demitido do cargo de médico regente do Hospital dos Lázaros. O motivo de sua saída teria sido o descontentamento da administração do hospital na condução da experiência terapêutica com as essências preparadas pelo farmacêutico químico de Hamburgo, Eugênio Schimidt.¹²² Em seu lugar foi nomeado o médico José Paulo de Gouvêa que, por um breve período, levou adiante o experimento com tais preparações. No seu primeiro relatório apresentado à Irmandade da Candelária, Gouvêa informava que tivera de suspender o tratamento com a essência do farmacêutico, por produzirem grande irritação gástrica ou desinteira nos doentes.¹²³

Com a saída de José Paulo de Gouvêa o Dr. Henrique da Ponte Ribeiro assumiria o cargo de médico-regente do Hospital dos Lázaros por apenas sete meses, tendo sido substituído por José Jerônimo de Azevedo Lima, que dirigiria a instituição até 1900. O primeiro relatório médico de Azevedo Lima, apresentado em 1880, marcou sob diversos aspectos uma ruptura na abordagem que o problema da lepra tivera até então no Hospital dos Lázaros. Lima seguiria uma orientação diametralmente oposta a de seus antecessores no cargo, mais especialmente a do Dr. João Pereira Lopes, que mais tempo permanecera na direção do Hospital dos Lázaros, adepto de uma perspectiva anticontagionista e multicausal da etiologia da lepra.¹²⁴ A análise deste relatório nos permitirá compreender as alterações que se produziriam nos estudos sobre a lepra nas décadas finais do século XIX, o papel inovador que assumiriam as pesquisas realizadas no Hospital dos Lázaros e, sobretudo, a investigação sobre a etiologia e a transmissão da doença. Poderemos perceber a importância adquirida pelas

¹²² A administração do Hospital dos Lázaros havia recebido por intermédio do Sr. João C. Backeuser doze garrafas de um medicamento descoberto pelo farmacêutico químico Eugênio Schimidt, que alegava ser um curativo da lepra. Cf. SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 476 e p. 496.

¹²³ Id., ib., p. 480.

¹²⁴ BENCHIMOL, Jaime Larry. Adolpho Lutz: um esboço biográfico. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, jan./abr. 2003, vol.10, n.1, p.13-83. p. 32.

técnicas histológica e bacteriológica para o avanço das pesquisas sobre a lepra e como uma geração de médicos que se formava neste período estabeleceria “*a anatomia patológica como a base sólida da clínica médica e o laboratório como o centro de qualquer trabalho médico científico.*”¹²⁵

O primeiro tema tratado por Azevedo Lima em seu relatório será justamente aquele que dividia os maiores estudiosos da lepra, a transmissibilidade da doença, matéria que já produzira inúmeros trabalhos com o intuito de responder definitivamente esta questão. Azevedo Lima fez um histórico das teorias hereditária e contagionista, assinalando sua total confiança na contagiosidade da lepra. O médico refutava a tentativa de buscar a causa da doença na predisposição hereditária, nas condições climáticas, na constituição física do solo, no vício da alimentação ou nos fenômenos extrínsecos ao seu desenvolvimento e prevalência em certas áreas.¹²⁶ Azevedo Lima argumentava que as investigações de Hansen e a descoberta do ‘*bacillus leprae*’, cuja presença constante nos tecidos comprometidos pela lepra permitiu estabelecer uma “*certa relação de causalidade*”, ainda que não conclusiva, deixavam pouco espaço para contestação e produziram um profundo abalo na doutrina clássica da doença.¹²⁷

De forma similar ao que ocorreu nas teorias sobre a etiologia da doença, podemos constatar que os princípios terapêuticos sofreriam uma perceptível mudança de rota. Tal como seus antecessores, o médico Azevedo Lima questionava a eficácia terapêutica dos ensaios e tratamentos diversos indicados para cura da lepra. Sob sua condução, os remédios debilitantes como os purgantes, vomitórios e sudoríferos, indicados para o restabelecimento da saúde a partir da desobstrução e equilíbrio do organismo, foram substituídos pela ênfase na dieta e nos reconstituintes.¹²⁸

¹²⁵ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Exposição do médico do Hospital Dr. José Jerônimo de Azevedo Lima, 1894 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 29.

¹²⁶ Id., Relatório do Hospital apresentado à Irmandade do S. S. da Candelária, em 30 de setembro de 1880 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 484.

¹²⁷ Id., loc. cit.

¹²⁸ Segundo Rosenberg, na segunda metade do século XIX houve o incremento da importância da dieta entre os médicos regulares e o estímulo ao uso de beberagens alcoólicas como estimulante. Não que os antigos métodos

Devemos lembrar que a doença estivera freqüentemente associada ao clima quente e úmido e aos hábitos alimentares de nosso país, notadamente aos produtos mais consumidos pelas camadas menos favorecidas da população. A perspectiva etiológica adotada pelo médico, baseada exclusivamente na ação de um bacilo no organismo, produziria significativas mudanças na prescrição terapêutica da lepra. Azevedo Lima rejeitava as hipóteses multicausais e ressaltava a importância do uso de reconstituintes mais energéticos no tratamento da lepra, como óleo de fígado de bacalhau, por ser esta uma moléstia que produzia uma acentuada decadência orgânica.¹²⁹

“No meio da indicação de remédios diversos, atendi sempre ao acordo comum quanto à necessidade de levantar ou de sustentar as forças orgânicas por meio de modificadores da nutrição, alimentação de boa qualidade, suficientemente reparadora, exercício regular da função da pele, etc., e tentei o emprego intús et extra do ácido fênico, já aconselhado por Declat como meio, do qual se poderia tirar vantagens.”¹³⁰

Dentre os medicamentos mais utilizados na década de 1880 Azevedo Lima ressaltava o uso de drogas como ácido fênico, ácido ginocárdico, iodureto de potássio e agentes de redução, ácido pyrogálico, salicilato de sódio e crysaborina. Destaca ainda que, de forma local, utilizava os óleos e linimentos, como o bálsamo de gurjun e o óleo de chalmugra, este tinha seu uso indicado tanto em fricção como internamente.¹³¹ Ao longo das duas últimas décadas do século XIX outros medicamentos foram introduzidos e novas formulações foram testadas como o salol, o cautério de Pacquelin ou a tuberculina, além dos óleos indianos, que

terapêuticos tenham morrido, mas eram empregados menos rotineiramente e as drogas usadas em menor dosagem. Cf. ROSENBERG, 1992a, p.26.

¹²⁹ LIMA, Relatório do Hospital apresentado à Candelária, em 30 de setembro de In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 485.

¹³⁰ Id., loc. cit.

¹³¹ Id., Relatório do Hospital dos Lázaros à Candelária, 1881 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 487 e Id., Relatório da Irmandade do S.S. da Candelária. Exposição do médico do Imperial Hospital dos Lázaros Dr. José Jerônimo de Azevedo Lima, 1887 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 488 e p. 490.

assumiriam grande importância na terapêutica da doença. Porém, a grande esperança de se alcançar maior eficácia no tratamento da lepra estava nas pesquisas soroterápicas. Segundo Azevedo Lima, “a soroterapia é a maior novidade atual, e domina o espírito da classe médica no ponto de vista da terapêutica das moléstias infecciosas”.¹³²

Esta perspectiva expressa por Azevedo Lima está em acordo com o processo de consolidação da bacteriologia e da pesquisa sobre a origem microbiana das doenças, que colocava em causa não só o estabelecimento de procedimentos para um diagnóstico seguro, como também terapêuticas exclusivas para as enfermidades infecciosas. A soroterapia se constituiu numa das dimensões da difusão da bacteriologia que, ao relacionar uma doença a um agente causal específico, possibilitaria que se controlasse a virulência do agente patogênico, seguindo mesmo o princípio estabelecido no século XVIII de se obter imunidade através da inoculação.¹³³ Com Pasteur, abriu-se um novo horizonte para a terapêutica das doenças no século XIX, a técnica de imunização por meio de inoculação de cultura microbiana atenuada em laboratório parecia ser o caminho para o desenvolvimento de vacinas contra todas as doenças virulentas que flagelavam os homens.¹³⁴ Logo, o laboratório tornar-se-ia o espaço por excelência para estudo, pesquisa e controle dos microrganismos e passaria “a se associar aos espaços e às práticas de legitimação da ciência biomédica constituídos até então, redimensionando-os e criando novos valores e conceitos científicos e sociais.”¹³⁵

¹³² LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Exposição do médico do Hospital Dr. José Jerônimo de Azevedo Lima In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 46.

¹³³ FERNANDES, Tânia Maria. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1999. p. 24. A vacina foi descoberta no final do século XVIII pelo médico inglês Edward Jenner (1749-1823), que observara que ordenhadores de vacas adquiriam proteção contra uma doença conhecida como *cowpox*, varíola das vacas. O médico, depois de testar a resistência à varíola de várias pessoas, inoculou pessoas sãs com líquido proveniente das pústulas de vacas acometidas pela *cowpox*, na fase correta da doença. Jenner estava seguro que a aplicação do produto proveniente das pústulas das vacas (vacinas), protegia contra a doença humana. O médico passou a utilizar para novas inoculações o produto das pústulas surgidas nas pessoas vacinadas, que apresentava o inconveniente de seu efeito diminuir com o tempo. Apesar desta forma de vacinação ter sido substituída pela vacina animal no final do século XIX, o princípio manteve-se o mesmo. Cf. MARTINS, op. cit., p. 95-108; FERNANDES, 1999, p. 19-23.

¹³⁴ BENCHIMOL, 1999, p. 37.

¹³⁵ FERNANDES, Tania Maria. Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2003, vol.10, suppl.2, p.462-63.

Analisando os relatórios de Azevedo Lima à Irmandade do S. S. da Candelária percebemos que o médico empregou diversos remédios na terapêutica da lepra, já que não havia nenhum tratamento específico para a doença. Mas podemos apontar que uma das diferenças mais significativas da atuação de Azevedo Lima na direção do Hospital dos Lázaros, no campo da terapêutica, foi seu esforço de circunscrever o tratamento da lepra como um campo de ação exclusivamente médico. Seus experimentos fizeram parte de uma outra estrutura cognitiva, onde a doença aos poucos se dissocia de sua interação dinâmica com o meio para ser vista como uma entidade específica com causa, sintomas, desenvolvimento e terapêutica exclusivas.¹³⁶

Sem dúvida, esta mudança conferiu um novo papel ao médico, a posição não intervencionista da terapêutica aos poucos passa a conviver com uma nova percepção de que a cura de muitas doenças dependeria não apenas da clínica médica, mas também das pesquisas que se desenvolviam nos laboratórios. Por outro lado, as práticas terapêuticas tradicionais, que pouco diferenciava a ação do médico de tantos outros curadores, passariam a conviver com novos métodos que serão exclusivos daqueles profissionais, integrando um processo em que se mobilizavam esforços para consolidação do monopólio médico da arte de curar. Já não se tratava apenas de regular as secreções do organismo, mas de desvendar os mistérios das funções orgânicas, analisar os tecidos, realizar investigações clínicas, exames anátomo-patológicos e microscópicos.

Veremos, ao longo deste capítulo, que Azevedo Lima esteve informado por um processo que pressionava por transformações na medicina e nos espaços institucionais voltados para a formação de médicos. O movimento de reforma, que se iniciou na década de 1870, valorizara a especialização, tanto do conhecimento quanto da prática médica, definindo o laboratório como o lugar por excelência de atuação deste novo profissional. Em seu segundo relatório, no ano de 1881, Azevedo Lima já apontava para um problema bastante importante

¹³⁶ ROSENBERG, 1992a, p. 24.

nas pesquisas sobre a lepra, a sua grave complicação com a tuberculose pulmonar. Esta questão se destaca não apenas por agravar o quadro dos doentes, mas especificamente pela dúvida que se estabelecia entre os estudiosos se as lesões pulmonares observadas seriam da tuberculose ou manifestações específicas da lepra.

A recorrência da tuberculose entre os doentes do Hospital dos Lázaros está presente também em seu relatório de 1884, quando Azevedo Lima destacava o papel da anatomia patológica para elucidar esta questão, solicitando à administração da Irmandade da Candelária um cômodo próprio para realização de necropsias.¹³⁷ Azevedo Lima estava bastante atento às pesquisas histopatológicas e às tentativas de cultivo do bacilo de Hansen, realizadas em diferentes centros de estudos no exterior, sua preocupação em consolidar o papel do Hospital dos Lázaros como um importante espaço de pesquisas pode ser dimensionada pelo apoio ao trabalho de Adolfo Lutz. Em 1887, Azevedo Lima patrocinou, no Hospital dos Lázaros, as pesquisas desenvolvidas por Adolfo Lutz sobre a morfologia do *Bacillus leprae* e as tentativas de cultura *in vitro* e de transmissão experimental da lepra a animais.¹³⁸

Em 1º de agosto de 1894, o Hospital dos Lázaros inaugurava o Laboratório Bacteriológico reivindicado por Azevedo Lima, o gabinete experimental tinha por objetivo “realizar o estudo anátomopatológico e bacteriológico relativo à lepra.”¹³⁹ Todo o material necessário para aparelhamento do laboratório havia sido adquirido na Alemanha, o novo centro de pesquisas possuía ainda uma biblioteca especializada com cerca de 400 títulos.¹⁴⁰ O Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros foi instituído no contexto da organização de outros centros similares de pesquisa neste mesmo período, o que atesta a difusão da medicina experimental no Brasil. O Instituto Bacteriológico, fundado em São Paulo em 1892,

¹³⁷ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Relatório do Hospital dos Lázaros à Candelária, 1884 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 487.

¹³⁸ BENCHIMOL; SÁ,(orgs.), 2004, p. 35. O resultados da pesquisa de Lutz foi publicado no Relatório do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, 1887 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 491-3.

¹³⁹ SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 5.

¹⁴⁰ Id., ib., loc. cit.

foi a primeira instituição cujo objetivo era aplicar a microbiologia ao combate dos principais problemas de saúde pública do estado.¹⁴¹ Da mesma forma, os laboratórios instituídos pela Reforma Sabóia, em 1881, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, seguiam o princípio de que à formação médica era imprescindível o ensino prático e especializado.¹⁴² Logo, o laboratório converter-se –ia no espaço de formação médica e de pesquisas orientadas à solução dos problemas sanitários que acometiam a população, favorecendo a consolidação da microbiologia e do paradigma bacteriológico para solução dos problemas nacionais.

“Tendo-se reconhecido no decorrer do tempo, o valor deste ramo científico, não só nas universidades, como em cada hospital que preencha seus fins, como instituto humanitário, foi que criou-se os gabinetes anátomopatológicos e laboratórios para exames científicos. Sem estes um hospital moderno não preencherá em toda latitude os seus fins, principalmente tratando-se de um estabelecimento, como o nosso, em que só se recolhem doentes de uma entidade mórbida determinada, a respeito da qual agitam-se tantos problemas.”¹⁴³

A direção do laboratório coube ao Dr. Wolf Havelburg, definido no relatório do Provedor da Irmandade da Candelária como um *“especialista com grandes cabedais científicos e discípulo de Koch”¹⁴⁴*, que desenvolveria também importantes trabalhos sobre a febre amarela e a ancilostomíase. Estes trabalhos desenvolvidos por Havelburg no Hospital dos Lázaros eram explicados pelo próprio Azevedo Lima, para quem o laboratório recém inaugurado tinha como objeto privilegiado o estudo da lepra e problemas conexos, mas não se

¹⁴¹ BENCHIMOL, Jaime (coord.). *Manguinhos do sonho à vida – a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1990; ALMEIDA, Marta; DANTES, Maria Amélia M. Os serviços sanitários de São Paulo, a saúde pública e a microbiologia In Dantes, 2001, p. 135-55. Em 1888, D. Pedro II criara o Instituto Pasteur do Rio de Janeiro, vinculado à Santa Casa da Misericórdia. O Instituto Bacteriológico Dr. Domingos Freire, criado em 1890, teria o perfil de consolidar a pesquisa bacteriológica no Brasil. Cf. BENCHIMOL, 1999, p. 237-42.

¹⁴² Cf. EDLER, 1992, p.169-70.

¹⁴³ IRMANDADE DO S. S. DA CANDELÁRIA. *Relatório apresentado à Irmandade do S. S. da Candelária pelo provedor Antônio Carlos da Silva Braga em 31 de julho de 1894 na posse da mesa administrativa*. Rio de Janeiro: Tipografia Moreira Maximino & C., 1894. p. 90.

¹⁴⁴ Id., ib., loc. cit.

restringiria a um terreno muito limitado de pesquisas, dado o extenso campo de investigação que se abria com a anatomia patológica. Por ocasião da inauguração do Laboratório, Azevedo Lima fez uma exposição onde procurou destacar o valor da pesquisa bacteriológica e sua relação com a clínica médica, que conferia ao médico não só autoridade científica, mas a exclusividade do processo curativo, “*sem o que o médico se equiparará a um simples curandeiro.*”¹⁴⁵

O primeiro trabalho do Dr. Havelburg no Laboratório Bacteriológico foi a observação, entre os doentes do hospital, da frequência da hipoemia intertropical, principalmente nos procedentes de lugares do interior.¹⁴⁶ Nos três anos que ficou à frente do laboratório bacteriológico Havelburg desenvolveu uma série de estudos sobre anatomia patológica e diagnóstico diferencial da lepra, além de tentativas de inoculação e de cultura em meio artificial do bacilo. A respeito do trabalho desenvolvido no Laboratório bacteriológico Azevedo Lima afirma:

“Não só sobre a lepra, mas também com respeito à febre amarela, tem sido executados no laboratório trabalhos experimentais muito interessantes, cuja explanação completa só poderá ser feita mais tarde, depois de provas e verificações sobre o agente morbígeno, principalmente desta última. Não desesperemos, pois de esforços da ciência; tantos trabalhadores votados à solução deste problema fazem entrever a esperança de um êxito feliz, e legitimaram as aspirações da descoberta de um específico contra a febre amarela, um dos mais terríveis inimigos de nossa pátria. Nenhum trabalho se perde; o problema hoje tão complexo, pode amanhã tornar-se simples. O método experimental tem imprimido uma nova fase à medicina,

¹⁴⁵ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Exposição do Médico do Hospital Dr. José Jerônimo de Azevedo Lima In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 89.

¹⁴⁶ HAVELBURG, Wolff. Da ancilostomíase em leprosos In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 30-35. A hipoemia intertropical, hoje conhecida como ancilostomíase, era uma moléstia atribuída às regiões de clima tropical e em torno de sua descrição clínica, patogenia, etiologia, profilaxia e terapêutica foi estabelecida uma profícua pauta de pesquisa. O processo de descoberta da natureza parasitária da hipoemia intertropical mobilizaria as mais importantes instituições médicas brasileiras do século XIX, tornando-se uma das mais relevantes controvérsias científicas do período. Cf. EDLER, 1999.

*dominada tantos anos pelo empirismo. Oxalá possa sair de nosso laboratório a última palavra sobre o assunto!*¹⁴⁷

O Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros despontava, no cenário médico da segunda metade do século XIX, não só como um importante núcleo de estudos e pesquisa sobre a lepra, mas também como um dinâmico e pioneiro espaço de consolidação dos novos ramos disciplinares do conhecimento médico. O trabalho desenvolvido por Azevedo Lima e Wolff Havelburg estava em acordo com os novos fundamentos do saber médico que a medicina experimental constituiu no final do século XIX, este novo paradigma colocou não só novos programas de pesquisa, como alterou profundamente as orientações para as investigações em curso. Segundo Edler, na década de 1870 a medicina acadêmica caracterizava-se pelo fim da dissensão médica em torno dos fundamentos epistemológicos que deveriam embasar o saber médico, a medicina experimental conquistava novos adeptos, principalmente entre a geração de médicos mais jovens que iniciavam sua carreira neste período.¹⁴⁸ Este processo, em que a medicina acadêmica conquistava um novo status, foi marcado por uma profunda alteração nos seus fundamentos científicos e práticos, onde novos conteúdos foram legitimados.

Esta reestruturação teórica ressaltava um duplo papel assumido pela medicina brasileira no final do século XIX: por um lado, sua atribuição social de interferir no processo saúde-doença da sociedade, isto é, uma certa valorização do conteúdo prático da ciência; por outro lado, sua competência na solução dos problemas sanitários do país, com a elaboração pelas elites médicas de um programa voltado para as doenças nacionais.¹⁴⁹ Podemos apontar

¹⁴⁷ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Exposição do médico do Hospital Dr. José Jerônimo Azevedo Lima In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 51. No dia 22 de abril de 1897, Dr. Havelburg fez uma conferência sobre a febre amarela no Hospital dos Lázaros, descrevendo 29 necropsias de amaralíticos feitas no Hospital São Sebastião, sob a direção do Dr. Carlos Seidl. Havelburg descreveu um bacilo, que isolou e cultivou, próximo ao *B.coli communis*, que tomou como causador da doença. Cf. Id., ib., p. 11-2. Ver também BENCHIMOL, Jaime Larry. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2000, vol.5, n. 2, p. 265-292.

¹⁴⁸ Cf. EDLER, 1992, p. 58.

¹⁴⁹ Id., ib., p. 58-162.

ainda duas outras dimensões das mudanças verificadas na estruturação do saber médico, a valorização da especialização médica e o surgimento de novas áreas de investigação.

A mudança verificada na conformação da medicina nas décadas finais do século XIX impunha não apenas novas demandas à pesquisa, mas também pressionava por mudanças no espaço institucional da formação profissional no Brasil. A reforma de ensino da Faculdade de Medicina da Corte, que teve início em 1879 com a Lei Leôncio de Carvalho, foi apenas parcialmente implementada, mas inaugurou um movimento reformista que mudaria profundamente o perfil da formação médica profissional. No âmbito desta lei foram abolidas as sabatinas e jubilações de estudantes, foi autorizado o funcionamento de cursos livres nas faculdades oficiais, permitida a admissão de alunos do sexo feminino em todos os cursos, foi exigido aos médicos estrangeiros o exame de habilitação no Brasil e permitido o juramento dos atos acadêmicos conforme a religião de cada um.¹⁵⁰

A substituição de Leôncio de Carvalho pelo Barão Homem de Melo na pasta do Império não diminuiria o ímpeto das reformas no ensino médico. O Decreto nº 8.024, de 12 de maio de 1881, alterou o currículo da faculdade, e desdobrando as cadeiras de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, a Anatomia Patológica da Fisiologia Patológica e criaram-se as novas clínicas de Obstetrícia, Psiquiatria, Oftalmologia e Dermato-sifilografia. Pelo decreto de 1881, foi estabelecido ainda o ensino prático e onze laboratórios foram construídos ou aparelhados: anatomia descritiva, medicina operatória, fisiologia e terapêutica experimental, física e farmácia, histologia normal e patológica, botânica e zoologia, química mineral e mineralogia, química orgânica e biológica, medicina legal e toxicologia. O novo estatuto da Faculdade de Medicina, aprovado em 25 de outubro de 1884, ampliou o número de cadeiras oferecidas de 18 para 26, criou o cargo de professor adjunto do lente catedrático e, como incentivo à

¹⁵⁰ BENCHIMOL, 1999, p. 30-3; FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; EDLER, Flávio Coelho. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os moldes de ensino In DANTES, 2001, p. 59-77; EDLER, 1992, p. 163-7.

produção científica, fixou uma quantia de dois contos de réis para o professor que publicasse obra considerada de utilidade pública pela Congregação.¹⁵¹

Assim, podemos considerar que os estudos realizados no Hospital dos Lázaros, no decorrer do século XIX, fizeram parte deste processo de reformas do saber médico que estabeleceu novas referências para o ensino e possibilitou o aparecimento de novos centros de produção de conhecimentos baseados na medicina experimental. Da mesma forma, a ênfase na especialização como um novo referencial no modelo de formação profissional contribuiu também para a constituição de uma nova área do conhecimento que lentamente se formataria, a leprologia.¹⁵² Esta tendência à especialização e segmentação dos objetos de pesquisa e dos diferentes ramos da medicina foi uma característica da última fase do século XIX, que resultou num processo de gradativa obsolescência do saber médico precedente e, ao mesmo tempo, assumiu decisiva importância no desenvolvimento da pesquisa experimental em laboratórios.¹⁵³

Parte deste processo de estabelecimento da autoridade científica, sob os novos pressupostos da medicina experimental, e de uma nova representação do saber médico, foi o incremento progressivo de viagens de estudo para os centros médicos europeus.¹⁵⁴ Nesta perspectiva é que compreendemos a viagem feita por Havelgurg à Europa, onde permaneceu por sete meses, *“não só para submeter aos especialistas os resultados de seus estudos experimentais sobre a lepra e a febre amarela, como também para visitar os leprosários de*

¹⁵¹ Id., ib., p. 168-74.

¹⁵² O estudo e pesquisas sobre a lepra estavam inseridos no campo da dermato-sifilografia, tendo se constituído como uma especialidade apenas na década de 1920, quando houve o primeiro curso regular de leprologia no Instituto Oswaldo Cruz. Cf. SOUZA ARAÚJO, Heráclides César de. História do Ensino da Leprologia no Brasil. In *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 19, n. 2, abr. 1959, p. 168.

¹⁵³ EDLER, 1999, p. 89.

¹⁵⁴ Id., ib., p. 76. Segundo Edler, havia um conjunto de idéias que formavam o patrimônio comum do discurso por reformas no ensino médico no Brasil, a *“criação de papéis científicos plenamente diferenciados como carreiras, o estabelecimento de prolongados períodos de preparação com dedicação exclusiva, seu isolamento e concentração em laboratórios e sua divisão formal em disciplinas e especialidades foram inovações do século XIX que refletiam a tendência geral à profissionalização e especialização características das sociedades capitalistas industriais”*. Id., ib., p. 77.

Bergen.”¹⁵⁵ Não por acaso o responsável pelo laboratório Bacteriológico percorrerá as gafarias de Bergen, berço das pesquisas de Amauer Hansen, considerado o patrono da introdução da lepra em sua fase científica. Da mesma forma, o afastamento de Azevedo Lima para tratar de assuntos particulares numa viagem à Europa transformou-se numa visita aos estabelecimentos hospitalares e asilos de lepra, com o intuito de observar os melhoramentos que poderiam ser adotados no Hospital dos Lázaros.¹⁵⁶

Neste momento, os avanços em torno da pesquisa experimental sobre a lepra esbarravam na constatação da baixa eficácia de sua terapêutica. Este fato não foi exclusivo da lepra, o discurso triunfalista da bacteriologia estabeleceu um descompasso em sua conversão por resultados na prática terapêutica. A pesquisa experimental ainda não produzira tratamentos capazes de responder os problemas enfrentados pela clínica médica, inúmeras questões integram a análise deste desacerto entre a expectativa posta pela possibilidade de reprodução experimental de uma doença em laboratório e a produção de seu antígeno. A história da ciência registra que a conversão em resultados terapêuticos da teoria microbiana das doenças teria ainda um longo percurso, para tanto seria preciso que o fenômeno da imunidade fosse desvendado. Logo, estes elementos nos ajudam a dimensionar o caráter das pesquisas realizadas no Hospital dos Lázaros para elucidar a origem patogênica da lepra no momento em que se construía as bases do consenso em torno de sua causa especificamente microbiana.

Segundo Azevedo Lima, diferente da tuberculose, no caso da lepra não se observava a cura espontânea e “*a cura terapêutica não assentava tampouco em bases sólidas de modo a oferecer garantias de sucesso duradouro.*”¹⁵⁷ Nos dois anos de experiências realizadas no Hospital dos Lázaros após a inauguração do Laboratório Bacteriológico, entre 1894 e 1896, vários medicamentos e sistemas terapêuticos haviam sido testados. O reconhecimento da

¹⁵⁵ SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 6.

¹⁵⁶ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Exposição do médico do Hospital Dr. José Jerônimo Azevedo Lima no ano de 1896 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 46-57.

¹⁵⁷ Id., ib., p. 49.

eficácia limitada dos medicamentos disponíveis para o tratamento da lepra e a inexistência de um remédio exclusivo, orientava as pesquisas sobre a doença no caminho da soroterapia. O médico brasileiro destacava as pesquisas de Émile Roux e Von Behring sobre o bacilo de Loeffler, causador da difteria, reacendendo as apostas no potencial ilimitado das pesquisas soroterápicas. Para tanto, era necessário desvendar a biologia do bacilo de Hansen, o que reforçava a importância das pesquisas realizadas no Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros.¹⁵⁸

Neste período, o médico informa que foram utilizados diversos medicamentos nos doentes do Hospital dos Lázaros e, seguindo determinados pressupostos da teoria microbiana, muitas destas drogas apresentavam resultados no tratamento de outras enfermidades como a tuberculina de Koch, a pyoctanina para o carcinoma, o ácido crômico como sucedâneo do mercúrio no caso da sífilis ou o extrato da glândula tireóide que vinha sendo usado para o bócio, a mixoedema, a obesidade e as moléstias nervosas. Havelburg havia experimentado ainda a formalina e o clorato de potássio, que reproduziria a ação do veneno de cobra no sangue. Em 1891, o médico realizou ainda experimentos com injeções de culturas puras de streptococcus da erisipela, cujo método teria curado casos de cancro, mas cujo efeito na terapêutica da lepra era pouco seguro.¹⁵⁹ O resultado infrutífero dos medicamentos testados no tratamento da lepra, aliado à perspectiva do potencial de transformação que a medicina experimental poderia significar na clínica médica, levam Azevedo Lima a depositar todas as suas esperanças na soroterapia:

“O tratamento da difteria humana pelo soro do sangue de cavalos imunizados veio estreitar as relações entre a bacteriologia e a clínica, abrindo novos e extensos horizontes. Hoje a terapêutica clínica, assim como o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade entram francamente pelo caminho da patogenia, e é para desejar que esses fatos se ampliem, conseguindo-se resultados tão brilhantes em outras

¹⁵⁸ Id., ib., p. 51.

¹⁵⁹ Id., ib., p. 52-53.

*moléstias tão graves e mortíferas como a difteria e despojando-nos do empirismo.*¹⁶⁰

Nas décadas finais do século XIX a microbiologia pastorianiana, ao associar doenças humanas a microrganismos específicos, colocou o laboratório no centro dos procedimentos terapêuticos. A vacina constituiu-se na primeira grande invenção terapêutica de tratamento efetivo, capaz de transformar massivamente as condições físicas e morais da vida humana.¹⁶¹ Azevedo Lima reforçava esta perspectiva pragmática do método experimental e do laboratório como o centro dinâmico das novas descobertas que se seguiram à bacteriologia.

“Este assunto tem merecido a atenção dos governos gerais e municipais, já montando laboratórios onde se façam novas conquistas bacteriológicas, e outros onde se prepare o soro antidiftérico e mais produtos congêneres que venham a descobrir-se, já regulamentando-os, tanto mais porque neste primeiro período da química biológica das toxinas e antitoxinas deve haver o maior cuidado da parte da polícia sanitária no sentido de evitar que a exploração da novidade por indústrias faça parecer como verdadeiro o que é falso ou nenhum valor tem.

*Além da utilidade real e da garantia ao público, há a vantagem de criar-se um centro, onde, à luz da ciência moderna, estudem-se os assuntos referentes à soroterapia.*¹⁶²

Tratando-se a lepra de uma doença bacilar, em tese constituía-se o terreno adequado para as experiências com os soroterápicos. Mas, o grande problema era que, até aquele momento, todas as tentativas de cultura do bacilo para obtenção da doença de forma experimental pela inoculação se mostraram infrutíferas. Este fato tornaria Azevedo Lima bastante descrente da eficácia do famoso soro antileproso do médico colombiano Juan de Dios Carrasquila. O Hospital dos Lázaros recebeu do Dr. Nuno de Andrade, Diretor-Geral de Saúde

¹⁶⁰ Id., ib., p. 50.

¹⁶¹ CANGUILHEM, Georges. O efeito da bacteriologia no fim das teorias médicas do século XIX In *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70, 1977. p. 51-69.

¹⁶² Id., ib., p. 51.

Pública, o soro de Carrasquila para ser utilizado na instituição e Azevedo Lima foi o médico encarregado de realizar a experiência com o antileproso nos pacientes.¹⁶³ Convencido da analogia entre lepra e sífilis, cujo agente etiológico também não fora ainda cultivado, Carrasquila se inspirara no soro anti-sifilítico preparado por Richet Héricourt. O médico colombiano obedecia ao protocolo de produção dos soroterápicos e, a partir da inoculação do sangue de um leproso na jugular de um cavalo, obtinha o soro que era empregado com fim terapêutico em doentes de lepra. O governo colombiano criou o Instituto Soroterápico para prosseguir as investigações de Carrasquila, seu soro fora testado em pacientes dos leprosários de Água de Dios, Caño de Loro e Socorro. O relato destas investigações na Colômbia era bastante controverso, apontava resultados variados nos pacientes testados, além da ocorrência de reações adversas como cegueira e atrofia de membros.¹⁶⁴

Azevedo Lima mostrou-se cético em relação ao soro produzido pelo médico colombiano por considerar que “*o método utilizado não poderia ser considerado uma inoculação de cultura ou de toxina reproduzindo uma moléstia idêntica à de que se trata.*”¹⁶⁵ Além disto, o médico brasileiro considerava que o medicamento não correspondera aos resultados esperados pois, apesar da redução de algumas infiltrações da pele e o

¹⁶³ LIMA, José Jerônimo Azevedo; HAVELBURG, Wolff. Relatório dos médicos do Hospital dos Lázarus, Drs. Azevedo Lima e Havelburg In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 63.

¹⁶⁴ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Observação colhida no Hospital dos Lázarus para aferir os resultados do soro antileproso de Carrasquila. In Id., ib., p. 65. O soro de Carrasquila foi objeto de uma controvérsia científica na Colômbia e seu uso e eficácia esteve presente também nas discussões do I Congresso Internacional de Berlim, em 1897. Cf. TORRES, 2002, p. 194-200.

¹⁶⁵ Segundo Azevedo Lima, apesar do método usado por Carrasquila procurar conferir ao cavalo um estado refratário máximo contra a lepra, este processo estava muito longe de ser idêntico ao de uma inoculação de cultura ou de toxina, não conseguindo reproduzir uma moléstia idêntica, experimentalmente, à doença. Para o médico, este processo poderia conseguir o reforço da imunidade natural do animal pela infecção experimental, não sendo considerado que o processo pudesse produzir a imunização do animal. LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Observação colhida no Hospital dos Lázarus para aferir os resultados do soro antileproso de Carrasquila In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 65. Devemos considerar que, tanto para Jenner quanto para Pasteur, a vacina era considerada como uma doença. A diferença significativa introduzida pela bacteriologia foi que, produzida por um agente específico cuja ação poderia ser controlada e atenuada, produzia uma proteção ao organismo. A medicina pastoriana não construiu as bases teóricas para compreender a resposta imunológica dada pelo organismo, sua preocupação estava voltada para um programa empírico de imunização apoiado na atenuação dos microrganismos. Cf. FERNANDES, 1999, p. 18; MOULIN, Anne Marie. 1996 *L'Aventure de la vaccination*. Lyon, Fayard. p. 41.

desaparecimento de manchas no tórax dos pacientes submetidos à experiência, resultados idênticos eram obtidos com o uso do iodureto de potássio ou após o acometimento de moléstias infecciosas intercorrentes. Porém, este fato não arrefecera a crença de Azevedo Lima na soroterapia que, para o médico, era o futuro da terapêutica e a solução do problema do tratamento da lepra.¹⁶⁶

Em 1897 Wolff Havelburg solicitou sua exoneração do cargo de diretor do Laboratório Bacteriológico. A nomeação do médico João Cipriano Carneiro para direção do laboratório, que exercia até aquele momento o cargo de médico consultante da Sala do Banco, suscitou a saída de Azevedo Lima da direção do Hospital dos Lázaros.¹⁶⁷ A este respeito Azevedo Lima comenta em carta à Adolfo Lutz:

“Deixei, é verdade, o cargo que há anos exercia no Hospital dos Lázaros. E o motivo foi quererem dar a direção do laboratório de bacteriologia a um sujeito que nunca tinha visto uma preparação microscópica, quando a responsabilidade moral da criação e da manutenção de tal laboratório competia a mim, que não podia admitir que um instituto criado para fins científicos fosse desviado em seus destinos para fins de patronato.”¹⁶⁸

Apesar da saída de Azevedo Lima, a nomeação do professor de dermatologia João Pizarro Gabizo, para diretor do Hospital dos Lázaros, e do médico Jorge Franco, para diretor do Laboratório Bacteriológico, testemunham que a pesquisa experimental no campo da lepra consolidara-se na instituição. Pizarro Gabizo foi o primeiro professor da disciplina de Clínica de Moléstias Cutâneas e Sifilíticas na Faculdade Nacional de Medicina, criada em 1883. Gabizo integrou ainda o grupo original da fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e, como tal, esteve comprometido com o movimento que reivindicava a reforma do ensino

¹⁶⁶ FERNANDES, 1999, p. 18.

¹⁶⁷ Id., ib., p. 13.

¹⁶⁸ CARTA de José Jerônimo de Azevedo Lima para Adolfo Lutz, datada de 9 de janeiro de 1898 In BECKER, Johann, PAZTMANN, Löre and GROSS, Talita. Correspondência de Adolpho Lutz: cartas selecionadas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Jan./Apr. 2003, vol.10, n.1, p. 316.

médico e atento às novas exigências impostas à medicina, pela pesquisa e pelo surgimento de novas disciplinas.¹⁶⁹ Da mesma forma, o médico Jorge Franco era preparador do gabinete anátomo-patológico da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e, segundo Pizarro Gabizo, “*totalmente dedicado às pesquisas desta natureza.*”¹⁷⁰

Ao analisarmos a instituição do Laboratório Bacteriológico no mais importante centro de tratamento de lepra no país, o Hospital dos Lázaros, podemos incorrer no erro de considerar que triunfara no Brasil a hipótese microbiana da doença e que a sua terapêutica assentara-se placidamente sob o paradigma bacteriológico. Na verdade, este consenso em torno da etiologia e da terapêutica da doença não se produziria tão precocemente, veremos em seguida que outras vozes se faziam ouvir na produção do conhecimento e na prática médica em torno da lepra.

2.4 Ventos úmidos do quadrante do sul ...

*“Em medicina, aliás ciência experimental, como em tudo o mais, é irrefletido o entusiasmo: qualquer idéia nova, mormente as promissoras de grande resultado como as admiráveis de Pasteur, provoca adesões incondicionais, significando muita vez esquecimento ingrato e injusto do passado em favor do futuro, horizonte de sorridentes esperanças.”*¹⁷¹

(José Lourenço de Magalhães)

¹⁶⁹ EDLER, 1999, p. 177-185.

¹⁷⁰ GABIZO, Pizarro. Exposição do Diretor do Serviço Clínico do Hospital dos Lázaros Dr. João Pizarro Gabizo In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 75.

¹⁷¹ MAGALHÃES, José Lourenço de. *A morfêia e sua curabilidade*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1885. p. 63.

“Graças aos médicos contemporâneos e aos recentes estudos, a lepra entrou definitivamente no período científico de sua história é de estranhar que a ainda agora se fale em ‘vento úmido do quadrante do sul.’”¹⁷²

(Azevedo Lima)

Em 1885, no relatório médico anual ao provedor da Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária, Azevedo Lima fez um protesto contra a forma como o Hospital dos Lázaros fora registrado no opúsculo do médico pernambucano José Lourenço de Magalhães, intitulado *A morfêia e sua curabilidade*. Para Azevedo Lima, as críticas de Lourenço de Magalhães teriam sido motivadas por sua defesa na criação de uma colônia agrícola de morféticos no Município Neutro e em sua convicção na eficácia de um tratamento sigiloso que havia criado. Em seu livro, Magalhães, ao defender a curabilidade da lepra e a colocação em prova da terapêutica que havia desenvolvido, argumentara que o Hospital dos Lázaros seria inapropriado para tal intento, por não reunir condições favoráveis para a aplicação de seu tratamento.

“Recolher os morféticos a um sítio onde se possa imprimir regularidade ao regime alimentar e à administração dos medicamentos, é sem dúvida necessário, mas não é tudo. Se isto bastasse teríamos à mão, o Hospital de Lázaros da Corte, no qual há enfermarias amplas e asseadas, e onde o serviço, conforme já teve ocasião de dizer, é metódico. Como asilo este hospital satisfaz.”¹⁷³

Lourenço de Magalhães defendera em seus diferentes trabalhos a criação de uma vila de morféticos. Para o médico, as medidas adotadas contra a propagação da lepra dividiam os países entre os civilizados, onde a higiene orientava a profilaxia e o tratamento da doença, e os *semi-bárbaros*, onde vigoravam as medidas draconianas de isolamento, como o seqüestro dos

¹⁷² LIMA, José Jerônimo de Azevedo. *Relatório apresentado à Irmandade do S. S. da Candelária pelo provedor Antônio Carlos da Silva Braga em 31 de julho de 1892 na posse da mesa administrativa*. Rio de Janeiro: Tipografia Moreira Maximino & C., 1892. p. 68.

¹⁷³ Id., ib., p. 21.

doentes. Segundo Lourenço de Magalhães, a vila de morféticos baseava-se na idéia de Pinel relativa à fundação de colônias agrícolas e à sua anexação aos asilos de alienados, onde os doentes teriam reproduzida a vida em sociedade sem que se apercebessem da vigilância.¹⁷⁴ A vila dos morféticos se constituiria não pela crença no contágio da doença, mas para evitar sua transmissão hereditária, onde os doentes, “fazendo em benefício da coletividade o sacrifício do isolamento, não abdicassem de todas as funções de seu ser.”¹⁷⁵

Para o médico, a hospitalização pouco contribuía para a cura ou a reabilitação dos leprosos, muito pelo contrário, a longa inatividade e a exclusão do convívio social opunham-se às ações terapêuticas apropriadas à doença. Estas medidas, auxiliares à prescrição de medicamentos, segundo Magalhães, seriam: o ar campestre, mais oxigenado e úmido; a existência de espaço suficiente para exercícios corporais; a *largueza* para distrações variadas, que trarão mais proveito ao estado mental do doente; a *extensão*, para facilitar as diferentes ocupações dos leprosos, “concorrendo para despertar as funções orgânicas, ativar o movimento nutritivo e as secreções, fortificar o sistema muscular, vigorar o aparelho nervoso (...), que a moléstia cada vez mais procura cavar.”¹⁷⁶ Podemos perceber que estas considerações de Lourenço de Magalhães, sobre a etiologia da lepra e o papel do isolamento hospitalar em sua terapêutica, opunham-se às orientações que vinham sendo tomadas por Azevedo Lima no Hospital dos Lázaros.

Como vimos, o Hospital dos Lázaros sempre se destacara como a principal referência para o tratamento da lepra e um importante espaço de investigação e experimentação sobre a doença. A análise dos relatórios médicos, a partir de 1868, demonstram a vitalidade das pesquisas sobre novos procedimentos terapêuticos, a etiologia e a patogenia da lepra, corroborando o papel da clínica como importante espaço de experimentação. Tais pesquisas

¹⁷⁴ MAGALHÃES, José Lourenço de. *A morfêia é contagiosa?* Rio de Janeiro: Tipografia Besnard Frères, 1893. p. 128.

¹⁷⁵ Id., ib., p. 118.

¹⁷⁶ MAGALHÃES, 1885, p. 23.

estavam de acordo com o protocolo científico de um período onde não havia se formado ainda um consenso em torno da bacteriologia e seus avanços, o laboratório não se convertera em espaço exclusivo dos especialistas e a causa microbiana da lepra não era a hipótese dominante. Seria nas décadas finais do século XIX que a pesquisa no Hospital dos Lázaros seria conduzida em consonância com os princípios da medicina experimental, movimento demarcado pela criação de um laboratório bacteriológico na instituição. A atuação de José Jerônimo de Azevedo Lima, no cargo de médico-regente, foi determinante para as profundas transformações que conferiram ao Hospital dos Lázaros um novo papel no cenário científico do Rio de Janeiro. Destacamos, em primeiro lugar, a mudança nos princípios terapêuticos da doença, onde as drogas e procedimentos debilitantes foram substituídos pelos medicamentos reconstituintes e por uma maior valorização da dieta alimentar. Subtraída qualquer influência climática na etiologia ou no tratamento da doença, novas perspectivas abriram-se na terapêutica da lepra, reorientando as pesquisas realizadas nesta área. Para Azevedo Lima, a origem bacilar da lepra e seu caráter contagioso definiram o isolamento como a principal medida profilática, a incurabilidade da lepra impôs a hospitalização do doente como forma de proteção da sociedade.

No Hospital dos Lázaros o laboratório tornara-se um importante elemento da clínica médica, tendo um lugar de destaque não só nas pesquisas bacteriológicas que tentavam desvendar a ação do bacilo no organismo, mas também como um instrumento auxiliar no diagnóstico da lepra. No final do século XIX, a importância assumida pelo laboratório na pesquisa sobre a origem microbiana das doenças infecciosas impôs ao médico o domínio de novas técnicas e métodos de pesquisa. Estas mudanças que marcaram a medicina, especialmente depois da década de 1870, pretendiam garantir a exclusividade médica na condução do processo terapêutico, estabelecendo o hospital e os periódicos especializados em fóruns privilegiados dos debates em torno de novos procedimentos terapêuticos.

O descontentamento de Azevedo Lima, registrado no relatório de 1885, sobre o papel do desfavorável atribuído por José Lourenço de Magalhães aos princípios terapêuticos

aplicados no Hospital dos Lázaros terá outros desdobramentos. Em 1892, a questão da curabilidade da lepra ganhou destaque nas páginas do *Jornal do Comércio*, dando início a uma controvérsia científica entre os dois renomados médicos, José Lourenço de Magalhães e Azevedo Lima. O debate entre Lima e Magalhães pode ser analisado sob diferentes perspectivas, evidenciando suas muitas facetas como, por exemplo, a disputa entre contagionistas e anticontagionistas pela primazia do conhecimento sobre a lepra, o embate de diferentes modelos explicativos sobre a doença e suas estratégias de pesquisa ou as mudanças em torno da própria definição clínica, da profilaxia e terapêutica da doença, temas que se converteriam no centro da política de controle na lepra na primeira metade do século XX.

A história da medicina no século XIX tem colecionado um grande número de controvérsias que colocaram em confronto teorias distintas, que disputavam a prioridade científica sobre o conhecimento da etiologia das doenças.¹⁷⁷ Neste caso, esta querela entre Azevedo Lima e Lourenço de Magalhães ocorre num período crucial em que o conhecimento científico sobre a lepra se estabelecia em novas bases, ou seja, cinco anos antes da Primeira Conferência Internacional sobre Lepra estabelecer o bacilo como causa única da doença e a segregação dos leprosos como elemento principal da política de combate a ser adotada por todos os países. A disputa científica de Azevedo Lima e Lourenço de Magalhães em torno da curabilidade da lepra se deu, portanto, em momento paradigmático da história da doença, quando se enfrentaram as teorias de base higiênica e as novas idéias vindas da microbiologia.

Sua análise permite-nos perceber como a construção do consenso da origem microbiana da lepra produziu o deslocamento na definição do papel de múltiplos agentes em seu desenvolvimento, tais como clima, hereditariedade, alimentação ou predisposição. A teoria que defendia ser o bacilo a causa única e exclusiva da lepra ainda sofria contestações de médicos proeminentes, não só por não ter sido produzida uma prova científica da relação

¹⁷⁷ Sobre o debate historiográfico em torno da etiologia das doenças no século XIX, especialmente a controvérsia sobre contagionismo e anticontagionismo ver nota 23 do tópico 1.2 *Da discrasia do sangue ao micróbio: a Noruega e as novas bases para o estudo da lepra*.

causal entre o germe e a doença, mas por ser ainda a clínica a maior fonte de conhecimento sobre a doença. Por outro lado, a discussão sobre a etiologia e transmissibilidade da lepra fez parte de um quadro mais amplo em que novas e velhas doenças infecciosas constituíam-se uma das grandes preocupações das nações industrializadas, no mesmo momento em que as investigações bacteriológicas promoviam profundas mudanças na medicina.¹⁷⁸

Assim, é igualmente importante percebermos este embate como uma discussão legítima entre dois paradigmas científicos que experimentavam diferentes critérios de validação, sem que a perspectiva da visão derrotada pela bacteriologia seja classificada como anticientífica, rudimentar ou relegada a mais um episódio da exótica história da medicina no século XIX. Pelo contrário, pretendemos analisar esta controvérsia científica a partir da perspectiva do estabelecimento de um novo modelo explicativo que, ainda que propusesse o fim das teorias higiênicas, não tinha ainda conseguido produzir a comprovação científica da causalidade da lepra pelo bacilo, elucidar o enigma de sua transmissibilidade ou produzir resultados terapêuticos consideráveis. Logo, será importante acompanharmos a argumentação destes dois médicos que disputavam o lugar de autoridade científica sobre a doença, através deste embate poderemos perceber a persistência e a emergência de elementos que integravam estas duas estruturas cognitivas distintas.¹⁷⁹

José Lourenço de Magalhães doutorou-se em medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1856, aperfeiçoou seus estudos na França e na Alemanha, tendo clinicado em São

¹⁷⁸ CANGUILHEM, 1977, p. 56.

¹⁷⁹ Paul Starr, ao analisar a constituição da profissão médica americana, atenta para o processo de '*autoridade cultural*' que esta adquire, elemento essencial para a monopolização do mercado, das organizações profissionais e das políticas governamentais. O que o autor evidencia em seu trabalho é que a estrutura cognitiva inerente ao conhecimento profissional, ainda que seja um aspecto fundamental do processo de institucionalização e aquisição de autoridade, não é suficiente para explicar a consolidação de um grupo profissional. Este processo de estruturação deve ser analisado a partir de sua dimensão social, da disputa entre os diversos agentes de um campo profissional para impor suas idéias e legitimá-las, monopolizando o saber e controlar o mercado onde esse saber será negociado. Cf. Starr, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos da América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991. A noção de '*autoridade científica*' é tomada por Margaret Pelling, para quem a bacteriologia criara um novo princípio de autoridade científica para medicina. Cf. PELLING, 1993, p. 323

Paulo e no Rio de Janeiro.¹⁸⁰ Com uma farta produção científica, Lourenço de Magalhães publicou, em 1882, o livro *A morfêia no Brasil, especialmente na província de São Paulo*; em 1885, *A morfêia e sua curabilidade*; em 1893, *A morfêia é contagiosa?*; e, em 1900, *A Colonização dos morféticos e Étude sur la lèpre au Brésil*. Nestes trabalhos, José Lourenço de Magalhães defendia a não contagiosidade da lepra e colocava em dúvida a origem bacilar da doença. O médico apoiava-se numa farta bibliografia estrangeira e nas mais recentes pesquisas e experimentos, realizados na Europa e no mundo colonial, para criticar “*algumas conversões à nova crença no contágio.*”¹⁸¹ Para Magalhães, longe de haver uma causa única que explicaria a etiologia da lepra, a doença originava-se da confluência de diversos elementos, mas especialmente “*do desenvolvimento espontâneo e da herança.*”¹⁸² O médico pernambucano considerava ainda que as condições higiênicas exerceriam um papel importante na etiologia da doença, mas seriam os defeitos do regime alimentar, em especial a ingestão de líquidos e alimentos gordurosos, que explicariam a predominância da lepra em certas áreas.¹⁸³

*“Estivéssemos menos atrasados, usássemos de alimentos convenientemente preparados e combinados, e a morfêia reduzir-se-ia a proporções mínimas; porque, sendo o bom regime alimentar a melhor garantia contra a manifestação desta enfermidade, é também o mais poderoso recurso na minha opinião contra a tendência leprosa, transmitida aos filhos pelos pais enfermos -, contra a herança do mal.”*¹⁸⁴

¹⁸⁰ Cf. SOUZA ARAÚJO, 1946, estampa 33. Formado em 1856, Magalhães defendeu a tese intitulada ‘*Como reconhecemos que um cadáver, que se nos apresenta, pertence a um indivíduo afogado*’, mas seus primeiros trabalhos trataram da oftalmologia. Lourenço de Magalhães realizou ainda estudos sobre beribéri, impaludismo e cegueira produzida pelo veneno das serpentes. Eleito para Academia Imperial de Medicina em 1885, foi presidente da Seção Médica nos anos de 1891-2 e 18 e presidente da Instituição no biênio 1885-6. Inaugurado em 1901, o Hospital dos Lázaros de Guapira, no estado de São Paulo, teve José Lourenço de Magalhães como seu primeiro diretor, permanecendo no cargo até seu falecimento, em 1905. José Lourenço de Magalhães Pasta 128, Academia Nacional de Medicina.

¹⁸¹ MAGALHÃES, 1885, p. 22.

¹⁸² Id., 1893, p. 117.

¹⁸³ Id., ib., p. 134-42.

¹⁸⁴ Id., ib., p.142.

Em torno deste modelo explicativo que se apoiava na hipótese multicausal da doença e, a partir da análise de seu desaparecimento dos lugares onde haviam melhorado as condições higiênicas, Lourenço de Magalhães desenvolveu um método próprio para o tratamento da lepra.¹⁸⁵ Em 1878, o médico obteve autorização para aplicar seu novo método terapêutico por alguns meses no Hospital dos Lázaros, durante a direção do médico Ponte Ribeiro. O fim das experiências terapêuticas de Lourenço de Magalhães coincidiu com a posse de Azevedo Lima no cargo de médico-regente deste hospital, em 1879. A continuidade de suas experiências terapêuticas com o novo método se daria com os doentes de sua clínica particular e a base de seu método terapêutico seria descrito da seguinte forma por Lourenço de Magalhães:

*“À vista dos resultados desta terapêutica, fundada sobre o meu modo de interpretar a patogenia da lepra, terapêutica fisiológica e não etiológica, visto não admitir eu a origem parasitária, salvo si os meus medicamentos, sem eu saber nem acreditar, combatem o litigioso bacilo da lepra; à vista dos resultados, digo, não hesito em afirmar a curabilidade da lepra.”*¹⁸⁶

Foi em seu opúsculo *A morfêia e sua curabilidade*, publicado em 1885, que Magalhães defendeu a curabilidade da lepra e propôs-se a demonstrar seu método terapêutico, pedindo garantias para sua realização.¹⁸⁷ Como não obteve sucesso, o médico funda sua própria instituição, o Instituto José Lourenço de Magalhães, que funcionaria em Cascadura até 1890. De acordo com suas concepções sobre a lepra e sua transmissibilidade, os doentes de seu Instituto gozavam de completa liberdade de movimentos,¹⁸⁸ pois Lourenço de Magalhães defendia que *“para impedir o desenvolvimento da morfêia – em país culto – bastam medidas*

¹⁸⁵ Em nenhum dos estudos de Lourenço de Magalhães que pesquisamos encontramos qualquer esclarecimento maior sobre o método proposto, o médico informava apenas em seus trabalhos que a terapêutica utilizada era de base higiênica e fisiológica.

¹⁸⁶ Id., 1885, p. 18.

¹⁸⁷ Id., 1893, p. 13-4.

¹⁸⁸ RABELLO, F. E. A profilaxia da lepra: o passado, o presente, o futuro In *Revista Brasileira de Leprologia*, São Paulo, v. 5, p. 72, mar., 1937.

higiênicas, suaves e humanitárias.”¹⁸⁹ E foi em torno do método terapêutico aplicado no Instituto José Lourenço de Magalhães e da curabilidade da lepra que teve início a polêmica com Azevedo Lima, que ocuparia por alguns dias as páginas do *Jornal do Comércio*.

Em 5 de junho de 1892 o *Jornal do Comércio* publica carta dirigida á sua redação pelo Sr. Conselheiro Cansansão de Sinimbú, que defendia a idéia de verificar, em estabelecimento adequado, a eficácia do tratamento da lepra adotada pelo Dr. José Lourenço de Magalhães em seu Instituto.¹⁹⁰ Rapidamente, Azevedo Lima respondeu à solicitação pública do Conselheiro, oferecendo no Hospital dos Lázaros os meios e recursos necessários para Lourenço de Magalhães realizar a experiência com o seu novo método. Lima colocava não só seus doentes, dos mais variados tipos de lepra, à disposição de Lourenço de Magalhães, como também uma comissão de médicos, da qual fazia parte um bacteriologista, para acompanhar o novo tratamento proposto. Azevedo Lima afirmaria, em ofício ao provedor do Hospital do Lázaros, que desejava “*tirar a limpo essa questão, que de vez em quando emerge, faz o seu giro de publicidade, para depois retrair-se tímida e aparecer mais tarde sobre outra forma.*”¹⁹¹

Conforme já colocara em trabalhos anteriores, objeto de protesto do próprio Azevedo Lima, Lourenço de Magalhães rejeitara a oferta de realizar sua experiência terapêutica no Hospital dos Lázaros por ser o “*estabelecimento um asilo e, como tal, sem os requisitos necessários para demonstração desta ordem.*”¹⁹² O médico procurava fundamentar sua observação, a respeito da inadequação do hospital para fins terapêuticos, nos trabalhos dos noruegueses Daniel Danielssen e Carl W.Boeck que, da mesma forma, lamentaram o insucesso das suas prescrições químicas no hospital de S. Jorge, de Bergen.¹⁹³ Mas, o mais

¹⁸⁹ MAGALHÃES, 1893, p. 173.

¹⁹⁰ Id., ib., p. 19.

¹⁹¹ OFÍCIO de José Jerônimo de Azevedo Lima ao provedor do Hospital dos Lázaros In IRMANDADE DO S. S. DA CANDELÁRIA, 1892, p. 59-60.

¹⁹² RESPOSTA do Sr. José Lourenço de Magalhães ao Sr. Comendador Antonio Carlos da Silva Braga In Id., ib., p. 62.

¹⁹³ RESPOSTA do Sr. Dr. José Lourenço de Magalhães ao Sr. Comendador Antonio Carlos da Silva Braga In Id., ib., p. 65.

importante era que Magalhães reforçava sua argumentação sobre a influência negativa da hospitalização no desenvolvimento da lepra no relatório do próprio Azevedo Lima. Lembremos que, em 1885, Lima expusera dados da alta incidência da tuberculose como *causa mortis* entre os internos do Hospital dos Lázaros. Aproveitando-se desta informação apresentada em relatório por Azevedo Lima, José Lourenço reforça o caráter contraproducente da hospitalização dos leprosos, que não só não reabilitava ou curava o doente, como favoreceria a morte por outras doenças. Segundo Lourenço de Magalhães, esta predominante mortalidade dos morféuticos no Hospital dos Lázaros, tendo como causa a tuberculose pulmonar, era resultado da “*triste síntese do espaço confinado e dos sentimentos deprimentes, peculiares da vida asilar.*”¹⁹⁴

A resposta de Azevedo Lima situou o debate sobre a curabilidade da lepra na pauta da pesquisa bacteriológica do final do século XIX. Segundo o médico, longe de balizar suas investigações sobre a lepra em observações clínicas e terapêuticas, que limitavam a compreensão do fenômeno mórbido, era o laboratório o seu principal aliado:

*“Dos exames anátomo-patológicos feitos aqui, como em muitos outros lugares, onde se estuda este assunto, chegou-se à evidência que tais lesões são específicas, de natureza leprosa, devidas ao bacilo de Hansen e não ao de Koch, como verifiquei aliás em um doente vindo do próprio Instituto que aquele colega mantém em Cascadura.”*¹⁹⁵

Azevedo Lima discute a lepra a partir de novas referências científicas, que baseavam a formulação do diagnóstico e orientavam sua prática médica. Sob estes novos critérios de

¹⁹⁴ Id., ib., p. 63.

¹⁹⁵ Id., ib., p. 65-6. No relatório de 1885, Azevedo Lima informava que a tuberculose era, naquele ano, a maior causa de óbitos entre os doentes do hospital. Ao observar as lesões das pleuras e do mesentério informava que eram, via de regra, tuberculosas, não implicando em qualquer manifestação específica da doença. O mesmo não se dava com as alterações verificadas em outros órgãos como o baço, fígado ou rins, cujas lesões não se sabia ao certo se indicavam um processo mórbido especial ou se seriam simplesmente acidentais. LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Relatório do Hospital à Candelária, de 31 de julho de 1885 In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 487.

cientificidade, cujo fundamento agregara o laboratório à clínica médica¹⁹⁶, contestava serem as lesões pulmonares dos doentes do Hospital dos Lázaros tuberculose, mas sinal de leprose. Azevedo Lima refuta com veemência a tentativa de Magalhães de apoiar-se nos médicos noruegueses Danielssen e Boeck, cujo trabalho já passara por revisões, para justificar suas opiniões sobre o asilamento dos leprosos, constituindo-se numa “*bagagem repleta de velharias científicas*”.¹⁹⁷ Para Azevedo Lima a validação do conhecimento científico sobre a lepra estava na pesquisa laboratorial e nos exames anátomo-patológicos realizados no Hospital dos Lázaros, que permitiam observar as lesões pulmonares dos leprosos e rever as hipóteses anteriormente sustentadas pela medicina.

Podemos perceber que a discussão não se limita ao embate entre contagionismo e anticontagionismo, mas ao que conferia autoridade científica e sob que base assentava-se a prática médica. A terapêutica proposta por José Lourenço de Magalhães, cujos resultados satisfatórios haviam sido atestados por seis professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, não fora validada pelos princípios científicos estabelecidos pela medicina experimental.¹⁹⁸ Segundo o parecer dos médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a análise do método terapêutico de Magalhães se dera a partir de exames clínicos de seus pacientes, onde foi observado o desaparecimento das manchas e das alterações da textura da pele, além do restabelecimento da sensibilidade cutânea.¹⁹⁹

Logo, sob estes princípios de verificação, o novo tratamento de Lourenço de Magalhães não angariara a credibilidade do médico-regente do Hospital dos Lázaros. Para Azevedo Lima, era necessário colocar em prova o novo método terapêutico, o que significava

¹⁹⁶ Segundo Georges Canguilhem, a medicina experimental realizou, por comparação com a medicina fisiológica, um triplo deslocamento: de lugar, do hospital ao laboratório; de objeto experimental, do homem ao animal; de meio, da preparação galênica ao composto químico definido. CANGUILHEM, 1977, p. 58.

¹⁹⁷ Id., ib., p. 68.

¹⁹⁸ Os médicos João Pizarro Gabizo, Oscar Bulhões, Domingos de Almeida Martins Costa, Albino de Alvarenga, João Carlos Teixeira Brandão e João Vicente Torres Homem, examinaram pacientes de José Lourenço de Magalhães em duas ocasiões, num intervalo de 22 meses. O parecer final apresentado considerou “*auspiciosos os resultados*” do tratamento utilizado no Instituto. Cf. MAGALHÃES, 1885, p. 20.

¹⁹⁹ Id., ib., p. 23.

testá-lo sob os pressupostos da demonstração experimental e científica, submeter seus resultados à realização de exames anátomopatológicos.²⁰⁰ O que a princípio parecia tratar-se de uma disputa entre dois modelos cognitivos de compreender a etiologia da lepra, apresentase como uma questão mais ampla, o confronto ente diferentes paradigmas de cientificidade. Assim, sob este ponto de vista, caberia ao laboratório e não a clínica médica produzir os fatos científicos, o laboratório convertera-se no “*lugar da elaboração dos artifícios destinados a tornar o real manifesto.*”²⁰¹ Na perspectiva de estabelecer a diferença com seu adversário, garantido o monopólio da cientificidade, legitimando suas pesquisas e a terapêutica adotada no Hospital dos Lázaros, Azevedo Lima ataca o método terapêutico de Magalhães, comparando-o às panacéias:

*“Só agora sei que não tenho a ventura de merecer a simpatia do ilustre colega, José Lourenço de Magalhães, e que tal desgraça minha, para a qual não concorri de modo algum, é a causa única de ver-se a pobre humanidade privada de vulgarizar-se o ‘remédio secreto’ que o meu ilustre colega diz ter descoberto, para fazer concorrência ao célebre ‘Ataúba de Sabyra’ do curandeiro Escobar.”*²⁰²

O método de tratamento de Lourenço de Magalhães partia da compreensão da doença como uma função orgânica, onde a terapêutica deveria desempenhar o papel de restabelecer o equilíbrio do organismo e, cessada a causa da doença, conter os seus efeitos. Nesta perspectiva, a etiologia da lepra ocuparia um reduzido papel na terapêutica, importava antes restabelecer o organismo da ação da doença, os medicamentos seguiriam as indicações fisiológicas, cabendo “*à higiene fornecer o mais poderoso sustentáculo do organismo.*”²⁰³

Para o médico a autoridade científica sobre a lepra era conferida pela clínica médica, a teoria

²⁰⁰ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Curabilidade (?) da morféia In IRMANDADE DO S. S. DA CANDELÁRIA, 1892, p. 57-8.

²⁰¹ CANGUILHEM, 1977, p. 73.

²⁰² Id., ib., p. 22.

²⁰³ MAGALHÃES, 1893, p. 27.

parasitária não poderia sobrepor-se à experiência acumulada por anos de observação sobre a doença em áreas endêmicas.

Por outro lado, utilizando-nos do manancial teórico proposto por Sattr, podemos considerar que a luta entre os dois modelos cognitivos coloca em questão não apenas a estabilização da lepra como uma doença de origem bacilar, mas também as disputas na constituição da profissão médica no Brasil imperial. Ainda que não seja este e nosso problema central, é importante estarmos atentos que o processo de formação do campo médico profissional é uma das dimensões presentes no debate sobre a origem das doenças no final do século XIX.²⁰⁴ Esta controvérsia entre Azevedo Lima e Lourenço de Magalhães evidencia a disputa pelo monopólio do saber sobre a doença, mas também o controle do mercado de serviços que gravitava em torno destes profissionais. Se Azevedo Lima era o médico regente do Hospital dos Lázaros, o principal centro de tratamento da moléstia no país, Lourenço de Magalhães fundara uma instituição particular que levava seu nome para o tratamento da lepra. O estabelecimento do Instituto demonstra haver um mercado para o serviço profissional de especialistas na doença, para o Hospital dos Lázaros dirigiam-se os pacientes com poucos recursos ou aqueles cujo estado adiantado da lepra impunha a hospitalização.

A busca pela hegemonia da hipótese sobre a origem infecciosa da lepra implicava na disputa por instrumentos que possibilitassem o monopólio do diagnóstico e da terapêutica, que estruturassem a organização da especialização do conhecimento sobre a doença e que permitissem o estabelecimento de uma política do governo para o seu controle. Estes elementos irão orientar as pesquisas sobre a lepra e, ao mesmo tempo, servirão como legitimadores da autoridade profissional daqueles que estavam à frente deste processo. Se estabelecer como uma autoridade sobre a lepra permitiria ao médico negociar o significado da doença em diferentes dimensões: no interior do grupo profissional, junto ao doente e seus familiares, junto à sociedade e ao governo na definição das medidas para o combate da

²⁰⁴ Sobre a constituição da profissão médica no Brasil ver PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001; COELHO, 1999, p. 106-50.

doença. Assim, este processo de constituição de autoridade implicou, por um lado, estabelecer o consenso interno da hipótese bacilar das doenças no meio médico e, por outro, determinar estratégias que legitimassem e que possibilitassem a consolidação desta autoridade profissional na sociedade, distinguindo os adeptos da microbiologia daqueles profissionais arraigados à ‘*velha medicina*’.

Neste sentido, a fronteira da ação entre Lourenço de Magalhães e as inovações técnicas trazidas pela medicina experimental, especialmente as pesquisas laboratoriais, pode ser definidora da crescente dificuldade para manter-se como uma voz autorizada sobre a lepra. Lourenço de Magalhães também preocupava-se em responder à questão sobre a presença do bacilo da lepra nos diversos períodos de desenvolvimento da doença, mas suas dificuldades nesta investigação denunciam seus limites para lidar com os novos parâmetros de cientificidade. A bacteriologia estabelecera uma divisão interna entre os médicos e, paulatinamente, criava mecanismos que legitimavam a consolidação da autoridade profissional baseada nestes novos códigos científicos. Segundo o próprio Lourenço de Magalhães, no início de suas pesquisas obtivera alguns exames microscópicos com o Dr. Martins Costa, realizados em doentes em estágio adiantado da lepra e esperava realizar os mesmos estudos em doentes em fase inicial. Porém, mesmo já dispondo de pacientes com este perfil, Lourenço de Magalhães não pudera prosseguir na pesquisa, pois não contava mais com o auxílio do Dr. Martins Costa para realização dos exames. O médico deixa-nos entrever que, apesar de possuir uma vasta experiência clínica, não dispunha de conhecimento técnico que possibilitasse a realização de pesquisas laboratoriais. Conforme afirma Lourenço de Magalhães:

“Se não fossem a falta de auxílio e meu defeito idiossincrásico, teríamos aqui resolvido a questão de saber (tantas foram as ocasiões favoráveis para isso) se no princípio da morféia encontram-se ou não

bacilos, solução interessantíssima à etiologia e patogenia da enfermidade.”²⁰⁵

Da mesma forma, Lourenço de Magalhães, apesar de reconhecer os avanços obtidos com a pesquisa no âmbito da medicina experimental, não reconhecia na bacteriologia a exclusividade de responder às muitas indagações sobre a etiologia e patogenia da lepra. Segundo o médico, após a década de 1880 havia sido tão intenso o impulso da doutrina parasitária e a revolução causada nas teorias médicas da contagiosidade, profilaxia e tratamentos das moléstias microbianas, dentre elas a lepra, que as opiniões sobre esta enfermidade não resistiram à torrente de idéias dominantes.²⁰⁶ Porém, para o médico pernambucano, cabia à clínica a última palavra sobre a etiologia da lepra, única competente para definir sua origem e transmissibilidade. Baseando-se na própria medicina experimental, Lourenço de Magalhães afirma a necessidade de provas justificadas do contágio da lepra e analisa as diferentes tentativas do cultivo e inoculação do tecido ou sangue de morféuticos em animais e no homem, sempre com resultados negativos.²⁰⁷

*“Seja qual for o juízo que se forme do meu critério e dos meus conhecimentos em bacteriologia, não hesitarei em responder: se se pode considerar moléstia parasitária a que assinala-se pela presença de determinada espécie de microorganismo, ‘qualquer que seja o período em que este apareça’, devemos reconhecer que a lepra o é, porque observadores estrangeiros e nacionais verificaram o bacilo de Hansen; se, porém, é aquela cujo processo mórbido liga-se ao germen, como o efeito à causa, por uma subordinação íntima e fatal, então parece que não é; porque em relação ao bacilo da lepra o que não se sabe até agora é que existe, ignorando-se tudo o mais, Isto é: donde veio, como penetrou no organismo, o que aí faz ou em que qualidade se acha, se de causa, se de efeito.”*²⁰⁸

²⁰⁵ MAGALHÃES, 1885, p. 161.

²⁰⁶ Id., ib., p. 63.

²⁰⁷ Id., ib., p. 21.

²⁰⁸ Id., ib., p. 159.

O disputa entre José Lourenço de Magalhães e Azevedo Lima foi acompanhada pelo médico baiano Pedro Severiano de Magalhães, professor da Policlínica do Rio de Janeiro e lente da Faculdade de Medicina, na cadeira de Patologia Cirúrgica.²⁰⁹ Em carta enviada ao *Jornal do Comércio*, o médico questiona a tese da curabilidade da moléstia, defendida por Lourenço de Magalhães, argumentando a favor da natureza bacilar e contagiosa da morféia e propondo o seqüestro dos morféticos como meio preventivo de evitar a propagação da lepra.

A resposta de Lourenço de Magalhães se faria através das páginas do periódico *Brasil-Médico*, no artigo *A morféia é contagiosa*, publicado em janeiro de 1893. Na verdade, este trabalho deu início a uma série de 19 artigos em que Lourenço de Magalhães tratou de diversas questões como etiologia, curabilidade, contágio, hipótese alimentar e hereditariedade da lepra. Para o médico, se a discussão etiológica afastava os contagionistas e anticontagionistas, a higiene deveria uni-los. Seriam os preceitos higiênicos a única alternativa concreta contra a lepra:

“Malgrado a expectativa da terapêutica etiológica, aliás sedutora e até certo ponto racional, viram-se os teóricos decaídos das alturas a que guindaram-se, e obrigados a atender nas prescrições clínicas ao outro fator da moléstia – o organismo humano – por eles momentaneamente esquecido. É que lhes assoberbava o espírito a consideração de que ‘a causa não é a moléstia’. Mudaram de rumo, é certo, mas a contragosto, explicando a medicação a seu modo, em ordem a manter aparente coerência. Assim, a medicação sudorífera – de caráter essencialmente fisiológico, - o forte ‘escalda pés’, com que o povo cura a febre amarela melhor do que os que anacrônica esta medicina, já figura como um recurso anti-microbiano, graças à larga superfície excretória, dizem eles, aberta à eliminação dos microorganismos, explicação que também estendem à medicação purgativa, diurética, etc.”²¹⁰

²⁰⁹ EDLER, 1999, p. 194.

²¹⁰ MAGALHÃES, A morféia é contagiosa? In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 96.

Lourenço de Magalhães, ao refutar a incurabilidade da lepra, associa a bacteriologia aos procedimentos terapêuticos advindos da doutrina hipocrática, “*baseada na força medicatriz da natureza.*”²¹¹ À presença do bacilo, que desorganiza o funcionamento do organismo, caberia à clínica restituir à célula condições necessárias de restabelecer as funções orgânicas desestruturadas pela evolução patológica. Logo, por maior que fosse a ação do bacilo de Hansen no organismo, a qualidade parasitária da moléstia não a colocava em posição inacessível aos recursos terapêuticos.²¹² Nesta disputa pelo monopólio da produção de conhecimentos científicos sobre a lepra, José Lourenço de Magalhães lançava dúvidas às conquistas da nascente bacteriologia, reforçava as incertezas quanto à origem parasitária da lepra, sua contagiosidade e o isolamento como principal medida profilática. Defendendo a supremacia da clínica médica e o tratamento dos sintomas independente de suas causas, Lourenço de Magalhães reafirmava a importância das “*conquistas tradicionais da ciência, mesmo que partam do empirismo: a verdade, explicada ou não, é sempre a verdade: a cura das mais graves enfermidades, por outros meios que não os anti-sépticos, era fato tão ostensivo, que só a cegueira partidária poderia recusar.*”²¹³

Mas, as teorias que José Lourenço abraçava já não eram preponderantes no cenário científico deste final do século XIX, seus trabalhos integravam o arsenal de ‘*velharias científicas*’, pautados apenas nas observações da clínica médica exercida em seu Instituto. Aos poucos Lourenço de Magalhães decretava a obsolescência de suas pesquisas terapêuticas dentro de seu campo profissional ao não incluir o laboratório em suas experiências e prender-se ainda à hipótese etiológica multicausal, suplantada pelo paradigma bacteriológico e pela crença na causa única e específica das doenças contagiosas. Doravante, serão os experimentos realizados por Azevedo Lima e Wolf Havelburg, no Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázarus, o padrão da nova dinâmica imposta às pesquisas sobre a etiologia e a terapêutica da lepra no final do século XIX.

²¹¹ Id., loc. cit.

²¹² Id., loc. cit.

²¹³ Id., 1893, p. 96.

O embate entre as diferentes teorias etiológicas sobre a lepra teve como clímax a realização do primeiro encontro internacional sobre a doença, em 1897. A 1ª Conferência Internacional sobre Lepra foi o palco privilegiado de discussão sobre a causalidade da doença, suas conclusões finais serviram como orientações gerais das medidas profiláticas a serem adotadas pelos governos durante as décadas seguintes. A Conferência buscou a universalização dos conhecimentos sobre a doença e a formação de uma comunidade médica internacional, inserindo definitivamente a lepra no universo da bacteriologia. Procurando fundar uma nova percepção sobre a lepra, a Conferência de 1897, ao definir o bacilo como a causa verdadeira e exclusiva para a doença, abria a possibilidade de uma intervenção terapêutica mais precisa, definida em suas conclusões finais pela notificação compulsória dos casos e o isolamento do doente.

José Lourenço de Magalhães, convicto dos princípios que nortearam sua trajetória científica, publica seu trabalho *Étude sur la lèpre au Brésil*, suscitado principalmente pelas conclusões da Conferência de Berlim. Para Lourenço de Magalhães, “*se nós pudéssemos duvidar que a Conferência de Berlim tenha obedecido a uma idéia preconcebida, seria suficiente, para se convencer, examinar as medidas profiláticas que foram votadas contra a lepra.*”²¹⁴ No entanto, a busca de um consenso no meio médico em torno da causa bacteriana da lepra, sua terapêutica e profilaxia, mobilizara a comunidade de especialistas sobre a doença.

Pedro Severiano de Magalhães, em artigo publicado na Gazeta da Bahia, rebate o descrédito de José Lourenço de Magalhães na contagiosidade da lepra. Severiano de Magalhães desafiava aqueles que duvidam da natureza microbiana da lepra ou que ainda ousavam valer-se “*da estafada e desmoralizada questão de serem os bacilos conseqüência e não causa das alterações patológicas com que coexistem, esse, poderá desembaraçadamente tomar a si a tarefa de sustentar a não contagiosidade do mal de S. Lázaro.*”²¹⁵ Para Severiano de Magalhães, a afirmação de que a lepra no Brasil não seria contagiosa devia-se aos

²¹⁴ MAGALHÃES, José Lourenço de *Apud* BIBLIOGRAFIA. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 14, n. 7, p. 59, 15/02/1900.

²¹⁵ MAGALHÃES, Pedro Severiano de. A lepra é contagiosa? In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 103.

obstáculos interpostos aos estudos científicos no Brasil, muito mais difíceis de se realizar do que em outras partes.²¹⁶ Do mesmo modo, o médico Arthur Mendonça, um dos fundadores da *Revista Médica de São Paulo*, ao fazer severa crítica do livro de José Lourenço de Magalhães, *Étude sur la lèpre au Brésil*, conclui dando a tônica dos embates travados entre duas diferentes estruturas cognitivas em torno da primazia científica sobre a etiologia da lepra: “*não há talento, não há imaginação que possa lutar contra os fatos, contra a verdade e de posse desta está a bacteriologia, que triunfante em relação à muitas moléstias, muito já fez em relação à lepra: esclarecendo a sua etiologia e profilaxia.*”²¹⁷

A resposta de Lourenço de Magalhães à argumentação do médico Pedro Severiano, foi dada no trabalho *A morfêia é contagiosa?*, publicado em 1893. O médico argumenta que a origem da lepra era o “*desenvolvimento espontâneo e a hereditariedade*”, sendo o seqüestro dos morféticos uma medida desproporcional à ameaça da doença. Lourenço de Magalhães utiliza a estratégia inversa dos contagionistas para justificar o isolamento compulsório, minimiza o risco do contágio e a prevalência da lepra no Brasil. Segundo Lourenço de Magalhães, a tuberculose era uma ameaça muito maior à saúde pública do que a lepra, “*nesta capital falece anualmente uma dúzia, se tanto, de morféticos, a tuberculose registra dois mil óbitos.*”²¹⁸ Da mesma forma, enquanto o contágio da lepra era raro, não se sabendo ao certo qual era sua via de transmissão e em que período da doença ele se dava, a forma de contágio da tuberculose era conhecida e significava um risco muito maior e nem por isso se advogava propostas de seqüestro de tuberculosos. Para o médico era “*inquestionável que, muito mais que os leprosos, concorrem os tuberculosos para a decadência da família, para a degeneração da espécie e o comprometimento da população.*”²¹⁹ Lourenço de Magalhães estava convencido que a lepra decrescia no país, sendo cada vez mais rara nos centros populosos onde a higiene e hábitos alimentares mais adequados às necessidades do organismos, avançavam. Para confirmar esta hipótese, o médico afirmava que a doença

²¹⁶ Id., ib., p. 104.

²¹⁷ MENDONÇA, Arthur *Apud* SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 106.

²¹⁸ MAGALHÃES, 1893, p. 119.

²¹⁹ Id., ib., p. 120

regredia em São Paulo, Pernambuco e Bahia, sem o emprego de qualquer medida coercitiva para com os leprosos.

No entanto, a pesquisa sobre a lepra seguirá a pauta científica do período, avançando no estudo sobre a possibilidade da transmissibilidade da lepra pelos hematófagos. A medicina experimental reorientara não apenas os objetos da pesquisa sobre a etiologia e a patogenia da lepra, mas a própria dinâmica da investigação científica. Novos pressupostos, científicos pautavam os experimentos e a terapêutica da lepra, atribuindo aos novos ramos científicos a capacidade exclusiva de responder as muitas incertezas em torno do bacilo da lepra. A procura de um tratamento específico da doença, complemento indispensável à profilaxia da doença, deveria começar no laboratório, não na clínica médica. Porém, a impossibilidade de cultivo do bacilo, a baixa eficiência dos tratamentos disponíveis e o pouco conhecimento sobre os mecanismos de transmissão do *M. leprae* nos ajudam a compreender a persistência, vinte anos após a descoberta de Hansen, de diferentes modelos explicativos sobre a lepra.

CAPÍTULO 3

Uma profilaxia ímpar

Desde o final do século XIX a medicina enfrentava o esforço teórico da consolidação do bacilo como causa exclusiva da lepra, hipótese sustentada no próprio avanço da bacteriologia e nas inovações técnicas introduzidas na investigação laboratorial. No início do século XX a bacteriologia já contribuía determinantemente nas pesquisas sobre a causa de diferentes doenças, porém, o desconhecimento sobre a forma de transmissibilidade do *'bacillus leprae'* e o mecanismo de sua ação no organismo asseguraram uma sobrevida à hipótese hereditária, além de corroborar a incerteza que alguns ainda partilhavam sobre o papel do bacilo na origem lepra. Esta situação seria revertida ao longo das duas primeiras décadas do século XX, quando percebemos não uma ruptura com a hipótese hereditária na patogenia da lepra, mas seu deslizamento da etiologia para condição de elemento predisponente ao contágio.

No terceiro capítulo pretendemos analisar como se deu a construção do consenso médico da natureza bacteriana da lepra e a substituição da complexa explicação multicausal da doença pela causa única, segundo o paradigma pastoriano. A elucidação do mecanismo de transmissibilidade da lepra tornar-se-ia a grande polêmica científica nas duas décadas iniciais do século XX, quando elementos diversos foram mobilizados e hierarquizados na tentativa de esclarecer que fatores concorreriam para explicar este processo. Ao fim deste período a natureza bacilar e contagiosa da lepra se constituiria no núcleo estruturante em torno do qual se organizariam as investigações sobre a doença, doravante a hipótese hereditária de sua causalidade seria convertida numa referência histórica obrigatória que integraria os manuais médicos.

O predomínio da hipótese bacilar produziu um novo campo de embates, o da transmissibilidade da lepra, fator fundamental para formulação de políticas de controle da

doença. Diferentes posições teóricas foram assumidas e reorganizaram-se as alianças entre os atores que partilhavam do mesmo modelo de compreensão da doença. A discussão sobre a forma de transmissão da lepra renovará velhos argumentos, como a predisposição do organismo e o papel da higiene no seu combate, ao mesmo tempo em que se abraçarão novas hipóteses, como a dos portadores sãos da doença. Como parte integrante deste processo, pretendemos analisar como se formatou e foi conduzida a discussão sobre o modo de transmissão da lepra, que incorporaria, sob nova roupagem, elementos já conhecidos do debate etiológico. Foram estes velhos elementos que, somados aos novos fatores, constituiriam a base de hipóteses originais sobre a transmissibilidade do bacilo de Hansen. Consideramos esta uma discussão crucial não só porque confere historicidade às opções profiláticas adotadas no controle à lepra no país, mas também porque nos permite perceber as diferentes nuances da defesa do isolamento na profilaxia da lepra, evidenciando que sua adoção pressupunha também disputas em torno do grau de contagiosidade atribuído à doença.

Pretendemos ainda analisar como se deu, no Brasil, a construção de um discurso onde a lepra seria instituída como uma terrível ameaça, um *'flagelo nacional'* que transcendia as condições sanitárias do país para constituir-se numa ameaça à nação. Como sabemos, este tipo de retórica, que não seria exclusiva da lepra, seu uso tinha como função reforçar a ameaça que uma doença constituía e reivindicar que sua profilaxia fosse transformada em política pública comandada pelo Estado brasileiro. No caso da lepra, esperava-se que o governo assumisse uma política segregacionista para os leprosos em colônias de isolamento, o que já integrava a pauta de combate à doença estabelecida desde a 1ª Conferência Internacional de Berlim, em 1897.

Analisar este discurso onde a lepra era identificada como uma grave ameaça ao já comprometido quadro sanitário brasileiro nos permitirá também perceber a forma como a doença foi reconhecida e entendida em sua trajetória histórica, processo que esteve também informado pelo conhecimento médico disponível sobre a doença. Pretendemos analisar os

diferentes significados que foram conferidos à lepra e os elementos que seriam utilizados na elaboração de um discurso que procurava definir o lugar da doença entre as endemias nacionais. Logo, analisaremos o processo de construção de um discurso que denunciava, em tom alarmista, a disseminação da lepra no país e a ausência de medidas eficazes para seu controle. A lepra foi apreendida nesta formação discursiva como uma doença misteriosa, um mal que avançava lentamente, degenerando o organismo e comprometendo a vida em sociedade.

Buscaremos ainda conjugar esta análise à compreensão do cenário que se estruturou nas duas primeiras décadas do século XX, quando teve início o movimento político que ficou conhecido na historiografia como ‘movimento sanitarista’. O movimento sanitarista identificou na doença, nas precárias condições sanitárias e no abandono da população brasileira o principal problema do país, transformando a saúde pública numa questão nacional. As doenças endêmicas constituíram-se no foco principal da campanha pelo saneamento do Brasil e pela reforma dos serviços de saúde pública, a análise específica sobre o caso da lepra possibilitará elucidar as complexas negociações que envolvem doença, política e sociedade. Neste contexto procuraremos compreender a dimensão e o significado que a lepra assumiria na sociedade brasileira, como também os recursos investidos – científicos, políticos e simbólicos – que buscavam garantir seu lugar como um problema sanitário, em contraposição a outras doenças que assolavam a população brasileira neste período. Nosso objetivo é apresentar, neste capítulo, uma interpretação que leve em conta que o modelo de combate à lepra que seria elaborado no Brasil foi também fruto de um momento histórico específico. Para tanto, é importante perceber o papel que a saúde pública assumiria nas duas primeiras décadas do século XX, o conhecimento médico disponível sobre a lepra e os diferentes posicionamentos teóricos sobre sua etiologia, elementos que irão moldar o discurso em que o conceito da doença ganha novos contornos e significados.

3.1 A hereditariedade cede terreno ao bacilo...

“Dizer das profissões, em se tratando de lepra, éforçar o espírito a meditar sobre a etiologia da tal doença, cujo estudo fatalmente a arrastará vasta e acidentada arena onde transcendentalmente se digladiam os dois grupos formados pelos contagionistas e não contagionista cada qual mais digno de respeito pelo incontestável valor dos respectivos paladinos... E outro meio que não fosse o nosso, onde os partidários do primeiro grupo constituem a grande maioria, imprescindível se tornaria, de fato, tal tarefa.”¹

(Werneck Machado e Emílio Gomes)

Como vimos, a realização de um congresso internacional que reunisse os maiores especialistas em lepra, em 1897, teve por objetivos estabelecer um consenso no meio médico sobre sua etiologia e deliberar quais seriam as medidas sanitárias a serem adotadas para impedir a expansão da doença. No entanto, ainda que dentre suas resoluções constasse que o *bacillus leprae*, descoberto por Hansen em 1874, era o agente causal da lepra e que havia “*uma uniformidade de vistas em relação ao modo como ele se difunde no organismo humano*”², a origem da doença configurava-se como um terreno ainda repleto de incertezas. Na última década do século XIX, embora os contagionistas formassem o grupo preponderante, a teoria hereditária não fora completamente descartada do cenário científico. Mais do que isto, as peculiares e as incertezas em relação à etiologia e a transmissibilidade da lepra, dada a impossibilidade de produzir provas científicas sobre a ação do bacilo no organismo, acabaram por estabelecer não apenas pontos de embate entre contagionistas e anticontagionistas, mas também alguns pontos de convergência dentre as duas hipóteses.

¹ MACHADO, Werneck; GOMES, Emílio. Lepra e profissão. Comissão de Profilaxia da Lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 147.

² GOUVÊIA, 1898, p. 38.

Azevedo Lima, na ocasião ocupando o cargo de diretor-clínico do Hospital dos Lázaros, enviou para 1ª Conferência Internacional sobre Lepra, o trabalho intitulado *A Lepra no Brasil*. Como sabemos, Azevedo Lima foi um dos mais atuantes nomes no estudo da lepra no país, responsável por importantes mudanças na terapêutica adotada no Hospital dos Lázaros e pela criação do Laboratório Bacteriológico nesta instituição, em 1894. Neste trabalho, Azevedo Lima definiu precisamente o lugar da hipótese contagionista no cenário científico da última década do século XIX:

*“De entre os diversos fatores etiológicos que têm sido apresentados, tais como particularidades de clima, de modo de vida, vícios de alimentação, más condições higiênicas, etc, destaca-se um, digno de séria atenção – o contágio. Qualquer outro fator pode representar um certo papel, como meio coadjuvante e talvez explicar a maior ou menor freqüência da moléstia, sua predileção por certa classe de povo, por certos bairros, mas nada nos ensina quanto à expansão que ela vai tendo, quando se não tomam medidas de profilaxia, e ao seu declínio, quando tais medidas são postas em vigor. Não se conhece até hoje as condições de receptividade da lepra, nem tão pouco a biologia do bacilo que lhe é peculiar. O seu estudo ainda não está acabado, nem o estará, enquanto não se completar o ciclo das pesquisas que lhe dizem respeito, tais como as condições do seu crescimento e desenvolvimento, bem como a sua forma de invasão no organismo humano e a sua subsequente disseminação no corpo humano.”*³

Como o próprio Azevedo Lima reconhece em seu trabalho, inúmeras questões em torno da etiologia e da patogenia da lepra não foram respondidas pela identificação do bacilo como o microorganismo responsável pela doença, o que fomentava o confronto entre contagionistas e anticontagionistas, além de exigir a mobilização de recursos diversos na sustentação das hipóteses causais da doença. Vimos anteriormente que em torno da etiologia da lepra configurou-se uma arena de embates em que os atores envolvidos empenhavam não

³ LIMA, José Jerônimo de Azevedo. A lepra no Brasil. Comunicação enviada ao Congresso de Leprologistas, em Berlim, em Outubro de 1897, pelo Dr. Azevedo Lima In SOUZA ARAÚJO, 1956. p. 67.

apenas conhecimento científico, mas também prestígio profissional advindo tanto do laboratório quanto da clínica médica.

Se a medicina experimental não fora capaz de prover os fatos científicos que comprovassem a ação do bacilo no organismo, a clínica médica era fértil em fornecer casos que demonstravam ser a lepra uma doença contagiosa. Mas, de forma semelhante, anticontagionistas lançavam mão da descrição dos mesmos casos clínicos para corroborar suas ‘certezas’ em torno da incontestável influência da hereditariedade na etiologia da lepra. Apesar disto, a hipótese da natureza bacilar da lepra já não era mais uma questão facilmente refutada, mesmo para os anticontagionistas. Para este grupo, a conjuntura científica daquele final de século havia imposto algumas negociações, tornando o bacilo uma das causas possíveis da lepra, ainda que não a única. Por outro lado, para os contagionistas, a descoberta do bacilo havia renovado e dado sustentação científica à mais antiga hipótese da causa da lepra: o contágio.

Vejamos que elementos poderiam ter alicerçado a construção do consenso em torno da causa bacilar da lepra a partir do final do século XIX, mais de vinte anos após Hansen ter anunciado a descoberta do *bacillus leprae*, um dos primeiros patógenos a ser relacionado a uma doença.⁴ Devemos lembrar que, embora as pesquisas de Hansen apontassem para a

⁴ Hansen, sem dúvida, se beneficiou das pesquisas científicas que se realizavam para comprovação da hipótese de que microorganismos poderiam causar doenças contagiosas e epidêmicas. Esta idéia foi defendida por Jacob Henle, em trabalho publicado em 1840, que considerava a natureza específica do veículo das doenças contagiosas. A partir desta década, inúmeras investigações seriam orientadas por esta premissa, até que Robert Koch, aluno de Henle, comprovasse, em 1876, a origem microbiana do antraz. Ao longo da década de 1870 foram descobertos os microorganismos causadores das seguintes doenças: em 1879, o da gonorréia, por Albert Neisser; em 1880, o da febre tifóide, por Carl Joseph Eberth e o da malária, por Alphonse Laveran; em 1883, o da erisipela, por Fehleisen e o da cólera, por Kock; em 1884, o da difteria, por E. Klebs e Friedrich Loeffler, o do tétano, por Nikolaier e Kitasato, e o da pneumonia, por Fraenkel; em 1887, o da meningite, por Weichselbaum. Cf. MARTINS, 1997, p. 170-1. Muitos autores, entre eles George Rosen, apontam o ano de 1880 como o da descoberta do *Mycobacterium leprae*, por Hansen. Neste ano Hansen publicou pela primeira vez um artigo em alemão sobre sua descoberta, intitulado *Bacillus leprae*. Porém, 1874 é a data mais reconhecida para a descoberta de Hansen, quando o médico publicou o trabalho "A Report to the Norwegian Medical Association in Christiania on a Journey Undertaken with the Backing of the Association to Investigate the Causes of Leprosy", já apresentado em 1873 à Associação Médica Norueguesa, como um suplemento do *The Norwegian Journal of Medical Science*. Cf. IRGENS, Lorentz M. Leprosy in Norway: an interplay of research a public health work, *International Journal of Leprosy*, 41 (2): 189-98.

origem microbiana da lepra, as dificuldades técnicas para comprovar suas observações sobre os bastonetes localizados em tecidos leprosos somente seriam superadas com os novos métodos de coloração, aplicados por Neisser em 1879, que produziram a primeira evidência satisfatória da relação entre bacilo e lesões leprosas.⁵ Porém, ainda haveria um longo caminho a ser percorrido pela hipótese bacilar da lepra, já que as pesquisas de Koch sobre o antraz haviam estabelecido um método que, doravante, se tornaria a base do trabalho científico.

Os chamados postulados de Koch seriam o principal referencial teórico para a confirmação irrefutável no estabelecimento da causa microbiana das doenças e, no caso da lepra, as pesquisas não conseguiam reproduzir estes postulados, já que as técnicas disponíveis não permitiram cultivar o bacilo em cultura pura ou reproduzir a doença em laboratório. Esta melhoria das técnicas de coloração no estudo de microorganismos foi fundamental também para a observação sobre os diferentes aspectos do bacilo da lepra, o que permitiu a realização de investigações sobre sua localização no organismo e a distinção entre sua ação e a de outros patógenos. Esta foi das mais importantes questões que os novos métodos de coloração contribuíram para elucidar, isto é, as diferentes alterações patológicas provocadas pela doença no organismo, distinguindo-as de outras causas, como a ação da tuberculose, elemento que seria fundamental para a clínica médica.⁶

Assim, consideramos que a difusão da bacteriologia e o avanço das pesquisas sobre a causa única das doenças infecciosas contribuíram para o reforço da hipótese bacilar na etiologia da lepra. Por outro lado, os dados advindos dos estudos epidemiológicos e da observação clínica igualmente reforçariam a teoria da causa microbiana da lepra, especialmente com o alarme vindo com o crescente número de casos no Havaí. Não podemos esquecer também que a bem sucedida experiência norueguesa de combate à lepra, baseada na hipótese contagionista da doença e tendo por base o isolamento, funcionou como um

⁵ FITE; WADE, 1955, p. 426.

⁶ Sobre os novos métodos de coloração ver ROSEN, 1994, p. 231. Sobre os métodos de coloração e o agente causal da lepra ver também BENCHIMOL; SÁ, 2004, p. 58-66.

importante apoio da aceitação internacional do bacilo de Hansen como causa exclusiva da doença. Conforme analisamos, por ocasião da realização do 1º Congresso Internacional de Berlim, o papel do bacilo na patogenia da lepra já não era uma questão que dividia contagionistas e anticontagionistas em campos absolutamente opostos. A entronização do combate à lepra na Noruega, associado à consolidação da medicina experimental, à difusão da microbiologia e à presença cada vez maior do laboratório como suporte à clínica médica para realização de diagnósticos, havia imposto aos anticontagionistas certa acomodação de sua hipótese às novas perspectivas abertas pela medicina. Frente à constante e irrefutável presença do bacilo nos casos de lepra, a questão da etiologia da doença mudara de uma polarização inicial entre contagionistas e anticontagionistas, para o reconhecimento, por estes últimos, do microorganismo na causalidade da lepra, ainda que sem qualquer exclusividade em sua causalidade.

No reduzido espaço de disputa científica em que se converteu o 1º Congresso Internacional sobre Lepra, os embates se deram em função da indeterminação de algumas questões sobre a patogenia da doença, problemas que estavam diretamente relacionados à exclusividade do bacilo em sua etiologia, mas que a pesquisa laboratorial não conseguira ainda responder. Para alguns médicos, a dificuldade de identificar o bacilo em todas as formas de lepra⁷ forneceria a chave para que diferentes elementos concorressem para explicar a doença, especialmente naqueles casos em que o contágio não se mostrava suficiente para elucidar a sua causa. Neste amplo leque incluíam-se não só os anticontagionistas, que defendiam a prevalência da causa hereditária da doença, mas também contagionistas que discutiam a inconstância da virulência do bacilo, a predisposição do organismo à doença ou a ação de influências externas sobre a multiplicação do bacilo no corpo.⁸

⁷ Kaposi admitia as formas tuberosa, máculo e anestésica da lepra; Hansen e os médicos noruegueses somente admitiam duas formas da doença, a tuberosa e a máculo-anestésica; Neisser aceitava duas formas, a cutânea e a nervosa; havia ainda os que consideravam que a lepra podia manifestar-se de três formas distintas: a cutânea, a nervosa e a mista. Cf. GOUVÊA, 1898, p. 38.

⁸ Estes foram os elementos que constavam da discussão que envolveu Hansen, Kaposi e Neisser. Ver o capítulo 1.3 *Sem bacilo não há lepra!*

Ainda que a teoria da causa microbiana da lepra fosse a mais aceita na última década do século XIX, ela ainda enfrentava seu processo de consolidação e legitimação como a única hipótese etiológica para a doença, tal como defendida por Hansen. No Brasil, durante as duas primeiras décadas do século XX, identificamos no debate travado nos diferentes espaços de validação do conhecimento médico, um diálogo bastante presente entre as hipóteses contagionista e hereditária. Neste período, podemos observar que houve um grande esforço teórico dos médicos adeptos da teoria bacilar da doença em refutar os principais argumentos do papel da herança na origem da lepra. Fato este bastante interessante já que, em contrapartida, não identificamos muitas vezes que defendessem publicamente a hereditariedade da lepra ou se contrapusesse ao bacilo como sua causa exclusiva.

No Brasil, ao longo das duas primeiras décadas do século XX, observaremos que, tal como ocorreu no cenário internacional, a bacteriologia já contribuía determinantemente para as pesquisas sobre a causa de diferentes doenças. A busca dos microorganismos específicos das principais doenças que assolavam o território nacional converteu-se numa agenda científica que se estabilizara desde o final do século XIX, constituindo um espaço de consolidação da revolução pasteuriana no Brasil.⁹ O trânsito de publicações científicas internacionais era recorrente, os avanços da pesquisa sobre a lepra eram não apenas conhecidos pelos médicos brasileiros, como em muitos casos procurava-se repetir as experimentações realizadas nos campos terapêutico e bacteriológico. As investigações sobre a etiologia e patogenia da lepra, realizadas no Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros desde 1894, testemunham os esforços da pesquisa médica brasileira em adequar-se aos protocolos científicos da medicina experimental.

Indicativo do isolamento em que ficariam relegados os que se mantiveram na trincheira da hipótese hereditária seria a forma como o nome de José Lourenço de Magalhães, seu maior defensor no Brasil, converteu-se retrospectivamente de um legítimo representante de uma

⁹ Cf. BENCHIMOL, 1999, p. 249-98.

hipótese etiológica da lepra num pária da moderna medicina, um exótico exemplo do que seria a rudimentar ciência brasileira no século XIX. Seu necrológico na Academia Nacional de Medicina, da qual foi presidente no biênio 1895-1896, na sessão de 30 de junho de 1906, tratou em pouquíssimas linhas de sua trajetória profissional, ressaltando apenas a perda de prestígio profissional por sua obstinada defesa de uma hipótese superada na etiologia da lepra.¹⁰ Tomando o periódico *Brasil-Médico* como um boa referência das discussões travadas pela elite médica brasileira podemos verificar que, na última década do século XIX, o médico José Lourenço de Magalhães seria um representante solitário no questionamento à ação exclusiva do bacilo na etiologia da lepra. Como já vimos, Lourenço de Magalhães defendia uma perspectiva etiológica multicausal e anticontagionista para a lepra, onde ressaltava tanto o papel da hereditariedade quanto da alimentação na produção da doença. O médico publicou, em 1893, no *Brasil-Médico*, uma série de dezenove artigos sob o título *A morfêia é contagiosa?* e lançou, em 1900, o livro *Étude sur la lèpre au Brésil*. Este trabalho, onde defendia ser a lepra uma doença decorrente do ‘*retardamento da nutrição*’, teria sido escrito como um protesto às conclusões da 1ª Conferência Internacional sobre a Lepra e às suas conseqüências na terapêutica da doença. Não por acaso, este livro será freqüentemente citado por outro eminente defensor da hereditariedade da lepra, o leprólogo turco Zambaco Pacha, no livro *La lèpre a travers les siècles et les contrées*, publicado em 1914.¹¹

Na seção *Bibliografia* do periódico *Brasil Médico*, encontramos uma análise do livro de José Lourenço de Magalhães, assinada por A. L., o próprio Azevedo Lima. A primeira crítica feita por Azevedo Lima vem do fato do livro ter sido escrito em francês, já que as reflexões de Lourenço de Magalhães “*teriam mais cabimento na língua vernácula, (...) ao alcance de quem possa reconhecer o sentimento do dever que as ditou.*”¹² Argumentando contra qualquer posição dogmática dos conferencistas presentes à 1ª Conferência Internacional

¹⁰ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 30 de junho de 1906. *Anais da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, t. 68, jul./dez., 1906, p. 44.

¹¹ Este livro conta em nossa bibliografia ZAMBACO PACHÁ, 1914.

¹² LIMA, Azevedo. *Bibliografia. Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 14, n. 7, 15/02/1900, p. 61.

sobre a Lepra, Azevedo Lima defende as resoluções finais do encontro, a causa microbiana da doença e a hipótese contagionista que orientou seus trabalhos, concluindo:

“Sem visar um paradoxo, poder-se-ia dizer que, se as conclusões da Conferência de Berlim não foram magistralmente deduzidas, é porque o assunto especial da conferência não foi tratado senão por mestres na especialidade. Cada um deles já tinha, senão a sua doutrina geral, pelo menos a concepção assentada na observação clínica e experimental, não contestada. Impossível, portanto tornar-se-ia a reabilitação de um passado, que já não merece discussão, qual o que nega a certo elemento figurado relações patogênicas com a lepra.”¹³

Julgamento semelhante o livro de Lourenço de Magalhães recebeu de Pedro Severiano Magalhães, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e um dos principais nomes da pesquisa médica no Brasil. Em artigo publicado na *Gazeta Médica da Bahia*, sob o título *A Lepra é Contagiosa?*, Severiano Magalhães informa que sua resposta foi motivada pela elogiosa crítica ao livro de Lourenço de Magalhães, apresentado em número anterior, de autoria do médico José Francisco de Silva Lima. Da mesma forma, a *Revista Médica de São Paulo*, fundada em 1898 pelo médico Victor Godinho e Artur Mendonça, publicou um parecer assinado por este último apreciando o livro de Lourenço de Magalhães. A verdade é que encontramos apenas em 1902 um artigo no *Brasil Médico* intitulado *Do emprego das correntes de alta frequência e grande tensão da lepra anestésica*, de autoria do Dr. Ferreira Pires, cujo subtítulo é *Carta aberta ao Dr. José Lourenço de Magalhães*.¹⁴ Neste artigo Ferreira Pires faz uma contundente crítica às expectativas criadas em torno da descoberta do

¹³ Id., ib., loc. cit..

¹⁴ José Carlos Ferreira Pires, doutorou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1878, defendendo a tese *“Moléstias Crônicas do Encéfalo”*. Depois de formado retornou à cidade de Formiga, em Minas Gerais, onde montou um laboratório para estudos de química, microbiologia, fisiologia e anatomia patológica. Seu laboratório, além de microscópico e micrótomo, possuía um aparelho de diatermia. Ferreira Pires concorreu, em 1889, ao cargo de professor substituto da cadeira de Fisiologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro com a tese *“Diabetes - da patogenia do diabetes, segundo a experimentação e a observação clínica”*. Ferreira Pires foi pioneiro no Brasil na área de radiologia e radioterapia, sobre a qual publicou inúmeros trabalhos em periódico nacionais. Cf. http://www.akisrx.com/htmtre/ferreria_brasil.htm /Acesso 7 setembro 2006/

bacilo de Hansen que, ao invés de esclarecer a etiologia e transmissibilidade da lepra, teria criado mais incertezas sobre a doença. Segundo o médico, seria apenas lícito supor que o bacilo seria o agente causal da lepra, o que muito provavelmente não excluiria outras hipóteses etiológicas da doença, “ (...)se a etiologia ganhou alguma coisa, foi pura e simplesmente a certeza de que em todas as produções leprosas existe o bacilo.”¹⁵ Ferreira Pires levanta ainda três outras possibilidades a serem consideradas na discussão etiológica da lepra: o bacilo ser um saprófito que se desenvolvesse em meio orgânico em função do enfraquecimento do organismo pelas variações da nutrição;¹⁶ o bacilo da lepra poderia ser apenas o “representante degenerado do agente patogênico de outras eras”; ou ainda, o bacilo da lepra seria uma degenerescência do bacilo da tuberculose, dada sua semelhança morfológica.¹⁷

De forma apressada, poderíamos avaliar que Silva Lima e Ferreira Pires seriam dois médicos identificados com os modelos cognitivos pré-pasteurianos, ferrenhos adeptos da teoria hereditária da lepra e, portanto, legítimos representantes de uma medicina já superada pelo conceito de causa microbiana das doenças, pelas inovações introduzidas pela bacteriologia e pelo laboratório como principal suporte da clínica médica. Mas, um olhar mais cuidadoso destes dois defensores do trabalho de Lourenço de Magalhães, nos mostra que o consenso em torno da especificidade etiológica das doenças foi duramente construído e que as controvérsias científicas exerceram um papel fundamental neste processo. Tomemos como exemplo Silva Lima, de quem dispomos de maiores informações e cuja trajetória profissional é bastante documentada.

Nascido em Portugal, Silva Lima doutorou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1851 como a tese intitulada "*Dissertação Filosófica e Crítica Acerca da Força Medicatriz da Natureza*", onde defendia não ser a febre amarela uma doença contagiosa. Além da febre

¹⁵ PIRES, Ferreira. *Do emprego das correntes de alta frequência e grande tensão da lepra anestésica (Carta aberta ao Dr. José Lourenço de Magalhães)*. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 16, n. 32, 22/08/1902, p. 315.

¹⁶ Os saprófitos seriam organismos que vivem sobre matéria orgânica morta ou em decomposição Cf. http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_4668.php - 42k /Acesso 14 setembro 2006/

¹⁷ PIRES, 1902, p. 315-6.

amarela, Silva Lima também se dedicou aos estudos do ainhum e do beribéri, tendo importante atuação nas investigações em parasitologia helmíntica no Brasil.¹⁸ Como vemos, tal como Pedro Severiano de Magalhães, Silva Lima foi um legítimo representante da geração que elaborou um programa de investigações voltado para as especificidades nosológicas brasileiras, afinado com as pesquisas realizadas no campo médico europeu e nas colônias, perfeitamente integrado aos novos conteúdos da medicina e às novas exigências técnicas das disciplinas experimentais de laboratório. Justamente por ser Silva Lima um médico renomado, com importantes pesquisas sobre a etiologia de importantes doenças que afligiam a população pobre, que sua crítica favorável ao trabalho de Lourenço de Magalhães tornava-se, aos olhos de Severiano de Magalhães, mais perigosa já que “(...) *quem tiver lido a notícia bibliográfica da G.M. com espírito prevenido por simpatia pela doutrina não contagionista facilmente poderá estender à tese debatida os encômios dispensados ao trabalho que procurou sustentá-la e ao escritor que a elaborou.*”¹⁹ Para Severiano de Magalhães, o fundamental da questão é a opinião que os médicos incutem nos leigos sobre a transmissibilidade da lepra já que, sendo certa sua origem bacilar, deveriam os médicos aceitar e propalar sua natureza contagiosa. A propaganda da contagiosidade da doença serviria para preparar o espírito do público para “*aceitar e submeter-se à medida sanitária indicada, a qual importa em coerção à liberdade individual, bem como em proveito geral dependem de propaganda contínua e longa nos círculos leigos.*”²⁰ Esta mesma preocupação com a consolidação da lepra como uma doença contagiosa entre a população é expressa por Azevedo Lima no artigo sobre o livro de Lourenço de Magalhães, no *Brasil Médico*:

“Conquanto o trabalho que analisamos tenha de ser lido principalmente por médico, o seu contexto transpirará para os letrados e para o povo; e, pela força sugestiva de que as noções,

¹⁸ Sobre a geração de José Francisco de Silva Lima, Pedro Severiano de Magalhães, a chamada Escola Tropicalista Baiana e o estudo da gênese da helmintologia médica no Brasil ver EDLER, 1999. Sobre Pedro Severiano de Magalhães e a pesquisa médica ver também BENCHIMOL, 1999, p. 299-344.

¹⁹ MAGALHÃES, Pedro Severiano de. A lepra é contagiosa? In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 103.

²⁰ Id., ib., p. 105.

emanadas de uma autoridade no assunto, exercem sobre as massas impressionáveis, a doutrina da não contagiosidade, limitada no Brasil só e exclusivamente ao Dr. José Lourenço de Magalhães, como ele próprio o diz, poderá, entretanto, encontrar eco e aplausos nos que tem a desgraça de contar em sua família uma vítima de tão cruel moléstia.”²¹

Apesar desta preocupação expressa por Severiano de Magalhães e Azevedo Lima, o temor com a contagiosidade da lepra por parte da população parece ter sido reforçado pela propaganda em torno das resoluções da Conferência de Berlim, que afetariam inclusive o Hospital dos Lázaros, instituição onde era acolhidos e tratados os doentes de lepra no Rio de Janeiro. Em 1888 foi criada no Hospital dos Lázaros a Sala do Banco, um consultório isolado das dependências hospitalares destinado ao atendimento médico da população pobre da região. No relatório clínico de 1898, o Dr. Pizarro Gabizo, diretor do serviço clínico do hospital, informava que este serviço foi alvo de severas críticas na imprensa do Rio de Janeiro, que acusava o médico de “*culposa condescendência*” por sua manutenção. Segundo o médico da Sala do Banco, Dr. José Mendes Tavares, estas censuras já eram fruto das proposições adotadas pela 1ª Conferência sobre a Lepra, em referência às resoluções sobre a contagiosidade da doença e a necessidade de isolamento dos leprosos. Mendes Tavares pondera em seu relatório que a Sala do Banco existia há onze anos sem ter despertado maiores preocupações quanto ao risco do contágio da lepra para seus pacientes, no consultório eram observados o isolamento físico do hospital e a utilização de instrumental médico específico. Além disto, o Hospital dos Lázaros realizava todas as medidas de higiene e profiláticas exigidas, de modo a tornar o leproso “*inapto a fazer mal aos que o cercam (...)*.”²²

²¹ BIBLIOGRAFIA. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 14, n. 7, 15/02/1900, p. 61.

²² GABIZO, Pizarro. Exposição do Diretor do Serviço Clínico do Hospital dos Lázaros Dr. João Pizarro Gabizo apresentado à Irmandade da Candelária pelo seu provedor Júlio César d'Oliveira, em 31 de julho de 1898 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 78. Cf. HOMEM, Joaquim Vicente; CARVALHO, João José de; CARNEIRO, João Álvares. Parecer da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, de 22 de março de 1833, favorável à permanência do Hospital dos Lázaros em São Cristóvão In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 300-1.

Mas é Pizarro Gabizo, ao defender a continuidade dos serviços prestados pela Sala do Banco, quem traz à luz como se configurava a questão do contágio neste final do século XIX. Segundo o dermatologista, o consultório do Hospital dos Lázarus não colocava a população que o procurava em busca do atendimento médico em condições de transmissibilidade ou sob a ação das *'causas eventuais'* da doença. Ainda que não negasse ser a lepra transmissível, Gabizo considerava, tal como o dermatologista francês Besnier, que a doença não era sempre contagiosa, sendo condições necessárias ao contágio a *'promiscuidade sórdida e miserável'* e o contato humano íntimo e prolongado.²³ O médico apoiava-se ainda em Kaposi para tratar na natureza bacilar e do contágio da doença, que considerava que todas as experiências indicavam ser a lepra uma infecção de origem bacilar, ainda que sua transmissão se fizesse apenas em condições raras e especiais.²⁴

Gabizo enfoca duas questões fundamentais que pontuariam a arena científica em que se convertera a lepra em sua trajetória embalada na revolução pasteuriana, a primeira refere-se à própria etiologia da doença e a segunda ao seu modo de transmissão. Conforme já colocamos, a medicina enfrentava desde o final do século XIX o esforço teórico da consolidação do bacilo como causa exclusiva da lepra, hipótese sustentada no próprio avanço da bacteriologia e das inovações técnicas introduzidas na investigação laboratoriais. O desconhecimento da forma de transmissibilidade do *'bacillus leprae'* e o mecanismo de sua ação no organismo asseguraram uma sobrevida à hipótese hereditária, além de corroborar a incerteza, expressa por Gabizo sobre o papel do bacilo na origem lepra. Esta situação seria revertida ao longo nas duas primeiras décadas do século XX, quando percebemos não uma ruptura com a hereditariedade na patogenia da lepra, mas seu deslizamento da etiologia para condição de elemento predisponente ao contágio.

Em 1903, por ocasião da reforma dos serviços de saúde, na gestão de Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, a *lepra ulcerada* seria incluída entre as doenças de

²³ Id., ib., p. 76.

²⁴ Id., ib., loc cit.

notificação compulsória, ao lado de outras como a febre amarela, peste, cólera, varíola, difteria, infecção puerperal, oftalmia dos recém-nascidos, tifo e febre tifóide, tuberculose, impaludismo, escarlatina, sarampão e beribéri.²⁵ Este decreto constituiu-se numa importante vitória dos que defendiam a teoria contagionista, a legislação sanitária brasileira expressava a natureza microbiana da lepra, o contágio a transformaria em objeto de ações específicas do Estado, iniciadas pela sua notificação compulsória. Nas *Instruções particulares relativas a cada uma das moléstias de notificação compulsória*, que acompanha este regulamento, sua etiologia foi definida como fruto inequívoco da ação do bacilo no organismo:

“A causa eficiente da lepra é o ‘bacilo de Hansen’; as condições de meio e a alimentação são apenas causas predisponentes. Os bacilos da lepra eliminam-se do corpo do doente pelas secreções nasais e pelo sangue das epistaxis iniciais; pelas secreções buco-faríngeas; pelos produtos dos tubérculos ulcerados; pelas fezes quando há diarréia; pelas secreções ureterais e vaginais, quando estes órgãos se acham atacados; pelos produtos da descamação epidêmica; pelo líquido das empolas dos visicatórios e das pústulas de vacina; pela perspiração cutânea.”²⁶

Neste mesmo ano de 1903 o médico baiano Henrique Autran, proferiu um discurso na Academia Nacional de Medicina sobre a contagiosidade da lepra. Sua exposição não deixara de apontar as dificuldades na cultura e inoculação do bacilo e sua importância na sustentação

²⁵ Decreto nº 5.156, de 08 de março de 1904 . Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 205, 1907. (Art. 145). Em 1903, Oswaldo Cruz assume a direção geral da Diretoria Geral de Saúde Pública, indicado por Salles Guerra a J.J. Seabra, ministro da Justiça e Negócios Interiores, para executar a reforma sanitária que deveria sanear o Rio de Janeiro, então capital federal. Oswaldo Cruz desencadeou não só um programa de reforma urbano, tendo à frente o combate à febre amarela, como também propôs um novo regulamento sanitário que reformou os serviços de saúde e redefiniu as atribuições da prefeitura da capital e do governo federal. Sobre a reforma empreendida por Oswaldo Cruz podemos citar BENCHIMOL, Jaime L. *Pereira Passos; um Haussmann tropical*. A renovação urbana do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1992. (Biblioteca Carioca, v. 11).

²⁶ BARBOSA, Plácido; REZENDE, Cássio Barbosa de. *Os serviços de Saúde Pública no Brasil*. Especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909. p. 1000. O termo *epistaxis* se define como toda hemorragia com origem nas fossas nasais, esta palavra deriva do grego e significa “fluir gota a gota” Cf. <http://www.fisterra.com/guias2/epistaxis.asp> /Acesso 16 junho 2007/

científica do contágio da doença, mas conclui: “*Como a sífilis temos a difteria, a escarlatina, a varíola, moléstias demasiado contagiosas, e, por sua vez, impossíveis de inoculação nos animais. E quem dúvida do contágio da varíola, da difteria e da escarlatina?*”²⁷ Mas, sem dúvida, o problema da lepra ganharia mais destaque nas mãos do médico baiano Belmiro Valverde²⁸, que se converterá num dos maiores defensor da hipótese contagionista da lepra, tendo ficado bastante conhecido pela polêmica travada com Adolfo Lutz em torno da teoria culicidiana da lepra, durante os trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1915. Em 1913, a Academia Nacional de Medicina estabeleceu a “*Profilaxia e tratamento da lepra*” dentre os temas para prêmio no ano seguinte e Belmiro Valverde recebeu menção honrosa por sua memória apresentada. Neste trabalho Valverde defendeu que a questão do contágio, após as pesquisas de Pasteur, deixara o campo empírico para converter-se na verdade científica de que “*certas moléstias eram contagiosas porque existia um veículo encarregado de transmiti-las – o micróbio.*”²⁹ Valverde refutava a hereditariedade como fator etiológico da doença e considerava raros os casos em que o contágio se dera por via placentária, sendo admitido apenas seu papel como elemento predisponente à doença, a chamada heredo-predisposição.³⁰

Esta mesma posição Valverde defenderia na Comissão de Profilaxia da Lepra, organizada em meados de 1915, com a participação de todas as sociedades médicas do Rio de Janeiro. A Comissão foi proposta do próprio Belmiro Valverde e do médico Juliano Moreira à

²⁷ AUTRAN, Henrique. Contagiosidade da lepra. *Anais da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 1903, v. 68, p. 44.

²⁸ Belmiro Valverde nasceu na Bahia, em 1884, e faleceu na cidade do Rio de Janeiro em 1963. Diplomou-se em 1906 pela Faculdade de Medicina da Bahia. Em fevereiro de 1915 mudou-se para o Distrito Federal, chefiou o Serviço de Urologia da Policlínica do Rio de Janeiro e em 1916 obteve a livre docência de higiene, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde defendeu tese intitulada ‘*Profilaxia da lepra*’, depois publicada. Em 1921, a Academia Nacional de Medicina conferiu a Valverde prêmio por seu trabalho ‘*Profilaxia e tratamento da lepra*’, publicado no mesmo ano com o título ‘*Lepra no Brasil*’. Cf. BENCHIMOL, Jaime L.; SÁ, Magali Romero (orgs.), 2004, p. 86-7, ver http://www.bvsalut.coc.fiocruz.br/html/pt/static/trajetoria/novos_estudos/comissao_belmiro.htm/ /Acesso 14 setembro 2006/

²⁹ VALVERDE, Belmiro. Memorial aureado com Menção Honrosa conferida ao autor, Dr. Belmiro Valverde, conforme parecer firmado pelos Dr. Austragésilo, Henrique Duque e Olímpio da Fonseca, em 30 de junho de 1914. Cf. *Anais da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, 1903, v. 68, p. 44.

³⁰ Id., ib., p. 29.

Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, que designou também o médico Paulo Silva Araújo para realizar o convite às outras associações médicas. A Comissão de Profilaxia da Lepra teve a seguinte formação: pela Academia Nacional de Medicina Emílio Gomes, Alfredo Porto e Henrique Autran; pela Sociedade de Medicina e Cirurgia, Eduardo Rabelo, Werneck Machado e Guedes de Melo; pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, Fernando Terra, Juliano Moreira e Adolfo Lutz; pela Sociedade Médica dos Hospitais, Sampaio Vianna, Silva Araújo Filho e Oscar Dutra e Silva; pela Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro, Belmiro Valverde, Paulo Silva Araújo e Henrique de Beaurepaire Rohan Aragão. O médico Carlos Pinto Seidl, diretor geral da Diretoria-geral de Saúde Pública, foi escolhido para presidir a Comissão, cujos trabalhos se prolongaram de 1915 a 1919.³¹

Os trabalhos da Comissão organizaram-se em torno de temáticas a serem estudadas e foram designados relatores para cada um dos grupos de trabalho, dando origem a relatórios que nos fornecem um amplo panorama sobre a questão da lepra no país. Pela transmissibilidade da lepra, a matéria mais polêmica nos trabalhos da Comissão, ficaram responsáveis Adolfo Lutz, Belmiro Valverde, Henrique de Beaurepaire Aragão; a relação entre lepra e casamento coube a Paulo Silva Araújo e Belmiro Valverde; lepra e profissão ficou a cargo de Werneck Machado e Emílio Gomes; a temática lepra e imigração foi responsabilidade de Adolpho Lutz e Henrique de B. Aragão; lepra e domicílio foi estudado por Eduardo Rabello e Silva Araújo Filho; e, finalmente, lepra e isolamento, foi encarregado a Juliano Moreira e Fernando Terra.

Na verdade, a questão da etiologia não foi objeto de estudo de nenhum dos grupos de trabalho, apesar disto, foi o mote para discussão de cada um dos temas propostos, já que desta presunção inicial sobre a origem da doença se chegaria às medidas finais recomendadas pela Comissão no combate à lepra. Ainda que, em conferência realizada em 5 de novembro de 1915, Adolfo Lutz tenha colocado que não havia “*unanimidade sobre as questões da*

³¹ SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 124. Sobre a conjuntura política que propiciaria a constituição da Comissão de Profilaxia da lepra ver 3.4 *Da lepra que cuidem os estados!*

transmissão e hereditariedade” da lepra, em nenhum dos relatórios houve qualquer defesa sobre a hereditariedade da doença.³² De fato, nos trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra a hereditariedade assumiu um novo papel, a herança deslocara-se do debate etiológico para se tornar importante elemento a ser considerado em sua transmissibilidade.

*“Sendo a lepra doença contagiosa, determinada por agente específico, cujo papel etiológico não padece dúvida, parece que como medida profilática, única que se possa aconselhar, é o afastamento do convívio social de quem por ela foi vitimado. Os adeptos da concepção hereditária da doença, outrora numerosos, cederam o terreno aos contagionistas, rendidos à evidência sobretudo pelo conhecimento da causa determinante do mal.”*³³

Nos trabalhos da Comissão a lepra foi definida essencialmente como uma doença microbiana, ainda que Juliano Moreira e Fernando Terra chamassem atenção que a questão da doença não ficasse reduzida entre contágio e hereditariedade, *“complexa como é a fórmula de transmissão das doenças produzidas por agentes figurados.”*³⁴ Novos elementos comporiam as pesquisas sobre a lepra como os focos de contágio, o ponto por onde penetra o bacilo no organismo, o momento em que o microorganismo adquire virulência ou se a transmissão é direta ou indireta.

Ainda durante os quatro anos que duraram os trabalhos da Comissão, a classe médica teve ocasião de se reunir em importantes eventos, como por exemplo, o 1º Congresso Médico Paulista, em 1916, o 8º Congresso Brasileiro de Medicina e o 1º Congresso Sul-americano de Dermatologia, ambos realizados em outubro de 1918, no Rio de Janeiro. No 1º Congresso Médico Paulista, realizado na cidade de São Paulo, de 4 a 9 de dezembro, foram apresentados como temas oficiais as principais endemias e epidemias que preocupavam as autoridades

³² LUTZ, Adolfo. Transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 124.

³³ MOREIRA, Juliano; TERRA, Fernando. Lepra e isolamento In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 156.

³⁴ Id., ib., loc. cit.

médicas da cidade, tais como: tuberculose, lepra, disenteria, febre tifóide e ancilostomíase; além de temas da cirurgia e os diversos aspectos da higiene urbana.³⁵ Nestes, a questão da etiologia da lepra, ainda que abordada sob a forma da existência de duas hipóteses concorrentes, a contagionista e a hereditária, foi tacitamente definida por Emílio Ribas, que conclui “*não existir causa capaz de, por si só produzir a lepra sem o concurso do elemento patogênico – o bacilo de Hansen.*”³⁶ Podemos observar que 8º Congresso Brasileiro de Medicina, realizado de 12 a 20 de outubro de 1918, no Rio de Janeiro, a questão já deslocara-se para o terreno da transmissibilidade da doença, sua distribuição e freqüência no Brasil, isolamento e profilaxia.³⁷ Podemos concluir que o terreno em que a etiologia da lepra se encontrava neste período, tal como Paes de Azevedo, para quem da “*teoria da hereditariedade é indiscutível que já há muito se esboroaram os fundamentos em que ela se firmava (...). É uma questão hoje apenas de valor histórico.*”³⁸

Em 1922 ocorreu no Rio de Janeiro, entre os dias 8 e 15 de outubro, a Conferência Americana da Lepra. O programa da Conferência nos fornece um excelente testemunho das questões consideradas relevantes pelas autoridades sanitárias no tocante à problemática da lepra: freqüência da lepra nos países americanos, medidas profiláticas aconselhadas por cada país, profilaxia internacional americana da lepra, métodos atuais do tratamento da lepra e seu

³⁵ Cf. <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/> Acesso 14 setembro 2006/ Ver também ALMEIDA, Marta. Um congresso regional de dimensão nacional: o primeiro congresso médico paulista-1916. In SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 10º. Belo Horizonte: SBHC/UFMG, 17 a 19 out. , 2005. CD Rom.

³⁶ RIBAS, Emílio. A lepra – sua freqüência no Estado de São Paulo - meios profiláticos aconselháveis pelo Dr. Emílio Ribas In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 161-75. Souza Araújo reproduz integralmente, além deste trabalho, os de Mário Mourão, ‘A morféia nos estados de Minas Gerais e de São Paulo. Sua profilaxia. Sua curabilidade’; Campos Seabra, ‘A profilaxia da lepra’; Souza-Araújo, ‘A profilaxia da lepra no Paraná’; Paes de Azevedo, ‘O problema da transmissibilidade da lepra’; e Campos Seabra e Xavier da Silveira, ‘Geografia Médica’. SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 160-210.

³⁷ A reprodução integral ou parcial destes trabalhos pode ser encontrada em Id., ib., p. 211-55.

³⁸ AZEVEDO, Paes. O problema da transmissibilidade da lepra In Id., ib., p. 198. Paes Azevedo era anátomo-patologista do Posto Experimental da Lepra, anexo ao Instituto de Higiene. Cf. CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918-1945. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, n. especial, 1984. p. 2-60. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101984000700002&lng=en&nrm=iso>. /Acesso 17 setembro 2006/

valor no ponto de vista da profilaxia. Além destes temas, a Conferência abriu espaço para realização de comunicações sobre as questões que *'interessavam a epidemiologia, diagnóstico, tratamento e à profilaxia da lepra'*.³⁹ Sem dúvida, epidemiologia e profilaxia serão os grandes temas que ocuparão a agenda sanitária dos países envolvidos com a questão da lepra ao a partir da década de 1920.

Como vimos, se a descoberta do bacilo não assegurara o fim das controvérsias sobre a causalidade da lepra, permitira a adoção de estratégia de combate à doença baseada no isolamento do doente, cujos resultados positivos na Noruega corroboravam a hipótese do contágio. Porém, a construção do consenso médico em torno da natureza bacteriana da lepra, a substituição da complexa explicação multicausal da doença pela causa única, segundo o paradigma pastoriano, não foi suficiente para tornar o contágio um terreno sólido e seguro no universo conceitual da medicina. A elucidação do mecanismo de transmissibilidade da lepra tornar-se-ia a grande polêmica científica neste período, quando elementos diversos foram mobilizados e hierarquizando na tentativa de esclarecer que fatores concorreriam para explicar este processo. Ao fim da segunda década do século XX, a natureza bacilar e contagiosa da lepra era o núcleo estruturante em torno do qual se organizavam as investigações sobre a doença, a hipótese hereditária de causalidade da tornara-se apenas uma referência obrigatória no histórico sobre a doença que integrava os manuais médicos. Em torno do predomínio da hipótese bacilar produziu-se um novo campo de embates, o da transmissibilidade da lepra, fator fundamental para estruturação de políticas de controle à doença. Diferentes posições teóricas foram assumidas, reorganizaram-se as alianças entre atores que partilhavam do mesmo modelo de compreensão da doença. A discussão sobre a forma de transmissão da lepra renovará velhos argumentos, como a predisposição do organismo e o papel da higiene, ao mesmo tempo em que abraçará novas hipóteses, como a dos portadores sãos da doença.

³⁹ SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 364.

3.2 De como se propaga o mal

“Outra questão a ser ventilada é a das fontes de contágio, a que tanto vale o conhecimento preciso do focos de emissão dos bacilos. Não para aí a dificuldade do problema, porquanto ressalta a dúvida sobre se a transmissão opera-se diretamente ou se é mister a interposição de um parasita que veicule o germe. (...) O esclarecimento dessas questões seria de grande alcance para o lançamento das bases da profilaxia, ficando, porém, de pé o princípio de que ao leproso cabe a responsabilidade de disseminar o mal.”⁴⁰

(Juliano Moreira e Fernando Terra)

A hipótese bacilar da lepra consolidou-se no Brasil nas duas primeiras décadas do século XIX, período em que não encontramos mais nenhum defensor da hereditariedade sustentando na arena científica esta teoria etiológica. Se em torno da causa da lepra foi construído um consenso que conferia ao bacilo a exclusividade patogênica na produção da doença, os embates se deslocariam para as hipóteses sobre a forma como o seu agente etiológico se transmitia ao organismo humano. Pretendemos apresentar como se formatou e foi conduzida a discussão sobre o modo de transmissão da lepra que incorporaria, sob nova roupagem, elementos já conhecidos do debate etiológico e que, somados a novos fatores, construiriam hipóteses originais sobre o contágio do bacilo de Hansen.

A importância de acompanharmos esta discussão é desnaturalizar as opções profiláticas adotadas no controle à lepra no país, já que seria em torno do embate científico que se travou sobre o modo de transmissão do bacilo que se modelaram as propostas de combate à doença. Ao olharmos retrospectivamente, a preconização do isolamento do doente de lepra pode-nos parecer uma decorrência natural do conhecimento que dispunha a medicina sobre a etiologia e a transmissibilidade da doença, ou seja, a mais correta expressão da inexistência de

⁴⁰ MOREIRA; TERRA, Lepra e isolamento In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 156.

medicamentos eficazes e da sua contagiosidade. Porém, acompanhar esta discussão relativiza esta certeza, nos possibilita perceber as diferentes nuances conferidas ao isolamento na profilaxia da lepra, evidenciando que sua adoção pressupunha também disputas em torno do grau de contagiosidade atribuído à doença. O papel que a lepra irá assumir dentre as endemias nacionais e a prescrição de medidas de controle para a doença foram também a expressão destes embates científicos em torno das pesquisas e hipóteses para elucidação de seu modo de transmissão.

As descobertas de Pasteur e Koch sobre o papel dos microrganismos no desenvolvimento das doenças marcaram a segunda metade do século XIX, a difusão e consolidação da bacteriologia orientaram as pesquisas médicas na busca dos agentes etiológicos de diversas doenças. Se o avanço da hipótese de que para cada moléstia específica corresponderia um microorganismo particular foi determinante para o controle das doenças transmissíveis que assolavam a saúde das populações no século XIX, também foi responsável para que questões antes enfatizadas, como o controle das condições social e do ambiente, fossem substituídas pelo controle do agente infeccioso.⁴¹ No caso específico da lepra esta visão da exclusividade do microorganismo na produção da doença não se converteria de imediato no paradigma de sua etiologia, mesmo entre os que aderiram à teoria bacilar.

Sem dúvida, as dificuldades de inoculação e cultura artificial do bacilo deixavam muitas incertezas e questões a serem respondidas pela medicina, o que permitia a introdução de elementos variados na explicação da forma caprichosa como o contágio da lepra se dava. As principais dúvidas apontadas pelos médicos eram a forma de penetração do agente infeccioso no organismo, os focos de contágio e, especialmente, as condições necessárias para a transmissão da doença. Os trabalhos de Azevedo Lima, por exemplo, nos fornecem um excelente exemplo de como, sob os pressupostos da pesquisa bacteriológica, à herança caberia ainda um importante papel a ser desempenhado nos estudos e pesquisas sobre a lepra. Na

⁴¹ ROSEN, 1994, p. 115.

memória apresentada ao Congresso Internacional de 1897, Azevedo Lima discute a ação hereditária que uma ascendência leprosa poderia desempenhar, criando um “*estado constitucional*” que colocava os seus produtores em “*condições de pouca resistência orgânica*”.⁴² Assim, se não se podia elucidar o modo especial como a contagiosidade leprosa ocorria, já que não se realizava sempre e, tal como na tuberculose, se dava de forma “*eventual e contingente*” é porque a “*condição essencial para que se realize o contágio é que se achem juntos um leproso e um indivíduo são ou de qualquer modo o bacilo leproso ponha-se em contato com um homem são, em estado de receptividade mórbida.*”⁴³ A idéia de predisposição torna-se o elemento que permitiria explicar aquilo que a bacteriologia não parecia capaz de fazê-lo, isto é, como se dava a resistência de certos indivíduos ao bacilo, mesmo após contato íntimo e prolongado com um doente ou “*com tudo que tenha sido poluído por ele*”.⁴⁴

Esta noção de predisposição à lepra, às vezes denominada ‘*aptidão herdada*’, ‘*hereditariedade de terreno*’ ou ‘*herança de susceptibilidade fisiológica*’, ainda que não pudesse ser comprovada, era geralmente admitida pelos médicos, que sempre faziam sua completa distinção da teoria etiológica da hereditariedade. Na verdade, a noção de predisposição do organismo para determinada doença não era nova na medicina e esteve especialmente presente na hipótese anticontagionista das doenças, que enfatizava a importância do estudo da maior aptidão do corpo e do ambiente para o surgimento de determinadas doenças.⁴⁵ A teoria microbiológica, ao advogar o papel dos microorganismos e sua transmissibilidade como causa específica das doenças, colocava em questão a possibilidade de intervir nas moléstias epidêmicas, mas não respondeu de imediato como

⁴² LIMA, José Jerônimo de Azevedo. A lepra no Brasil In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 69.

⁴³ Id., ib., p. 70.

⁴⁴ Id., ib., loc. cit.

⁴⁵ CZERESNIA, 1997, p. 64. Segundo Charles Rosenberg a predisposição foi um elemento comum aos dois modelos formulados de explicação das epidemias, o de configuração e contágio. Fator necessário aos dois modelos, a idéia de predisposição possibilitava explicar a resistência de alguns indivíduos à influência epidêmica. A predisposição seria uma ponte entre o lógico e o emocional, entre os modelos individuais e coletivos que explicariam a diferente susceptibilidade dos acometidos pelas epidemias. Cf. ROSENBERG, 1992, p. 296-7.

ocorria a reação individual do organismo à presença de um agente patogênico.⁴⁶ Esta discussão em torno da transmissibilidade da doença esteve bem circunscrita no regulamento sanitário aprovado pelo Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904.⁴⁷ Na parte relativa às ‘*Instruções particulares relativas a cada uma das moléstias de notificação compulsória*’, ficara estabelecido em relação à lepra que:

*“A propagação se faz por contágio, isto é, pelo contato ‘imediato’ ou ‘mediato’ com o doente, que é a única fonte do vírus. O contágio é caprichoso e varia segundo a forma da moléstia; a forma nodular é muito mais perigosa que a anestésica. Não se conhecem ainda as vias de penetração dos bacilos da lepra no organismo humano; supõe-se que eles penetram pela mucosa nasal, por via genital e por via cutânea.”*⁴⁸

Acrescentava ainda as *Instruções* que o mosquito e outros insetos parasitas, como pulgas e percevejos, seriam também suspeitos de transportar e inocular o bacilo da lepra.⁴⁹ Mas, o que estava estabelecido consensualmente pela medicina até aquele período era a natureza bacilar e a contagiosidade da lepra, o doente como a única fonte de contágio e a hereditariedade como elemento predisponente à doença. Estas certezas não resolviam o problema da forma de transmissão da lepra, enigma crucial para o estabelecimento de políticas

⁴⁶ O mecanismo da imunidade estruturou-se com base nos desenvolvimentos da bacteriologia e somente seria compreendido a partir da problematização da relação organismo e meio. Para compreensão do fenômeno saúde-doença foram integrados novos conceitos como suscetibilidade, resistência do hospedeiro, assim como o de virulência do germe e sua infecciosidade. CZERESNIA, 1997, p. 89-106. Sobre imunidade e teoria microbiana das doenças ver também FERNANDES, 1999, p. 24.

⁴⁷ O Regulamento Sanitário de 1904 fez parte da ampla reforma dos serviços de saúde, que procurava resolver a superposição de atribuições entre a prefeitura da do Rio de Janeiro e o governo federal. Coube a Oswaldo Cruz, diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, implementar a reforma sanitária que pretendia sanear a capital federal, conferindo-lhe uma feição modernizada, o que significava livrar o Rio de Janeiro de doenças como febre amarela, varíola e peste a bubônica, que ciclicamente afetavam a cidade. Cf. BENCHIMOL, 1992, p. 294-8.

⁴⁸ BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 1000.

⁴⁹ Benchimol e Sá levantam a hipótese de que a inclusão da teoria culicidiana na transmissibilidade da lepra nas Instruções anexas ao regulamento sanitário, de orientação claramente contagionista, poderia ser fruto da influência de Adolfo Lutz, seu principal defensor no Brasil, e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz. Cf. BENCHIMOL; SÁ, 2004, p. 78.

públicas de controle da doença, que seria convertida no grande tema da Comissão de Profilaxia da Lepra, criada em 1915.

Nos trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra os médicos Paulo Silva Araújo e Belmiro Valverde foram os responsáveis pelo tema lepra e casamento, o que mais diretamente relacionava-se ao papel da herança na doença. Os médicos definiram a *'aptidão herdada'* como *"a diminuição natural da resistência ou imunidade, que mais não é do que a predisposição e a facilidade do contágio no meio de uma família em que o germen já é habitual e virulento."*⁵⁰ No relatório apresentado à Comissão, os médicos argumentavam que o papel nulo da herança na transmissibilidade da lepra aproximaria a doença da tuberculose, distanciando-a da sífilis, o que autorizaria o médico *"ao exercício de uma profilaxia severa em relação à descendência"*.⁵¹ Araújo e Valverde estavam informados sobre os trabalhos de Francis Galton, Pinard e Richet⁵² e a relação entre fecundação, hereditariedade e o ideal

⁵⁰ ARAÚJO, Paulo Silva; VALVERDE, Belmiro. Lepra e Casamento In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 147.

⁵¹ Id., ib., loc. cit.

⁵² Adolphe Pinard (1844-1934), foi professor de clínica obstétrica e contribuiu largamente para o desenvolvimento da puericultura e legislação familiar na França. Pinard deu uma forma nova ao eugenismo francês e, seguindo ainda a tradição do lamarckismo, considerava que não seria somente a herança constitucional que se transmitia, mas também o estado dos elementos celulares quando da procriação. Por conseguinte, o ato sexual deveria ser feito nas melhores condições fisiológicas possíveis.

O cientista inglês Francis Galton (1822-1911) cunhou o termo eugenismo para designar o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, seja física ou mentalmente. Para Galton, muitos aspectos físicos e comportamentais humanos eram frutos da herança, o que sugeria uma predisposição genética para muitas características e condutas indesejáveis, incluindo a criminalidade, o alcoolismo crônico e a deficiência mental. Galton defendia que a seleção natural deveria ser substituída por uma seleção consciente, como forma de assegurar o progresso físico e moral do futuro, tendo a biometria por base. Em 1907 Galton criou em Londres um laboratório eugênico e, no ano seguinte, uma sociedade para a educação eugênica.

O médico francês Charles Robert Richet (1850-1935) foi um fisiologista de renome internacional, estudou a anafilaxia, especialmente o choque anafilático. Pelo conjunto de seus trabalhos nesta área Richet recebeu, em 1913, o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia. Richet publicou, em 1919, o trabalho *A Seleção Humana*, onde desenvolveu sua concepção de raças inferiores para desaconselhar os matrimônios mistos e apoiar a segregação étnica, que deu um grande impulso ao eugenismo francês.

Sobre Francis Galton, Adolphe Pinard, Richet e a eugenia francesa ver LÉONARD, Jacques. *Eugénisme e darwinisme: espoirs et perplexités chez des médecins français du XIXème siècle et du début du XXème siècle'* In CONRI, Y (org.). *De Darwin au darwinisme. Science et idéologie*, Paris, Vrin, 1983. p. 187-207. Sobre a matriz francesa do eugenismo brasileiro ver também STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 75-100.

profilático expresso pela eugenia, que definiam como o “*estudo do aperfeiçoamento da produção humana*”.⁵³ O conhecimento de importantes obras que defendiam os princípios do eugenismo na primeira década do século XX demonstra a atualização dos médicos com as novas referências científicas sobre as leis da hereditariedade humana, trazidas à medicina pelos novos estudos em genética. Os trabalhos da Comissão de Profilaxia foram contemporâneos do processo de institucionalização da eugenia no Brasil, reconhecida por Valverde e Silva Araújo como um programa científico que permitiria o controle da reprodução humana e que teria na puericultura “*o seu mais prestimoso auxílio na melhoria da raça*”.⁵⁴ Mas, no caso da lepra, os médicos consideravam que o papel dos “*elementos sexuais femininos e masculinos*” sobre o produto de uma concepção normal deveria ser encarado “*apenas como elementos mórbidos, capazes da perpetuação de taras ou predisposições*”.⁵⁵

A aceitação dos princípios eugênicos como capazes de contribuir positivamente contra as predisposições mórbidas e a procriação perfeita da sociedade não seria levado para a discussão sobre a transmissibilidade da lepra. A chave para compreensão de que as variáveis eugênicas não tenham sido incorporadas ao debate sobre a transmissibilidade da lepra, ainda que alguns de seus pressupostos sejam encontrados permeando os trabalhos sobre a doença neste período, está na sua definição como uma doença bacilar e, portanto, contagiosa. Devemos considerar ainda que, desde a descoberta do bacilo por Hansen, a teoria contagionista teve que enfrentar um duro embate com a hipótese hereditária. Definido o bacilo como causa exclusiva e a hereditariedade como elemento predisponente à doença, a herança remetia a um passado considerado ‘pré-científico’, o que nos parece ter reforçado o fato dos

⁵³ ARAÚJO; VALVERDE, Lepra e Casamento In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 144.

⁵⁴ Id., ib., loc. cit. Sobre a conjuntura social, científica e ideológica da institucionalização da eugenia na América Latina e no Brasil ver STEPAN, op. cit., p. 45-73. Sobre a negociação dos modelos deterministas das leis biológicas no Brasil ver também SCHWARCZ, Lilia Moritz. O Espetáculo da Miscigenação In DOMINGUES, Heloisa Maria Bertol et al. *A Recepção do darwinismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 165-89.

⁵⁵ Id., ib., p. 144.

estudos sobre a lepra terem sido mais refratários ao ideário científico do determinismo biológico.

Em seu relatório, Valverde e Silva Araújo argumentavam que, na lepra, a necessidade da puericultura deveria ser tomada sob um aspecto diferente, por não ser esta uma doença onde a herança desempenhasse um papel determinante, sendo sua etiologia explicada estritamente pelo bacilo. Logo, deveriam ser seguidas as determinações do dermatologista francês E. Jeanselme que demonstrara que a *“puericultura gestativa e o isolamento imediato e absoluto do produto da concepção leprosa são capazes de impedir as manifestações do mal, tendo Hansen e outros comprovado exuberantemente essa observação.”*⁵⁶ Na verdade, outros fatores importantes eram apontados por Valverde e Araújo, além do fato da doença não ser hereditária, que deveriam ser levados em conta ao se considerar a lepra no casamento, como a impotência e a esterilidade entre os leprosos. Ainda assim, para assegurar uma descendência sã seria necessário que fossem seguidas as medidas profiláticas emanadas da Conferência de Berlim, ratificadas pelo 5º Congresso Internacional de Dermatologia, ocorrido em 1904, ou seja: a dissolução do casamento e a separação dos filhos sãos de pais leprosos. Neste caso, o que estava em causa ao se advogar estas medidas era o contágio, especialmente mais incidente no ambiente familiar, e não qualquer suposição quanto a um possível efeito hereditário nos membros da família.

Diferente da sífilis, onde a bacteriologia havia atualizado a hipótese hereditária e reafirmado idéias como hereditariedade mórbida e degeneração⁵⁷, a lepra tinha a herança apenas como um elemento predisponente, o que transformara os pais leprosos em fonte especial de contágio da doença. Temas como casamento, família, sexualidade e isolamento foram mantidos no estudo da lepra pela bacteriologia, mas não estiveram relacionados à hereditariedade da doença, mas ao risco do contágio pelo contato íntimo e prolongado no ambiente doméstico. Seguindo estas hipóteses, não foi a reprodução humana a área onde os

⁵⁶ ARAÚJO, Paulo Silva; VALVERDE, Belmiro, Lepra e Casamento In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 145.

⁵⁷ Sobre sífilis e hereditariedade ver CARRARA, 1996, p. 49-69.

médicos dedicados à lepra concentrariam esforços de atuação, da mesma forma que não seria objeto privilegiado das políticas públicas de controle da doença, tal como ocorreria com a sífilis. Nos estudos e trabalhos publicados por especialistas brasileiros observamos que a lepra não era identificada com taras biológicas ou sociais, a degeneração, que comumente encontramos relacionada à doença, dizia mais respeito ao seu acometimento físico do leproso que moral.

Em sentido contrário do movimento eugênico, no mesmo período em que se as teorias hereditárias e evolucionistas se constituíam como um movimento reformador na Europa, a hereditariedade perdera terreno de sustentação científica da discussão sobre a etiologia da lepra. Segundo Nancy Stepan, ao final da década de 1910, a eugenia surgiu no Brasil como resposta às mazelas sociais que afligiam a população pobre, em sua grande maioria negra e mestiça. Por outro lado, a eugenia também atendia às necessidades de uma elite que enfrentava o dilema de resgatar o país das interpretações do determinismo racial, que o atrelava a um futuro de atraso econômico e de inferioridade física e moral de seu povo. A eugenia que resultaria deste movimento de repensar o país e sua realidade social a partir de suas singularidades, raciais e climáticas, apontaria para uma visão mais otimista, no estilo lamarckiano. No Brasil, na década de 1920, o termo eugenia seria interpretado de forma menos restritiva, confundiu-se com o saneamento, tornado um instrumento do aprimoramento racial e moral da população brasileira. Esta visão eugênica neolamarckiana, em consonância com o saneamento, daria lugar a uma visão positiva do papel da ciência e interpretações onde a mistura racial da população brasileira não era percebida como ameaça de degeneração da organização social. No entanto, mesmo sob esta vertente, a questão racial foi o elemento central do movimento eugênico no Brasil.⁵⁸

⁵⁸ STEPAN, Nancy. Eugenia no Brasil, 1917-1940 In HOCHMAN; ARMUS, 2004, 345-55. Stepan identifica na década de 1930 uma nova orientação para a eugenia brasileira, mais negativa e racista, o que marcaria uma cisão no campo eugênico. Id., ib., p. 366-72. Ver também _____, 2005, p. 165-78.

A proposição aceita pela medicina brasileira era de que “*o bacilo leproso existe em todos os casos de lepra, não importa a raça, a idade, o sexo, o país, o clima.*”⁵⁹ Nos trabalhos analisados sobre a transmissibilidade da lepra não consideramos que o paradigma racial tenha sido uma variável avaliada pelos médicos. No Brasil, a doença não esteve circunscrita à limites raciais ou relacionada preferencialmente a qualquer grupo étnico ou nacional, segundo os critérios biológicos definidos no período. As teorias biodeterministas raciais não encontraram terreno nos debates em torno da transmissibilidade da lepra ou de uma predisposição especial de uma parcela da população pretensamente inferior, como negros, mestiços ou imigrantes.⁶⁰ De forma semelhante, mesmo o ideário eugênico que positivou o cruzamento racial no país não seria expresso no debate sobre a lepra, não identificamos qualquer formulação teórica que tenha valorizado tal singularidade da formação brasileira para maior preservação ou especial aclimatação à lepra.

A pesquisadora Dalila Sheppard, em estudo sobre a literatura médica brasileira sobre a tuberculose, entre 1870 e 1940, observa que os médicos mantiveram-se à parte do círculo de estudiosos brasileiros influenciados pelas teorias raciais européias, que viam o escravo africano e seus descendentes como prejudicial ao bem-estar racial, físico e mental do país. A tuberculose era uma doença prevalente na camada pobre da sociedade brasileira, constituída na sua maioria por descendentes de escravos, negros e mestiços. Porém, o reconhecimento da alta incidência nesta camada da população teria um tratamento ambivalente sobre uma menor imunidade ou prevalência racial da tuberculose no discurso médico brasileiro, ao contrário do que ocorrera no Sul dos Estados Unidos, onde as teorias de Darwin se constituíram no paradigma escolhido. A autora identifica dois períodos distintos na discussão sobre a suscetibilidade da população negra e mestiça à tuberculose: o primeiro seria até 1918, onde a noção de raça não seria analisada como uma variante considerável; o segundo, após a Primeira

⁵⁹ Apud ARAÚJO, Paulo Silva; VALVERDE, Belmiro, *Lepra e Casamento* In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 148.

⁶⁰ Sobre aspectos históricos do conceito de raça ver LAGUARDIA, Josué. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. *Physis*. v. 14, n.2, jul/dez. 2004, p.197-234.

Guerra Mundial, onde o tema passaria a ser incorporado, mas ainda assim, os médicos se mostraram relutantes em desconsiderar os fatores ambientais e se opuseram às interpretações racistas. Logo, mesmo após 1918, os médicos brasileiros refutaram explicações racistas para maior mortalidade dos negros pela tuberculose, chegando ao consenso que seria o ambiente em que viviam, ao lado de fatores imunológicos, que responderiam esta questão.⁶¹

Numa linha de argumentação similar, Chor Maio considera que nas duas primeiras décadas do século XX, momento em que explode o debate sobre saúde pública, o higienismo e os princípios pasteurianos não se detiveram em explicações raciais, produzindo um discurso em que predominaria o conteúdo a-racial no campo da saúde pública. Segundo Chor, o determinismo racial pode ser encontrado como uma matriz importante do pensamento social brasileiro, sendo mesmo predominante no campo da medicina-legal, mas conviveu com uma outra vertente de matriz ambientalista, cuja base encontramos na tradição médico-higienista.⁶² Os estudos e debates sobre a lepra fariam parte desta segunda vertente, ainda que encontremos muitas características distintivas dos trabalhos que integraram esta matriz de interpretação dos problemas sanitários nacionais, que criticava o reducionismo climático e racial e incorporava argumentos sociológicos e culturalista, como veremos em outro ponto de nosso trabalho.⁶³

O tema imigração, tal como a noção de raça, teve um importante papel nas teorias deterministas que modelaram o debate sobre doença e saúde pública no Brasil, especialmente nas duas primeiras décadas do século XX. O eixo da discussão sobre política imigratória, em consonância com a cultura científica deste período, será a questão racial. Segundo Seyferth, o assunto preponderante é o da assimilação associado à miscigenação, elementos constitutivos

⁶¹ SHEPPARD, Dalila de S. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, mar.-jun. 2001, p. 172-92.

⁶² MAIO, Marcos Chor, 2004, p. 15-44. Sobre a constituição de um campo de conhecimento e atuação médica a partir da noção de raça ver Id. A nação no microscópio: intelectuais médicos e ordem social no Brasil In *Siglo XXI Revista de História*, Cidade do México, n. 12, 1992, p. 41-64. Ver também SCHWARTZ, L. M. As teorias raciais, uma construção histórica de finais do século XIX. O contexto brasileiro In: SCHWARTZ, L. M.; QUEIROZ, R. S. (Org.). *Raça e Diversidade*. Queiroz: EDUSP, 1996. p. 147-185.

⁶³ MAIO, 2004, p. 38. Sobre esta questão ver 3.4 *O lugar da lepra entre as endemias nacionais*.

do processo histórico de formação de uma ‘raça’ ou de um ‘tipo nacional’.⁶⁴ Devemos lembrar que a emergência da lepra como um problema sanitário importante para os governos da Europa e Estados Unidos, no final do século XIX, foi especialmente marcado por erupção no Havaí, o que teria profundas implicações para a concepção moderna da doença. A presença da lepra em áreas coloniais relacionou determinadas raças e povos - notadamente chineses, indianos e negros - como populações em que a doença era especialmente prevalente. Não tardaria para que esta identificação entre grupos étnicos e nacionais, tidos como contaminados, sofressem medidas restritivas de emigração, reforçadas pelo estigma baseado na idéia de doença estrangeira e de superioridade da raça branca.⁶⁵

Adolfo Lutz e Henrique Beaurepaire Aragão foram os médicos responsáveis pela análise da relação entre lepra e imigração nos trabalhos da Comissão de Profilaxia, mas seu relatório final não faz qualquer referência a uma maior predisposição ou preferência da doença por qualquer grupo nacional. No Brasil, o discurso médico sobre a lepra foi refratário à construção de tipos modelares de ‘imigrantes indesejáveis’, temática tão cara ao eugenismo e ao imperialismo.⁶⁶ Segundo Lutz e Aragão, os cuidados que se deveria ter com a imigração eram de ordem sanitária e moral, que deveriam ser tomados no caso da imigração espontânea, da estabelecida e favorecida pelo Estado, da emigração de brasileiros nascidos ou naturalizados e da saída de residentes estrangeiros. Como vemos, a lepra não teria favorecido a elaboração de uma distinção, baseada em critérios raciais, de imigrantes potencialmente perigosos. Segundo os autores do relatório:

“(...) convém lembrar-se que o perigo da importação de novos casos atualmente é diminuto e não justifica medidas excepcionais, dirigidas apenas contra esta moléstia. Além das exigências do comércio e do tráfego livre, deve-se considerar que, em relação à lepra as nossas

⁶⁴ SEYFERTH, Giralda, Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização In MAIO; VENTURA, 1996, p. 48.

⁶⁵ GUSSOW, 1970, p. 426-42.

⁶⁶ RAMOS, Jair de Souza. Dos males que vem com o sangue: as representações raciais e a categoria do imigrante indesejável nas concepções sobre imigração da década de 20 In MAIO; SANTOS 1996, p. 59-82.

relações com o estrangeiro oferecem tanto ou mais perigo para os outros que para nós e, qualquer medida vexatória, chamaria naturalmente represálias, além de produzir impressões muito desfavoráveis.”⁶⁷

Em seu relatório sobre transmissibilidade da lepra Lutz já havia defendido que a nacionalidade não fornecia qualquer predisposição especial à doença, prova deste fato era seu acompanhamento a mais de cem casos de indivíduos já adultos, provenientes de lugares isentos da lepra, que haviam contraído a moléstia no Brasil ou em outro foco endêmico, *“porque os representantes de países indenes adoecem em grande proporção.”⁶⁸* É interessante notarmos este descolamento da lepra com temas como ração e imigração, ainda que fossem questões que estivessem presentes como importantes referências nos projetos de nação formulados nas primeiras décadas do século XX. No Brasil, a construção da nação e de um tipo nacional foi embalada por noções como hierarquia racial e civilização, onde as representações sobre a identidade nacional brasileira pressupunham variáveis como miscigenação, embranquecimento e assimilação, alimentando um debate que teve na saúde pública um terreno bastante propício ao confronto de diferentes projetos.

No caso da lepra, estes foram pressupostos que não tiveram uma grande acolhida, foram outras as questões que moldaram a discussão sobre a transmissibilidade da doença. Já destacamos como a herança se desloca do terreno etiológico para fornecer a chave para a incógnita da imunidade de alguns indivíduos à doença. Mas, além da predisposição, alguns outros fatores foram levantados pelos médicos nas duas primeiras décadas do século XX, como por exemplo, a virulência dos bacilos da periferia. Esta questão diz respeito à perda de vitalidade dos bacilos eliminados através da mucosa e da pele ulcerada, hipótese defendida por Adolfo Lutz no trabalho apresentado à Comissão de Profilaxia sobre transmissibilidade da Lepra. A relevância deste debate não só nos auxilia compreender o significado da lepra neste

⁶⁷ LUTZ, Adolfo; ARAGÃO, Henrique Beaurepaire. Lepra e Imigração In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 151.

⁶⁸ LUTZ, Adolfo, Lepra e transmissibilidade In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 125.

período, como coloca duas importantes questões que modelarão o debate sobre a profilaxia e a formulação de políticas para o controle da lepra no país: a forma de contágio e o grau de contagiosidade da lepra.

Começemos pela segunda questão, isto é, a própria natureza do contágio da lepra, que seria formulada sob novos pressupostos neste período. Segundo o médico Henrique Aragão, que tratou do tema transmissibilidade da lepra, a doença não seria tão contagiosa como se pensava, o contágio se fazia com dificuldade e tão somente depois de “*prolongado contato, permanente coabitação e mercê de condições precárias de higiene.*”⁶⁹ Eduardo Rabelo e Silva Araújo Filho, ao tratarem do tema lepra e domicílio discutiram também a forma como se dava o contágio da doença, especialmente no ambiente doméstico, o que facilitava o contato prolongado entre doentes e sãos, mas concluíram que a lepra dificilmente seria contagiosa.⁷⁰ Opinião semelhante seria defendida por Emílio Ribas na conferência realizada em 4 de dezembro de 1916, por ocasião do 1º Congresso Médico Paulista, onde chamava atenção para “*(...) a necessidade de uma larga propaganda no sentido de demonstrar ao povo o verdadeiro grau do contágio da lepra, que é naturalmente exagerado pela imaginação popular e diz que os leprosos não devem ser repelidos para os confins do mundo nem encurralados como gado.*”⁷¹

Esta será uma discussão que pode ser tomada de diferentes aspectos, se a necessidade do contato íntimo e prolongado para o contágio da lepra era um pressuposto científico que começava a ser aceito neste período, para muitos médicos isto não significava que a lepra fosse uma doença de baixa contagiosidade. Esta pretensa relativização do contágio terá diferentes nuances no debate médico e, em especial, na defesa de medidas preventivas e das ações a serem desenvolvidas pelo Estado no tratamento da lepra. Podemos tomar como

⁶⁹ ARAGÃO, Henrique de Beurepaire. Transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 139.

⁷⁰ RABELO, Eduardo; ARAÚJO FILHO, Silva. Lepra e domicílio In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 153.

⁷¹ RIBAS, Emílio. A Lepra – sua freqüência no estado de São Paulo – meios profiláticos aconselháveis In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 168.

exemplo a própria formação da Comissão de Profilaxia da Lepra, que se deu sob o argumento de que a doença vinha se desenvolvendo de forma espantosa nos últimos tempos. O envolvimento de todas as associações médicas do Rio de Janeiro evidencia a formulação de um discurso em que se procurava reforçar o potencial de transmissibilidade da lepra, expresso nas suas conclusões finais que aconselhavam o isolamento em colônias como base de sua profilaxia.

De forma semelhante, a relação entre a virulência dos bacilos de periferia, que se manteriam infecciosos e responderiam pela contaminação direta da lepra, seria expressa nos debates sobre a possibilidade da transmissão da doença pela secreção das feridas, pela vacinação braço a braço, pelo contato com roupas e outros utensílios usados pelos leprosos, hipóteses defendidas por Belmiro Valverde. O médico era favorável, ao contrário de Lutz, de que vários elementos seriam capazes de transmitir a lepra, destacando ainda os *'portadores de germes'*. Esta noção de *'portador são'* não era nova na medicina, em 1855 o papel das pessoas sadias no processo de transmissão de doenças contagiosas já havia sido sugerido pelo higienista bávaro Max von Pettenkofer, mas seu conceito somente seria estabelecido em 1893, por William Hallock e Alfred L. Beebe.⁷² Segundo Valverde, o bacteriologista japonês Kitasato já havia admitido, em 1900, que indivíduos sãos poderiam portar bacilos de lepra, como ocorria na febre tifóide e difteria.⁷³ Esta questão não foi muito desenvolvida nos relatórios da Comissão de Profilaxia sobre a transmissibilidade da lepra, o grande embate se daria entre Valverde e Lutz em torno da possibilidade do contágio da doença por um vetor, tal como na febre amarela.

⁷² ROSEN, 1994, p. 235.

⁷³ Shibasaburo Kitasato (1853-1931) foi médico e bacteriologista japonês que descobriu em Hong Kong, quase simultaneamente com o bacteriologista francês Alexandre Yersin, o bacilo *Pasteurella pestis*, o agente infeccioso da peste bubônica (1894). Estudou os bacilos do tétano e da difteria em Berlim, com Emil von Behring (1885-1891), foi pioneiro na obtenção da cultura pura do bacilo do tétano (1889) e na demonstração, com Behring, do valor da antitoxina para prevenção da doença (1890). Retornou ao Japão (1892) e fundou um laboratório que foi incorporado (1899) ao Instituto Imperial Japonês para o Estudo de Doenças Infecciosas. Demonstrou que culturas mortas podem ser utilizadas para elaboração de vacinas e também estudou a infecção pela tuberculose. Deixou e Instituto Imperial para fundar o Instituto Kitasato, em 1914. <http://shibasaburo.kitasato.en.infoax.com/> Acesso 26 outubro 2006/

A idéia de um hospedeiro intermediário não era algo novo no universo das hipóteses sobre a transmissão de várias moléstias, no final do século XIX diferentes pesquisadores já especulavam sobre o papel de vetores, contribuindo para esclarecer “*a última lacuna na teoria dos germes de doenças.*”⁷⁴ Segundo Rosen, a solução do problema do hospedeiro intermediário foi o resultado do acúmulo de muitas experiências, a obra do zoólogo Rudolf Leuckart é a base das pesquisas sobre a transmissão de doenças por vetores animais. Em 1868, por exemplo, Rudolf Leuckart e Melnikoff demonstraram a forma de transmissão da tênia do cão pelo piolho que infesta esse animal. Patrick Manson, em 1877, defendeu a hipótese da transmissão da filariose por mosquitos, depois de ter demonstrado que os parasitas da doença se desenvolviam nos insetos que o sugavam junto com sangue. Seria o modelo de transmissão da filariose que servira como padrão para as pesquisas de Ronald Ross sobre a malária, sugerida por Manson em 1894. Não tardaria para que tal modelo de experiência servisse como protocolo de pesquisa sobre a transmissão de inúmeras doenças como a peste bubônica e a febre amarela.⁷⁵ E, da mesma forma, rapidamente seria incorporado às investigações sobre a transmissão da lepra, sendo cogitada desde 1886 pelo dermatologista francês Henri Leloir, comissionado pelo seu governo para estudar a lepra em toda Europa.⁷⁶

A teoria culicidiana teve em Adolfo Lutz seu grande defensor no Brasil, não apenas nos trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra, como nos principais encontros científicos que ocorreram no período, constituindo-se numa alternativa à hipótese contagionista da doença. Lutz era uma importante autoridade científica, suas investigações sobre bacteriologia e a morfologia de germes relacionados a diversas doenças, dentre elas a lepra, iniciaram em 1885, na clínica do dermatologista alemão Paul Gerson Unna, em Hamburgo, na Alemanha. Desde então, os estudos sobre a lepra integraram sua agenda científica, sendo indicado por Unna para testar seu método terapêutico no Havaí, onde a doença grassava endemicamente em

⁷⁴ ROSEN, 1994, p. 236.

⁷⁵ Cf. Id., ib., p. 236-9. Ver também MASCARINI, Luciene Maura. Uma abordagem histórica da trajetória da parasitologia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2003, p. 809-814.

⁷⁶ SOUZA ARAÚJO, 1929, p. 65.

níveis alarmantes. Entre 1889 e 1890, Adolfo Lutz dedicou-se ao estudo e tratamento de doentes de lepra na estação receptora de Kalihi, para onde eram encaminhados os suspeitos da doença. Em 1890 Lutz se demitiu do cargo de *Government Physician for the Study and Treatment of Leprosy*, retornando ao Brasil em 1893, quando foi nomeado subdiretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo. Sua transferência para o Instituto Oswaldo Cruz, em 1908, marcaria também o retorno de suas pesquisas sobre a lepra, onde acrescentaria nova variável à discussão sobre a forma de transmissão da doença.⁷⁷

A hipótese sustentada por Lutz balizaria os trabalhos da Comissão de Profilaxia, a possibilidade da transmissão da lepra por mosquitos seria incorporada em alguns relatórios, combatida em outros ou, pelo menos, permaneceria como uma hipótese a ser comprovada. Carlos Seidl, presidente da Comissão, submeteu o relatório de Lutz à discussão, apesar da discordância de Fernando Terra, diretor do Hospital dos Lázaros e responsável pelo tema lepra e isolamento. No debate que seguiu à conferência de Lutz, além de Terra, Belmiro Valverde se colocaria contra a hipótese culicidiana, ao contrário de Emílio Gomes e Henrique Aragão que defenderiam o trabalho de Lutz. Coube à Juliano Moreira e Paulo Silva Araújo ponderarem sobre a necessidade da Comissão prosseguir em seus trabalhos, estudando as diferentes medidas profiláticas a serem adotadas e instituir experiências necessárias à comprovação desta hipótese. Ainda que a discussão tenha sido encerrada até que todos os relatórios fossem apresentados, ela dominaria as sessões seguintes, onde Lutz apresentaria um aditivo à sua conferência, que seria o mote de um acalorado embate entre Belmiro Valverde e Henrique Aragão.

O aditivo de Lutz centra sua argumentação, principalmente, em torno das seguintes questões: se a transmissão da lepra se faz por sugadores de sangue e quais espécies, a relação entre a frequência dos culicídeos e a endemicidade da lepra e a necessidade de associar a profilaxia dos mosquitos ao isolamento dos leprosos. A discussão sobre o modo de

⁷⁷ BENCHIMOL; SÁ, 2004, p.27-71; BENCHIMOL, 2003, p. 13-83.

transmissão da lepra seria ponto fundamental no estabelecimento de medidas profiláticas, somente sua compreensão poderia fornecer a chave para a aplicação de meios, sob critérios científicos, para evitar sua propagação no país. Havia ainda uma outra questão, a compatibilidade entre a teoria culicidiana e a natureza bacilar da lepra, sobre a qual considerava:

“Antigamente havia sempre a objeção que as moléstias transmitidas por mosquitos e outros sugadores de sangue não eram devidas a bactérias, mas depois dos últimos estudos sobre a peste, este argumento perdeu seu valor. Pelo contrário, ficou provado que uma moléstia bacilar pode ser transmitida praticamente apenas por um sugador de sangue e não por todos da mesma forma.”⁷⁸

Coube a Belmiro Valverde e Henrique Aragão darem continuidade ao debate iniciado pelo relatório de Adolfo Lutz. A discussão entre os dois médicos teve como eixo a divergência em torno de cinco questões, fundamentais na sustentação ou na refutação da hipótese culicidiana da lepra: 1) a presença do bacilo de Hansen no tubo digestivo do mosquito; 2) a baixa capacidade infectante dos bacilos eliminados nas lesões e mucosas dos leprosos, o que conferia exclusividade à transmissão da lepra pelo contágio indireto, excluída a possibilidade por vestimentas e objetos contaminados 3) exclusividade do mosquito na transmissão da lepra, eliminadas outras espécies, como as moscas; 4) a analogia entre a transmissão da lepra e da febre amarela, que pressuporia a existência de um período febril semelhante nas duas doenças; e 5) a correspondência entre os focos de lepra e os pontos de maior incidência de mosquitos.⁷⁹ Este debate terá importantes conseqüências na estruturação de uma política de combate à lepra, que se modela exatamente nestas duas primeiras décadas do século XX, sendo as conclusões apontadas pela Comissão um importante referencial. A teoria culicidiana de transmissão da lepra, defendida por Lutz e Aragão, propunha um modelo profilático baseado

⁷⁸ Id., ib., p. 130.

⁷⁹ VALVERDE, Belmiro. A transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 131-37 e ARAGÃO, Henrique B. Transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 137-44.

na hipótese da baixa contagiosidade da doença pelo contato direto e no combate ao mosquito capazes de veicular o bacilo, tal como ocorrera com a febre amarela no Rio de Janeiro.⁸⁰

Em seu relatório sobre transmissibilidade da lepra, apresentado à Comissão de Profilaxia, Lutz defendeu ser o mosquito a causa única de transmissão da doença. Para o médico, toda discussão sobre a etiologia e transmissibilidade da lepra mostrava “*uma falta mais ou menos de critério*”, já que hereditariedade e contágio não teriam elucidado muitas questões que ainda permaneciam incertas sobre a doença.⁸¹ Como colocamos anteriormente, Lutz considerava que os bacilos, quando eliminados pelas mucosas e pele ulcerada dos leprosos estariam todos ou quase todos mortos, não sendo infecciosos para contaminação direta. Este fato explicaria a baixa contagiosidade da lepra, defendida por Lutz, para quem a circulação de bacilos vivos e virulentos no sangue se daria somente nos períodos febris.⁸² Assim, o contágio direto ou indireto por fomites (agulha, vestimentas, roupas de cama, mobiliário ou objetos diversos infectados) teria um papel insignificante na ocorrência da doença. Da mesma forma, para Lutz a hereditariedade não explicaria a raridade dos casos de lepra em crianças ou a multiplicidade de sua ocorrência em famílias “*onde ascendentes nunca tiveram ocasião de contaminar-se.*”⁸³

Lutz fazia uma analogia com outros processos infecciosos ou crônicos, como a febre amarela, o tifo, a malária e a ancilostomíase, em que se podia contrair a doença sem ter estado em contato com o doente. Lutz considerava que a febre amarela era a doença que mais semelhança guardava com a lepra e a “*impossibilidade de cultivar o germe da lepra no*

⁸⁰ Segundo Benchimol e Sá, Adolfo Lutz defenderia ainda a teoria culicidiana de transmissão da lepra na Conferência Americana, em 1922, mas não encontrou o apoio que obtivera em 1915. Lutz não dispunha de provas experimentais conclusivas que comprovassem o papel do mosquito na transmissão da lepra, mas continuaria defendendo esta hipótese ao longo de sua trajetória profissional. BENCHIMOL; SÁ, 2004, p. 95-104.

⁸¹ LUTZ, Adolfo. Transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 124.

⁸² Segundo Benchimol, a primeira referência de Lutz ao papel dos insetos sugadores encontra-se no trabalho *Estudos sobre a lepra*, escrito em Limeira, entre 1885-6. Neste estudo Lutz já apontava a inconsistência da teoria da hereditariedade da lepra e divergia do paradigma microbiano, ao considerar ser a doença menos contagiosa que a tuberculose e, portanto, discordava do isolamento proposto. Cf. BENCHIMOL; SÁ, 2004, p.71-7.

⁸³ LUTZ, Adolfo. Transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 125.

ambiente indica que a transmissão é feita por um sugador de sangue.”⁸⁴ Dado os resultados negativos de inoculação e cultura do bacilo, em analogia com outros processos infecciosos e crônicos, formulara a hipótese da lepra ser transmitida exclusivamente por insetos sugadores, especificamente o mosquito ‘*Culex fatigans*’ ou, de modo mais incerto, o ‘*Stegomia fasciata*’, quando aspira o sangue dos leprosos nos períodos febris. Segundo Lutz, a endemicidade da lepra no Havai, onde se encontrava de forma abundante estas duas espécies de mosquitos, freqüentes também nas grandes cidades, reforçaria a hipótese culicidiana. Os havaianos seriam os mais acometidos pela lepra por não utilizarem mosquiteiros para dormir, hábito comum entre os estrangeiros, os menos acometidos pela doença.⁸⁵ Esta teoria explicaria o fato do isolamento não ser uma medida necessária nas cidades européias, onde não haveria mosquitos em abundância e, mais do que isto, seria a única hipótese capaz de esclarecer “*o modo errático que se nota na propagação da moléstia.*”⁸⁶

Ao final de seus trabalhos, em 1919, a Comissão de Profilaxia da Lepra apresentaria suas conclusões finais, “*aconselhadas (...) para servir de base a um projeto de lei.*”⁸⁷ Estas medidas estavam expressas em onze pontos que deveriam ser rigorosamente observados e tinha por princípio o isolamento do leproso como a “*base racional da profilaxia*”, devendo ser “*(..) obrigatório, sem distinção de classe ou indivíduo.*”⁸⁸ No entanto, esta orientação francamente contagionista da lepra foi relativizada pela inclusão de um item que contemplava a tese defendida por Lutz, onde previa-se a profilaxia culicidiana, “*nos casos dos indivíduos sujeitos ao isolamento domiciliar, e nas leprosarias e asilos ou nas vilas e colônias(...), isto é, conjunto de medidas eficientes contra os mosquitos capazes de veiculação da lepra.*”⁸⁹

⁸⁴ Id., ib., p. 127.

⁸⁵ Id., ib., p. 125-7.

⁸⁶ Id., ib., p. 127.

⁸⁷ CONCLUSÕES aconselhadas pela Comissão de Profilaxia da Lepra para servir de base a um projeto de lei In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 159.

⁸⁸ Id., loc. cit.

⁸⁹ Id., loc. cit.

Ainda que a questão da transmissibilidade da lepra não estivesse resolvida nas décadas iniciais do século XX, as orientações das medidas propostas neste documento final estavam de acordo com a teoria de que a fonte de contágio da lepra era o doente. O reforço desta hipótese vinha das medidas de isolamento implementadas em outros países, cujos resultados eram alardeados e referendados nas conferências internacionais de lepra reunidas em Berlim (1897), Bergen (1909) e Estrasburgo (1923). A questão de que apenas a identificação dos mecanismos da transmissão da lepra tornaria possível a adoção de medidas sanitárias capazes de prevenir ou impedir a sua disseminação, seria respondida por Carlos Chagas, diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, no discurso da sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra, em 1922:

“(...) no combate ao contágio possuímos, ainda aqui, o elemento técnico decisivo na profilaxia da doença. Nem constitui obstáculo ao método profilático a divergência de doutrinas, concernentes ao mecanismo exato da transmissão. Seja esta de indivíduo a indivíduo, direta ou indireta, (...) não há recusa que no isolamento do leproso possuímos garantia absoluta das medidas preventivas, tanto mais quanto será aí sempre possível, e de bom aviso, harmonizar na prática do método as concepções em litígio.”⁹⁰

Ao longo das duas primeiras décadas do século XX a medicina no Brasil consolidara a natureza bacilar da lepra, ao mesmo tempo em que se esforçava para esclarecer os mecanismos da transmissão da doença. Este processo de substituição da explicação multicausal pela hipótese da causa única bacilar não romperia com questões que estiveram presentes no debate sobre a etiologia da lepra, mas deslocaria para a transmissibilidade temas como hereditariedade, predisposição, meio e higiene. Foram em torno destas questões que se estruturaram as propostas profiláticas para o controle da lepra, mas novos elementos seriam

⁹⁰ CHAGAS, Carlos. Discurso pronunciado na sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra pelo Dr. Carlos Chagas, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 8 de outubro de 1922 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 367.

incorporados, erigindo uma estratégia discursiva que procurava estabelecer a doença como uma grave ameaça sanitária, reivindicando que a profilaxia da lepra constasse das prioridades das políticas de saúde que eram implantadas no país.

3.3 Um ‘flagelo nacional’

“É necessário agir, enquanto o mal não nos transformar em uma nação de leprosos e em uma triste comunhão de morféticos. Se continuar como vai, o Brasil será em breve uma miserável leprosaria.”⁹¹

(Mário Mourão)

Por ocasião do 1º Congresso Médico Paulista, ocorrido em 1916, o médico Mário Mourão apresentou trabalho sobre a lepra nos estados de Minas Gerais e São Paulo, destacando aspectos de sua profilaxia e curabilidade. Em seu estudo, Mourão chamava atenção para o enorme contingente de leprosos nestes dois estados que transitavam livremente e, mantendo o convívio social, disseminavam a doença. O médico fazia um diagnóstico aterrador da situação da lepra no Brasil a partir de suas observações em Poços de Caldas, onde exercia a clínica médica e para onde, não raro, os leprosos recorriam pelo valor de suas águas termais, quando a doença já apresentava seus primeiros sinais. Segundo o médico:

“O nosso espírito de brasileiro fica alarmado com o desenvolvimento que a moléstia vai tomando em todo o país, e, à medida que o flagelo se alastra, diminuem as medidas tendentes à combatê-lo. (...) A morféia, entre nós, invade todas as classes sociais, ela estende-se do suntuoso palácio ao modesto tugúrio do colono, ela invade todas as

⁹¹ MOURÃO, Mário. A morféia nos estados de Minas e São Paulo – sua profilaxia. Sua curabilidade In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 176.

profissões, ela hospeda-se nos hotéis de luxo, ela mora nos bordéis, pairando qual um gigantesco abutre, com suas enormes e agourentas asas, sobre a vitalidade e o futuro de nossa raça.”⁹²

O tom alarmista do trabalho apresentado por Mário Mourão não foi uma ocorrência isolada, desde o final do século XIX podemos perceber a construção de um discurso onde a lepra era identificada como uma ameaça ao já comprometido quadro sanitário brasileiro. Na verdade, esta idéia de perigo crescente e de avanço ilimitado, sempre esteve relacionada à lepra. No século XVIII o Procurador da Fazenda sugeriu ao Conselho Ultramarino a nomeação de uma comissão de médicos para combater a lepra no Rio de Janeiro, seu parecer advertia que a incidência da doença seria tão intensa que colocava a cidade em eminente perigo, “(...) e, conseqüentemente, de toda América, que com ela por diversos modos, se comunica, e com um contágio já tão adiantado, que pode ainda amedrontar a este Reino (...)”⁹³ Esta mesma representação de disseminação descontrolada da doença podemos encontrar em 1913, quando Oswaldo Cruz, em artigo assinado no jornal *O Imparcial*, reforçou muitos dos aspectos simbólicos da lepra ao estabelecê-la como “(...) o mal que se está alastrando insidiosa, gradual e progressivamente, e que, em futuro não muito remoto, virá trazer muitos dissabores.”⁹⁴ Da forma semelhante, Belisário Penna, em artigo publicado no jornal *Correio da Manhã*, registrou esta mesma percepção da lepra, definindo-a como “ (...) doença crônica, insidiosa, de incubação longa, de evolução lenta, e simulada muitas vezes; e sendo de dezenas de milhares a cifra de leprosos [contaminantes] no Brasil (...)”⁹⁵

Podemos perceber que o conceito de lepra esteve, ao longo de sua trajetória no país, permeado pela imagem de uma doença traiçoeira, que acometia o organismo de maneira silenciosa e sorrateira. Este pretenso caráter ardiloso e misterioso da lepra foi consolidado no

⁹² Id., ib., p. 175-6.

⁹³ PARECER do Procurador da Fazenda In SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 205.

⁹⁴ CRUZ, Oswaldo. Uma questão de higiene pessoal In SOUZA ARAÚJO, 1956, p.117.

⁹⁵ PENNA, Belisário. O problema da lepra [profilaxia – isolamento domiciliar – conspiração do silêncio. COC/Fiocruz, Fundo Belisário Pena, BP/TB/19202040-19.

discurso médico, inicialmente, pelo desconhecimento exato de sua etiologia e, mais tarde, pelas dúvidas sobre sua transmissibilidade. A doença era retratada ainda, de forma recorrente, com um mal que avançava lentamente, degenerando o organismo e comprometendo toda a vida em sociedade. Este significado simbólico da lepra foi expresso de forma bastante precisa no relatório apresentado por Werneck Machado e Emílio Gomes, durante os trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra. Os médicos, ao discutirem sobre as diferentes hipóteses de transmissão do bacilo da lepra e sua capacidade propagadora, conferem à doença “(...) *os foros de transmissibilidade inerentes ao pior dos inimigos, qual o que só opera oculto nas dobras do insondável mistério.*”⁹⁶

O que pretendemos analisar é como se deu, no Brasil, a construção deste discurso onde a lepra seria instituída como uma terrível ameaça que afetava as condições sanitárias do país, ameaçando o próprio futuro da nação. De forma óbvia, podemos considerar que este tipo de retórica tinha a função de reforçar a demanda pela adoção de uma política segregacionista para os leprosos em colônias de isolamento, considerada a medida profilática ideal para o combate à doença. Avaliamos que três fatores forneceram as bases para que a doença se convertesse num ‘*flagelo nacional*’: sua identificação como um problema sanitário nacional, o reconhecimento de que sua disseminação no país crescia em proporção assustadora e, finalmente, a percepção de que não se verificava a adoção de medidas eficazes para seu controle. Não podemos esquecer que o cenário internacional contribuiu para intensificar este quadro que se moldara no Brasil, o seu ressurgimento da Europa e em áreas coloniais, a descoberta do *M. leprae* e a 1ª Conferência Internacional sobre Lepra foram eventos fundamentais para que se difundisse o temor de uma pandemia leprosa.

Analisar a estratégia discursiva que procurava estabelecer a lepra como um ‘*flagelo nacional*’ nos permitirá perceber a forma como a doença foi reconhecida e entendida em sua trajetória histórica, processo que esteve profundamente informado pelo conhecimento médico

⁹⁶ MACHADO, Werneck; GOMES, Emílio. Lepra e profissão In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 150.

disponível sobre a doença. Compreender os diferentes modelos cognitivos disponíveis sobre a lepra, a forma como se construiu o consenso sobre sua natureza bacteriana ou as diferentes hipóteses sobre a transmissão do bacilo, são questões importantes para percebermos os dados que foram utilizados na montagem de uma política de controle da doença. Este material discursivo nos auxiliará na análise dos múltiplos significados que foram conferidos à lepra e os elementos que seriam utilizados na elaboração de um discurso que procurava definir o lugar da doença entre as endemias nacionais e, conseqüentemente, a atenção e os recursos a serem investidos pelo Estado para eliminação do *'flagelo'*. Logo, a conjunção destas distintas perspectivas de análise permite-nos avaliar o aspecto multidimensional que envolveu a estruturação do conhecimento científico sobre a lepra e sua definição como entidade nosológica, evidenciando ainda a complexa negociação entre médicos, governo e sociedade na proposição de medidas de combate à doença.

No Brasil, o capital discursivo mobilizado para estabelecer a lepra como um problema sanitário relevante abrangeu a tentativa de precisar a origem da doença. É importante ressaltar que esta preocupação em particularizar sua procedência não foi uma exclusividade brasileira, nem tampouco da lepra. Definir a origem de uma doença e sua freqüência em determinado país era uma análise que estava imbuída de significados, que pode denotar a identificação de padrões e valores e os elementos que não se adequavam ao grau de civilização desejado por cada nação.⁹⁷ A doença integrava uma rede de significações que constituía sentido e valorizava a instituição de uma auto-imagem do país, além de ser fator relevante a ser considerado tanto na escolha das moléstias a serem combatidas, quanto na formulação de propostas que visavam romper com uma certa representação que cada nação desejava projetar.

Devemos lembrar que, na primeira metade do século XIX, a ocorrência da lepra no Brasil era explicada pelos especialistas por um conjunto de fatores em que estavam incluídas

⁹⁷ Sergio Carrara observa que, no caso da sífilis, a hipótese mais difundida era que a doença havia sido trazida ao Brasil pelos colonos europeus, especialmente os franceses e os degredados portugueses. Cf. CARRARA, 1996, p. 101-7

as diferentes hipóteses sobre sua origem colocadas pelo conhecimento médico. A singularidade da frequência da doença no país era ainda creditada à presença de elementos genuinamente nacionais, individuais e ambientais, que associados, produziria ou predisporia o organismo à afecção leprosa. Neste modelo cognitivo a lepra poderia ser causada pela presença do ‘*vírus sífilítico*’, pelos excessos sexuais ou pela promiscuidade dos hábitos sociais; pelo uso prolongado de determinados alimentos ou substâncias, pela proximidade de pântanos ou rios, pelo temperamento linfático e, especialmente, pelo clima quente e úmido. No entanto, é interessante notar que a discussão sobre a origem da lepra no Brasil teve maior relevância nas décadas finais do século XIX, quando a doença ganhava um novo contorno, formatado pela idéia do contágio e pela sua forte presença nos países coloniais. Este esforço fez parte de uma tentativa de distinguir a lepra no Brasil do conteúdo que a doença adquirira com seu ressurgimento nas colônias tropicais, quando esteve profundamente identificada com todo um ideário do determinismo climático e racial.

Estabelecer a origem da lepra era uma tarefa que integrava os estudos sobre a doença, a pesquisa sobre sua etiologia e transmissibilidade pressupunha a análise de sua disseminação e suas características distintivas no país. Tal esforço impôs aos médicos a realização de um balanço sobre o processo de colonização brasileiro e a contribuição de cada um dos tipos que constituíam nossa nacionalidade: o índio, o colonizador branco e o negro escravo. Segundo Azevedo Lima, “(...) *esta moléstia não existia entre os aborígines, como ainda hoje não existe entre seus descendentes que vivem arredados do convívio da civilização.*”⁹⁸ Além de Lima, autores como Juliano Moreira, Fernando Terra, Belmiro Valverde, Souza Araújo e Flávio Maurano também consideram que os indígenas não poderiam ser responsabilizados pela presença da lepra no Brasil, porque “(...) *facilmente seria reconhecida por andarem eles nus, e portanto ser fácil descobrir-se neles qualquer afecção da pele, mormente as lesões dessa doença.*”⁹⁹ Podemos tomar Fernando Terra como um excelente exemplo deste discurso,

⁹⁸ LIMA, Azevedo. A lepra no Brasil In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 67.

⁹⁹ MOREIRA, Juliano Apud TERRA, Fernando. Lepra no Rio de Janeiro. Seu aparecimento, frequência e formas In *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 23, n. 5, 1/02/1919, p. 34.

formulado a partir do final do século XIX, que isentaria o indígena brasileiro da responsabilidade pela origem ou pela endemicidade da lepra no Brasil, não só pelo excelente estado de sua saúde, como também pelas condições salubres em que viviam. Baseando-se nos relatos de viajantes europeus, missionários e jesuítas, os médicos brasileiros rejeitavam à hipótese da ocorrência da lepra no Brasil antes da chegada dos primeiros colonizadores, tal como fora detectado por médicos no México e no Peru.

Para além da especificidade da lepra, podemos observar neste tipo de discurso a presença de alguns indícios que nos permitem caracterizar o seu momento de produção e circulação, seus condicionamentos e o sentido de sua formulação. Conforme analisamos, neste período, a abordagem sobre raça esteve demarcada pelo dilema vivido pela intelectualidade brasileira de definição da identidade nacional, forjada entre o determinismo racial e climático e a afirmação da possibilidade de civilização nos trópicos. Logo, na imagem de si que a intelectualidade brasileira pretendia projetar não poderia restar qualquer carácter constitutivo inferior do indígena brasileiro. O indígena, no final do século XIX, passaria a ser considerado não apenas como raiz de nossa nacionalidade, mas também como o futuro de nossa civilização, especialmente marcada pelo processo de mestiçagem.¹⁰⁰ No texto de Fernando Terra podemos ainda detectar a presença de um certo encantamento e uma idealização da natureza tropical e do indígena, característico da produção de um enunciado que pretendia reafirmar a fundação de uma civilização nos trópicos e valorizar os elementos constitutivos de nossa formação social:¹⁰¹

“Valendo-se do depoimento feito pelos primeiros escritores da época, averiguamos que o adventício, atônito na contemplação das maravilhas, com que a natureza lhe assombrava o ânimo, reconhecia a excelência do clima da terra costeira, e as suas invejáveis condições

¹⁰⁰ MONTEIRO, John Manuel. As ‘raças’ indígenas no pensamento brasileiro do Império In MAIO; VENTURA, 1996, p. 21.

¹⁰¹ Sobre o dilema da elite letrada brasileira de construir uma civilização nos trópicos. Ver VENTURA, Roberto. *Estilo tropical: história cultural e polêmicas literárias no Brasil, 1870-1914*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

de salubridade. Referindo-se aos indígenas, constata também a robustez de seu organismo e a excelente saúde, que mostravam gozar.”¹⁰²

Do mesmo modo, é interessante observar que, na elaboração deste discurso, o clima brasileiro sofreria uma releitura. Na primeira metade do século XIX as condições de salubridade estariam fortemente marcadas por elementos característicos das particularidades climáticas de cada região, especialmente as regiões tropicais. O clima quente e úmido era considerado um fator predisponente à lepra, capaz de alterar a propriedade de vários elementos, produzindo causas excitantes da doença ao provocar a constante excitação da pele. A partir da descoberta da origem bacilar da lepra o clima deixaria de se constituir um elemento importante para explicar sua etiologia, ainda que a variável climática tenha persistido sob nova forma.¹⁰³ No entanto, ainda assim, Fernando Terra ressaltaria as características positivas da natureza e do clima nacionais, não mais como componentes explicativos da causa ou maior predisposição à lepra, mas como um dos fatores diferenciadores do excelente estado de saúde e vigor do primitivo elemento nacional. Se a hipótese mais aceita pelos médicos brasileiros, que citavam extensos trabalhos de viajantes e cientistas que haviam percorrido o Brasil desde o século XVI, era de que a lepra era ausente entre os indígenas, a grande discussão estava em determinar quem havia introduzido a doença no Brasil.

Estabelecida como uma doença estrangeira, a origem da lepra continuaria dividindo os estudiosos na defesa de pontos de vista divergentes em torno do papel desempenhado por europeus e escravos africanos em sua introdução no país. Em contraposição à visão de uma terra e uma população indene à lepra, temos a chegada dos primeiros imigrantes europeus, movidos pela exploração econômica do novo mundo descoberto. Segundo Azevedo Lima, a

¹⁰² TERRA, Fernando. Lepra no Rio de Janeiro. Seu aparecimento, frequência e formas In *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 23, n. 5, 1/02/1919, p. 34.

¹⁰³ Há uma discussão colocada desde a 1ª Conferência Internacional, em 1897, de que o clima teria a propriedade de alterar a virulência ou a multiplicação do bacilo. Hansen discordava de tal posicionamento, acreditando apenas que o clima parecia ter certa importância sobre as formas de lepra. Cf GOUVÊA, 1898, p. 11-2.

lepra não teria sido notada nos primeiros colonos, foi somente a partir da introdução de grandes correntes humanas é que a doença passou a ser observada. Assim, a disseminação da lepra no Brasil teria sido fruto deste processo histórico, deste passado colonial negativizado pelo discurso médico, onde “(...) *cobiça dos aventureiros e especuladores de toda casta cedo se desencadeou sobre o novo mundo, que foi procurado por uma turba multa de negociantes sem escrúpulo, ávidos de obterem grandes lucros e gozarem vida fácil, misturando-se com gentios e degredados.*”¹⁰⁴ Mas, Terra chama atenção que “(...) *ao lado desse rebotalho vieram mais tarde homens de grande valor moral e intelectual*”¹⁰⁵, como que para preservar o resultado de três séculos de colonização portuguesa no Brasil.

Se para o Brasil haviam imigrado aventureiros e degredados, a presença dos escravos e as condições sanitárias em que viviam pioravam este quadro, contribuindo para que a lepra se tornasse um problema relevante para as autoridades portuguesas já em fins do século XVI. No texto de Fernando Terra podemos notar uma pequena inversão, pois, se no final do século XIX, no cenário sanitário mundial, aos trópicos havia sido imputada a responsabilidade pelo ressurgimento da lepra, no discurso do médico brasileiro caberia aos colonizadores europeus a culpa por sua endemicidade quando da descoberta do Novo Mundo. Azevedo Lima também sustentava esta hipótese mais recorrente entre os médicos, que a lepra no Brasil se originava do colonizador português, pois, sendo a doença endêmica em Portugal, o governo viu-se obrigado a tomar medidas que protegessem a população sã contra o contágio, sendo muito plausível acreditar que “(...) *facilitassem aos doentes a imigração para o Brasil.*”¹⁰⁶ Da mesma forma havia ainda a hipótese em que franceses, holandeses e espanhóis eram responsabilizados pela entrada da lepra no Brasil, por se originarem de áreas endêmicas no século XVI. Segundo Souza Araújo, não seria estranho considerar que, no mesmo momento em que aumenta o intercâmbio comercial entre a América e a Europa, teria havido uma

¹⁰⁴ Id., ib., loc. cit.

¹⁰⁵ Id., ib., p. 36.

¹⁰⁶ LIMA, Azevedo. A lepra no Brasil In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 67.

diminuição do número de leprosos no velho continente.¹⁰⁷ Logo, no discurso dos maiores especialistas brasileiros em lepra, em contraposição ao indígena saudável e robusto, que vivia em condições excelentes de salubridade, havia se incorporado o colonizador europeu portador do bacilo da lepra, distanciado do ideal europeizante do branco civilizado que impregnou o ideário político e cultural brasileiro deste período.

Mas, o papel do estrangeiro como disseminador da lepra em território nacional não ficaria restrito à nossa história colonial. O médico Souza Araújo, em trabalho apresentado no 1º Congresso Médico Paulista, fez uma análise da recente introdução da lepra no Paraná, cuja frequência acometia de forma preponderante o colono europeu. Segundo o médico, o mais provável era que a lepra tenha chegado ao Paraná entre 1900 e 1910, através das grandes levas de imigrantes russos, porque “(...) *nos nossos portos não há a devida fiscalização, e, além disso, o velho mundo costuma exportar para a América do Sul milhares de indivíduos inválidos e outros portadores de moléstias infecciosas e parasitárias.*”¹⁰⁸ Tal como ocorreria na Europa, onde a lepra havia se convertido na doença do outro, dos nativos que viviam em condições insalubres nas áreas tropicais e dos colonos que viviam em condições de proximidade promíscua com tais populações, no Brasil a doença também teve sua origem identificada em outro povo, o imigrante europeu.

Sigaud, em sua obra *Du climat et dès maladies du Brésil*, também considerou a lepra uma doença importada, mas avaliava que sua disseminação no país deveu-se aos africanos. Médicos como Juliano Moreira e Flávio Maurano defendiam que a introdução da lepra no Brasil não poderia ser creditada aos negros africanos, já que ao chegar aos pontos de vendas eram expostos e cuidadosamente examinados e, dificilmente, poderiam ser negociados apresentando qualquer sinal de doença.¹⁰⁹ Segundo esta hipótese, teriam sido os portugueses e espanhóis os principais introdutores da lepra no Brasil, cabendo aos escravos o papel de

¹⁰⁷ SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 8.

¹⁰⁸ SOUZA ARAÚJO, Heráclides César. A profilaxia da lepra no Paraná In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 191.

¹⁰⁹ Cf. SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 9-15.

“vítima deste terrível mal”.¹¹⁰ Para o autor a lepra teria irrompido como uma epidemia veiculada pelos imigrantes europeus e nutrida pelas levas de escravos africanos, que adquiriam a doença dos portugueses e espanhóis.¹¹¹ Com a intensificação do tráfico, teria se avolumado na zona do litoral as afecções cutâneas, quando a lepra teria recebido grande atenção por parte das autoridades.¹¹² Azevedo Lima também considerava difícil esta hipótese já que os escravos eram escolhidos entre homens mais vigorosos e, dado seu valor econômico, haveria aqui um máximo cuidado na seleção desta mão-de-obra. Assumindo posição divergente, Souza Araújo discordava que o escravo africano não tivesse contribuído para introdução da lepra no Brasil. Segundo o autor, a alta incidência de lepra nas mais variadas regiões da África levaria a considerar que “(...) a maioria dos escravos negros trazidos para o Brasil era oriunda dessas regiões leprogênicas.”¹¹³ Mas, mesmo os autores que consideravam os escravos isentos da responsabilidade pelo ingresso da lepra no Brasil, avaliavam que:

*“Se aos negros não coube o papel de veicular para aqui o mal, não se pode, entretanto contestar que foram eles que prodigalizaram o meio para o seu desenvolvimento no país. No século XVII acentuou-se extraordinariamente o movimento de importação de gente no país, prevalecendo os indivíduos que se descuidavam dos mais rudimentares preceitos da higiene, e os negros concorreram neste particular para tornar calamitoso o estado sanitário das cidades do litoral.”*¹¹⁴

Assim, ainda que a matriz racial não tenha sido um aspecto relevante no discurso sobre a lepra, da mesma forma que o consenso em torno de sua origem bacilar tenha distanciado os debates sobre a doença da hereditariedade e miscigenação, a questão da civilização e da

¹¹⁰ MOREIRA, Juliano Apud SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 11.

¹¹¹ Id., ib., p. 12.

¹¹² TERRA, Fernando. Dermatologia no Brasil. Discurso de abertura do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia, realizado de 13 a 20 de outubro de 1918. *Boletim do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921. p. 2.

¹¹³ SOUZA ARAÚJO, 1946, p. 14.

¹¹⁴ TERRA, Fernando. Lepra no Rio de Janeiro. Seu aparecimento, frequência e formas In *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 23, n. 5, 1/02/1919, p. 35.

modernidade da nação brasileira levava os leprólogos a se posicionarem quanto a origem da lepra. Neste esforço de reflexão os médicos brasileiros concluem que, longe de constituir um caráter distintivo do meio físico ou de nosso povo, a lepra fora trazida pelo colonizador, viera da Europa e disseminara-se graças à escravidão, sendo um produto do empreendimento colonial.

A percepção da lepra como um perigo crescente foi fartamente documentada pelos médicos brasileiros ao longo do século XIX, mas somente na primeira década do século XX é que se estabelecem as primeiras medidas oficiais que tentavam conter o avanço da doença no país. O relatório de Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública, ao ministro da Justiça e Negócios Interiores, J. J. Seabra, corrobora este tipo de discurso ao afirmar que a lepra estava “(...) *alastrando-se pela cidade, fazendo um número sempre crescente de vítimas.*”¹¹⁵ A lepra já havia sido incluída entre as doenças de notificação compulsória no regulamento sanitário aprovado pelo decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904. Mas, o artigo assinado por Oswaldo Cruz ao jornal *O Imparcial*, em 3 de julho de 1913, foi considerado pelos contemporâneos como fator determinante para chamar atenção sobre a questão da lepra no Brasil. Devemos levar em consideração o significado de uma opinião de Oswaldo Cruz, um dos maiores cientistas brasileiros da época, nomeado Diretor-Geral de Saúde Pública em 1902 e responsável pelo combate à febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Neste artigo, Oswaldo Cruz colocava o problema da lepra dentre as grandes questões que preocupavam os higienistas, ao lado da tuberculose, sífilis e alcoolismo.

“A ‘lepra’, entre nós, está a merecer cuidados especiais. A ‘filha mais velha da Morte, como é cognominada no livro de Job, tem tomado aqui um incremento que está pedindo que se lhe anteponha paradeiro. Careceremos de dados estatísticos que nos possam orientar sobre a cifra real dos leprosos, que vivem em nossa cidade e daqueles que se encontram nos estados do Brasil. Em alguns destes, cidades há que

¹¹⁵ CRUZ, Oswaldo Gonçalves. Relatório apresentado ao Exmo. Snr Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Disponível em <http://www2.prossiga.br/ocruz/>. Acesso 12 outubro 2006/

*são verdadeiras gafarias: rara é a família que não tenha pago doloroso tributo à horrível moléstia.*¹¹⁶

Esta preocupação crescente em relação à lepra fez parte da conjuntura do final do século XIX, apontada por Adolfo Lutz no artigo *Leprofobia*, publicado na *Revista Médica* de São Paulo, em 15 de outubro de 1898. Lutz denominava leprofobia fenômeno similar à sífilofobia, onde o paciente com inclinação hipocondríaca manifestava medo infundado de contrair a doença. O médico identificava nas descrições da imprensa, especialmente dos jornais sensacionalistas, a origem deste problema; além da crença exagerada no contágio da lepra, a hipótese não comprovada de sua longa incubação e o desconhecimento sobre a forma e o período em que ocorriam as primeiras manifestações da doença.¹¹⁷ Esta opinião de Lutz estava apoiada em sua teoria da baixa contagiosidade da lepra, defensor que era da hipótese de transmissão culicidiana da doença, opinião partilhada por poucos médicos no país. Foi em torno da hipótese contagionista que se formulou, no Brasil e no restante do mundo, um discurso que reforçava este crescente alarmismo e que ressaltava o risco de uma pandemia leprosa.

No Brasil, os especialistas na doença formulariam um discurso em que a lepra também seria modelada como um sério problema sanitário. Ao mesmo tempo em que reconhecia sua alta prevalência, a medicina brasileira produziria uma reflexão singular em que distinguiu o país dos territórios coloniais e dos países tropicais onde a doença atingira níveis alarmantes. Belisário Penna fornece um excelente exemplo deste tipo de argumentação que buscava um lugar particular para o Brasil dentre os países onde a doença era prevalente, ao afirmar que a lepra “*não é doença dos países civilizados, nem dos selvagens. Entre os selvagens não há lepra. Ela é característica e simbólica dos países em estado de semi-civilização.*”¹¹⁸ Emílio Ribas também chamava atenção para a crescente frequência da lepra e a necessidade de combater “*(..) um mal que preocupa todos os povos cultos e, principalmente, os países novos*

¹¹⁶ CRUZ, Oswaldo Gonçalves. Uma questão de higiene social Apud SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 117-8.

¹¹⁷ LUTZ, Adolfo. Leprofobia In BENCHIMOL; SÁ, 2004, p. 467-9.

¹¹⁸ PENNA, Belisário. O problema da lepra no Brasil In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 417.

como o Brasil, que precisam criar uma população forte e carecem do concurso do estrangeiro para o seu progresso.”¹¹⁹ Da mesma forma o médico Campos Seabra analisava a questão da lepra no país, no trabalho apresentado no 1º Congresso Médico Paulista, em 1916. Segundo o médico, pelos notáveis avanços verificados no plano da higiene internacional, o Brasil havia conquistado uma posição de destaque entre as ‘nações cultas’. As campanhas contra a febre amarela, o impaludismo, a peste bubônica, a varíola e o tifo atestavam a existência de uma escola de moléstias tropicais:

*“País novo, como é o Brasil, carecendo de impulso do capital estrangeiro para o seu desenvolvimento, não pode inspirar confiança, si os seus próprios concidadãos, permitindo que reine em seu território uma moléstia deformante e eminentemente contagiosa, mantendo-se inativos, sem meios de atenuá-la ou extingui-la, sendo esta moléstia perfeitamente evitável.”*¹²⁰

Havia a clara necessidade de conciliar o tom alarmante de seus discursos, na demanda por uma política de controle da lepra de âmbito nacional, ao debate estabelecido pela intelectualidade brasileira sobre a possibilidade de se constituir como nação civilizada nos trópicos. Os trabalhos sobre a doença se colocariam neste tênue equilíbrio em que alertava para o fato do Brasil figurar ao lado da Colômbia, considerado “(...) o país mais leproso do mundo” e, ao mesmo tempo, avaliar que seria na adoção de medidas profiláticas contra a lepra que o país se qualificaria como uma nação culta. Oswaldo Cruz fazia esta distinção em seu artigo de 1913, no jornal *O Imparcial*, ao ponderar que a “(...) falta de profilaxia específica não é o bastante para que fiquemos à moda muçulmana: braços cruzados diante do flagelo que, aos poucos, se expande e se alastra.”¹²¹ Carlos Chagas, em seu discurso de abertura da Conferência Americana da Lepra, em 1922, considera o problema da lepra o de maior relevância do mundo civilizado. Segundo o médico, não importava:

¹¹⁹ RIBAS, Emílio. A lepra – sua freqüência no estado de São Paulo – meios profiláticos aconselháveis, pelo Dr. Emílio Ribas In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 161.

¹²⁰ SEABRA, Campos. A profilaxia da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 185.

¹²¹ CRUZ, Oswaldo. Uma questão de higiene In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 7.

*“(...) máxime considerado o continente americano e nele as nações que entre si se comunicam sem as demoradas travessias marítimas; não importa aí, ao zelo das administrações sanitárias, o predomínio da lepra em determinados países e a sua menor freqüência nos outros.”*¹²²

Chagas considerava que o problema da lepra não deveria ser tratado de forma restrita às fronteiras entre os diferentes países. A doença tornara-se uma questão que exigia a adoção de medidas sanitárias internacionais, que não apenas conteria o seu avanço nos países onde sua ocorrência era endêmica, mas impediria a sua invasão nos países indenes. Caberia a todos as nações cultas, citando como exemplo os Estados Unidos, a responsabilidade pela realização de estudos e pesquisas para solução das incógnitas que ainda existiam sobre múltiplos aspectos da doença, além da adoção das medidas profiláticas decisivas na campanha contra a lepra.

Este discurso de Carlos Chagas nos dá dimensão de uma clara mudança de orientação que se percebe na discussão sobre a lepra no Brasil, a partir da década de 1920, especialmente no que concerne à elaboração de uma fala autorizada pelos médicos que, em tom inquietante, alertavam para a ameaça iminente que a doença significava para o futuro da nação. A lepra fora estabelecida como um *'flagelo nacional'*, o país como uma *'nação de leprosos'* e aos médicos caberia o papel de *“(...) salvar o Estado e a pátria com a indicação da profilaxia do mal de S. Lázaro.”*¹²³ Conforme analisamos, este tipo de discurso pode ser identificado ainda no final do século XIX, tendo sido reforçado pela conjuntura histórica da maior visibilidade conquistada pela lepra e o retorno da doença, o que conferiu grande dramaticidade às discussões sobre a necessidade dos governos interferirem com mais severidade na contenção de sua disseminação. Logo, os médicos no Brasil também estiveram imbuídos por este matiz discursivo, onde as hipóteses mais modernas sobre a baixa contagiosidade da lepra não se

¹²² CHAGAS, Carlos. Discurso pronunciado na sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra pelo Dr. Carlos Chagas, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 8 de outubro de 1922 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 366.

¹²³ JORNAL DO COMÉRCIO, São Paulo, 3 de dezembro de 1917 Apud Souza Araújo, 1956, p. 210.

mostravam suficientes para conter o pleito por medidas de maior rigor no isolamento dos doentes, reconhecidos como principal fonte de contágio.

Consideramos que, na década de 1920, este discurso, ainda que mantivesse alguns dos elementos da dramaturgia que conferira à lepra o status de *'ameaça à civilização'* ou de *'flagelo nacional'*, trazia uma nova questão. Este novo elemento foi sublinhado por Carlos Chagas, em seu discurso inaugural na Conferência Americana da Lepra, ao afirmar “(...) *que no Brasil já despertamos, para honra de nossa cultura, de uma letargia criminosa em que longo tempo permanecemos, descuidados de um dos aspectos mais relevantes da administração sanitária nacional.*”¹²⁴ Logo, se a *'retórica do exagero'*¹²⁵ havia sido a tática política adotada pelos médicos brasileiros para tornar o Estado partícipe na luta contra lepra, a conjuntura da década de 1920, especialmente com a criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde Pública, impunha a necessidade de revê-la.¹²⁶ A reforma empreendida por Carlos Chagas à frente do Departamento Nacional de Saúde Pública, não apenas criou a Inspeção, cuja direção ficou à cargo do médico Eduardo Rabello, como formulou a primeira política nacional de controle da lepra.

Assim, podemos constatar que a criação da Inspeção provocaria uma cisão no meio médico, cujo discurso até aquele momento, de forma coesa, reivindicara que o Estado assumisse o combate à lepra. Para tanto, os especialistas formularam um enunciado em que a lepra se instituiu como uma doença estrangeira, cuja endemicidade no Brasil assumira níveis alarmantes, constituindo-se numa ameaça à jovem nação. No entanto, será ainda durante a década de 1910 que encontraremos os elementos que nos ajudarão compreender a batalha travada pelos leprólogos para definir o lugar da lepra entre as endemias nacionais, que se

¹²⁴ CHAGAS, Carlos. Discurso pronunciado na sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra pelo Dr. Carlos Chagas, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 8 de outubro de 1922 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 367.

¹²⁵ Diana Obregón utiliza o termo *'retórica do exagero'* para denominar a estratégia do exacerbar os perigos da lepra utilizada pelos médicos colombianos para medicalizar a doença. Cf. OBREGÓN, 2002, p. 180-4.

¹²⁶ Decreto nº 3.987, de 20 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 1-6, 1921.

tornaram o centro de um intenso debate sobre o papel do Estado e as políticas de saúde. Por outro lado, é igualmente importante analisarmos como esta batalha, travada em torno da demanda pela montagem de um aparato burocrático para o combate da doença, impôs que o discurso dos especialistas produzisse informações alarmantes, ao mesmo tempo em que o seu conteúdo definiria os limites da formulação de uma política nacional sob o comando do Estado.

3.4 O lugar da lepra entre as endemias nacionais

“Porque medidas tão complexas para combater a lepra? Para responder devidamente torna-se mister algo dizer sobre seu agente bacilar, a sua transmissibilidade e o contágio. São notas etiológicas indispensáveis à boa compreensão dessa profilaxia, ímpar até agora em Higiene.”¹²⁷

(Alfredo Augusto da Matta)

O médico Campos Seabra, em seu trabalho apresentado ao 1º Congresso Médico Paulista, em 1916, alertava para o grave problema sanitário em que a lepra havia se convertido no Brasil. O médico apresentava um pequeno panorama da doença na Europa e defendia o isolamento como a base da moderna profilaxia da lepra, não só pelo seu aspecto econômico e moral, mas também pelo papel destacado que o Brasil alcançara na questão da higiene internacional. Segundo o médico, este crédito científico que o país conquistara entre as nações cultas era proveniente da luta empreendida contra doenças como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola, o tifo e o impaludismo. Campos Seabra reivindicava, aos governos, que

¹²⁷ MATTA, Alfredo Augusto. A profilaxia da lepra. 4º Congresso Sul-Americano de Higiene, microbiologia e patologia. *Anais da Academia Nacional de Medicina*. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1932. p. 393.

colocassem em prática medidas de combate à lepra, resguardando o país das críticas vexatórias, e aos médicos, solicitava que tomassem “(...) *sob sua égide a causa da profilaxia, alvitando aos poderes públicos o caminho mais seguro para o extermínio deste flagelo que nos humilha aos olhos do povo culto.*”¹²⁸ A questão colocada por Campos Seabra, em consonância com o discurso em que a doença assumira o status de ‘*flagelo nacional*’, seria a de reclamar um lugar para lepra entre as endemias nacionais, o que significava que a sua profilaxia seria convertida em política pública dirigida pelo Estado brasileiro. A constância desta questão no discurso médico deste período evidencia uma batalha discursiva em que especialistas na doença cobram maior atenção ao seu objeto de estudo e, para tanto, superdimensionam as conseqüências materiais da disseminação da lepra na sociedade.

Um dos aspectos deste discurso que devemos levar em conta é que a presença da lepra funcionava como um elemento que permitia definir e classificar a sociedade brasileira segundo os critérios e o significado que lhe foram conferidos pelo seu ‘*ressurgimento*’ no mundo colonial, no final do século XIX. A lepra estava investida de conteúdos que serviam como indicadores para o enquadramento dos países onde se apresentava endemicamente numa escala de civilização e progresso, evidenciando aspectos políticos e simbólicos da relação saúde e doença neste período. Mais do que a presença da lepra, o discurso médico brasileiro tornaria a resposta produzida por cada governo e a implementação de medidas de controle, especialmente as assentadas nas conclusões das conferências internacionais sobre a doença, como elementos que permitiriam reforçar ou minimizar o conteúdo expresso por sua endemicidade. Podemos tomar como exemplo o trabalho em que o médico Mário Mourão apresentou no 1º Congresso Médico Paulista, ocorrido em 1916, onde alertava que a história da medicina registrava a ocorrência de pequenos e grandes focos de lepra, sendo a luta contra o contágio o que balizava os países acometidos pela doença como nações cultas e civilizadas. Mourão dava como exemplo de atitudes distintas a Noruega, que havia dado uma lição no estabelecimento de um modelo profilático que se tornara referência mundial, e a China, que

¹²⁸ SEABRA, Carlos Alberto Campos. A profilaxia da lepra in SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 186.

qualificava de “*país misterioso e inculto*”, um imenso reservatório de lepra e que se distinguiu pela extrema carência de qualquer medida sanitária para o seu controle.

As negociações envolvendo as definições e as respostas coletivas para doenças são complexas e multifacetadas¹²⁹, inúmeros fatores concorrem para que um fenômeno patológico – individual ou coletivo – seja reconhecido como um problema social e assumido como uma questão de saúde pública. No caso da lepra, como em qualquer outra doença, a formulação de políticas de controle não poderia deixar de considerar suas características biológicas, sua patogenia e o conhecimento médico disponível. O modelo cognitivo sobre a lepra definira-a como uma moléstia contagiosa e crônica, cuja lenta evolução dispunha de reduzidas opções terapêuticas, noções que estruturariam os elementos constitutivos das medidas profiláticas que seriam adotadas pelas autoridades governamentais. Para compreendermos a dimensão do significado que a lepra assumiria na sociedade brasileira é fundamental que levemos em consideração estas diferentes variáveis, como também os recursos investidos – científicos, políticos e simbólicos - para garantir seu lugar como um problema sanitário, em contraposição a outras doenças que também assolavam a população brasileira neste período. Do mesmo modo, devemos compreender que o modelo de combate à lepra que seria elaborado no Brasil foi também fruto de um momento histórico específico e, para tanto, é importante perceber o papel que a saúde pública assumiria nas duas primeiras décadas do século XX e a formação do movimento que ficaria conhecido pela historiografia como ‘*movimento sanitarista*’ e sua relação com a lepra.

O final do século XIX foi o momento em que a lepra tornou-se uma ‘questão sanitária’, um problema que mobilizava tanto as nações européias como os países americanos no estabelecimento de medidas eficazes que contivessem o pânico que acompanhava o reconhecimento do crescimento de casos nas regiões coloniais e o temor crescente de sua disseminação fora destas áreas. As experiências nacionais com a lepra variaram em função de

¹²⁹ ROSEMBERG, 1992, p. XXI.

inúmeros fatores, mas podemos considerar que na última década do século XIX, quando seu conceito como uma doença bacilar e contagiosa já estava estabelecido pela medicina, a idéia do risco epidêmico assumiu grandes proporções, o que impunha que os governos tomassem para si a tarefa de controlar a doença nas áreas endêmicas e impedir sua penetração nos países indenes.

Doença cuja patogenia era ainda mal conhecida, de terapêutica inespecífica, a profilaxia da lepra assentava-se na segregação social dos leprosos, única fonte conhecida do bacilo. Esta questão constou das resoluções finais das conferências internacionais sobre a lepra, que ocorriam desde 1897, que se constituiriam na base de um movimento internacional que defendia a organização de leprosários e a aprovação de legislação especial que permitisse a adoção de inúmeras outras medidas consideradas necessárias ao combate à doença, como a regulação do casamento, do trabalho ou da família dos doentes. Data, portanto, do final do século XIX, a adoção por numerosos países de legislação que aprovava o isolamento dos leprosos como a principal medida profilática para o controle da doença, adaptada a cada realidade nacional.¹³⁰

O estabelecimento de uma doença como prioritária para a formulação de políticas públicas envolve muitos fatores, como o próprio lugar que a questão da saúde pública ocupa na agenda política de cada Estado. No caso brasileiro, o início do século XIX esteve marcado pela inépcia da atuação do Império em responder as pressões advindas de um quadro onde a população livre e pobre sofria a ação devastadora das doenças endêmicas e epidêmicas,

¹³⁰ Sobre a aprovação de medidas de segregação de leprosos a partir do final do século XIX em inúmeros países ver OBREGÓN, 2002, p. 154-5. Nos Estados Unidos, por exemplo, a lepra foi a “(...) primeira enfermidade a ser nacionalizada e submetida aos serviços federais, devido à dificuldade explícita (e falta de vontade) dos estados em agir para isolar e tratar os enfermos. Cf. HOCHMAN, 1998. p. 154 (nota). Nos Estados Unidos foi criada a National Leprosarium at Carville, no estado de Louisiana, que se destinava a segregar os leprosos e constituiu-se não só num modelo de leprosaria, como também num importante centro de pesquisas. Em Carville, em 1940, o médico norte-americano Guy Faget introduziria a sulfona (Promin) no tratamento da lepra, a primeira droga que mostrou ação efetiva em sua terapêutica. Ver WHITE, Cassandra. Carville and Curupaiti: experiences of confinement and community. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., 2003. p. 123-141.

especialmente nos centros urbanos.¹³¹ A situação sanitária do Rio de Janeiro no início do século XX era precária, a capital da nascente República era ainda uma cidade cujos traçados urbanos remetia ao seu passado colonial. Cidade de ruas estreitas e sujas, repleta de cortiços e habitações coletivas onde se concentravam a população pobre, era freqüentemente colhida por toda sorte de ‘febres’ e surtos epidêmicos recorrentes de doenças como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. As condições higiênicas da cidade do Rio de Janeiro fornecem-nos um quadro da precariedade da questão sanitária e os estreitos limites da ação do poder público no Brasil no início do século XX, onde a maioria da população não estava imune às doenças transmissíveis, que representavam também um grande desafio à estrutura econômica do país.

Segundo Hochman, ao longo da Primeira República, os problemas de saúde foram, de maneira crescente, identificados como um problema coletivo, especialmente as epidemias, o que inviabilizava a adoção de medidas isoladas por municípios e estados da federação. Entre as elites brasileiras construiu-se uma consciência sobre os efeitos negativos gerados pelas condições sanitárias do país e sobre a precariedade da saúde da população, o que produziu um debate e a proposição de um rearranjo em que o poder público redefinisse seu papel na administração da questão sanitária. “(...) *para transformar uma comunidade fundada nos efeitos negativos da transmissibilidade da doença em uma sociabilidade assentada na saúde e na higiene de sua população.*”¹³² Esta consciência da interdependência, que tornara a doença um dos principais elos da sociedade brasileira, colocava em questão seus efeitos negativos sobre a sociedade e os limites da ação do Estado para solução destes problemas.

O movimento pela reforma da saúde pública na Primeira República deve ser compreendido como resultado de um sentimento de pertencimento a uma comunidade

¹³¹ Sobre as limitações da monarquia brasileira no campo da saúde pública ver CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina Rodrigues de. *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003. p. 19-24.

¹³² HOCHMAN, 1998, p. 19-46. O autor argumenta que os processos de industrialização, urbanização e crescimento populacional tinham constituído uma sociedade na qual um dos elos principais seria a doença, em especial quando se apresentava à sociedade de forma epidêmica. A percepção da doença como uma ameaça coletiva e da ineficácia de resultados pautados em ações individuais e locais estiveram relacionados à idéia de interdependência social, elemento constitutivo na construção do Estado-nação. Cf. Id., ib., p. 50-9.

nacional, que produziu um intenso debate que caracterizaria o Brasil pela onipresença de doenças endêmicas, em contrapartida à ausência de poder público. Se a ameaça da doença epidêmica apresentava-se como um fenômeno fundamentalmente social, caberia uma revisão do arranjo institucional vigente que estabelecia limites para a ação da União sob o pacto federativo definido pela Constituição de 1891.¹³³ Castro Santos considera esta uma particularidade histórica do movimento de saúde pública brasileiro que, além de constituir um elemento importante do processo de construção nacional, teve sua origem em grupos de interesse atrelados aos centros de poder nacional e regional, ou dos próprios aparelhos de Estado, mas não da pressão popular.¹³⁴

De forma geral, a historiografia identifica duas fases distintas no movimento sanitarista, o primeiro período corresponderia à primeira década do século XX, marcado pela gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde, cuja ação esteve bastante restrita ao Distrito Federal e aos portos. Esta fase pode ser caracterizada pela ação centrada no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e no combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola. O segundo período, durante as décadas de 1910 e 1920, enfatizou o saneamento dos 'sertões', em especial o combate a três endemias rurais: ancilostomíase, malária e a doença de Chagas.¹³⁵

Em sua primeira fase o movimento sanitarista elegeu a questão sanitária da capital federal e a higiene dos portos como prioridade, o que mobilizou não apenas a drástica intervenção que seria promovida no Rio de Janeiro, como também as campanhas contra a febre amarela e a peste bubônica. Foi a partir desta conjuntura sanitária e da pressão das epidemias na capital federal que, entre 1902 e 1904, o governo federal expandiu suas competências na área de saúde pública, com a unificação dos serviços sanitários do Distrito Federal, a criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e a aprovação do Regulamento

¹³³ Id., ib., p. 47-87.

¹³⁴ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 29-33. Ver também HOCHMAN, 1998, p. 93.

¹³⁵ Id., ib., p. 59-62.

Sanitário.¹³⁶ Porém, este período não teve o mesmo ímpeto centralizador que se verificaria na década de 1920, quando o quadro epidemiológico se agravou com a gripe espanhola que atingiu a capital federal e, particularmente, com a dimensão ideológica que ganharia o tema saúde.¹³⁷ Além disto, esta ainda é uma época em que a consciência da interdependência sanitária estava pouco difundida socialmente, o que significava limites à ação do governo federal na defesa da saúde pública, “(...) *a ponto de impedir uma ampla atuação dos serviços federais sanitários nos estados.*”¹³⁸ Pelo pacto federativo, expresso na Constituição de 1891, caberia aos estados a saúde da população e ao governo federal competia, basicamente, “(...) *as ações de saúde no Distrito federal (DF), a vigilância sanitária dos portos e a assistência aos estados em casos previstos e regulados constitucionalmente.*”¹³⁹

Por ocasião destas primeiras medidas de extensão do poder do governo federal sobre a saúde pública é que se verificou a admissão da lepra no quadro das doenças transmissíveis que afetavam a população brasileira. A lepra foi circunscrita como um ‘*problema sanitário*’ ao ser incluída como moléstia de notificação compulsória pelo Regulamento Sanitário de 1902, ao lado do tifo, cólera, febre amarela, peste, varíola, difteria, febre tifóide e da ‘tuberculose aberta’. A omissão na notificação de quaisquer dessas moléstias sujeitava a pessoa aos rigores do Código Penal, podendo sofrer penalidades que iam desde o pagamento de multas até a prisão.¹⁴⁰ A reforma sanitária aprovada em 1904, durante a gestão de Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, ratificou a lepra entre as doenças de notificação compulsória, apesar de estabelecer que a cólera, a febre amarela e a peste seriam as únicas moléstias infecciosas que determinavam a aplicação de medidas sanitárias permanentes. No caso das outras doenças transmissíveis, como a lepra, somente excepcionalmente daria lugar à

¹³⁶ Id., ib., p. 96-7; BENCHIMOL, 1992, p. 294-8; COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Abrasco, Vozes, 1985. p. 44-51.

¹³⁷ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 28.

¹³⁸ HOCHMAN, 1998, p. 101.

¹³⁹ Id., ib., p. 96.

¹⁴⁰ COSTA, 1985, p. 50.

imposição de medidas de precaução.¹⁴¹ Logo, o governo federal, ao regular os serviços sanitários a seu cargo, estabelecia que era sua prioridade o combate às três doenças que ciclicamente assolavam a capital da República e fizera sua fama de cidade pestilenta: cólera, febre amarela e peste.

Este lugar conferido à lepra na legislação sanitária, onde a notificação compulsória da doença não se fazia acompanhar por qualquer medida profilática especial, mas apenas o isolamento domiciliar parcial, tal como na tuberculose, não passaria despercebido aos leprólogos. O médico José Mendes Tavares, chefe do serviço clínico do Hospital dos Lázarus, observa que a inclusão da lepra no regulamento sanitário de 1904 se deu somente após uma discussão suscitada por ele na Academia Nacional de Medicina. Por ocasião do 3º Congresso Científico Latino Americano, realizado no Rio de Janeiro em 1905, seria aprovada a moção proposta pelo próprio Mendes Tavares que as nações interessadas adotassem providências no sentido de impedir que leproso de uma passasse para outra, “(...) *salvo casos especiais, previstos e reputados em convênio internacional.*”¹⁴² Assim, ainda que a lepra ganhasse espaço cada vez maior nos congressos médicos brasileiros e latino-americanos, em consonância ao movimento mundial pela adoção de legislação sanitária nos países onde a doença era endêmica, seu combate não fora ainda abraçado pelo governo brasileiro como uma questão sanitária prioritária, que exigisse medidas permanentes de ação.

O problema que se coloca por ocasião desta primeira fase do movimento sanitário foi, não só a definição de seus limites na área urbana, como também quais doenças teriam precedência na intervenção sanitária do governo. Esta é uma discussão bastante recorrente na historiografia, mas, de forma geral, considera-se que as epidemias de cólera, febre amarela e peste bubônica eram as que mais prejuízos traziam à cidade do Rio de Janeiro, comprometendo seriamente sua estrutura comercial e produtiva. Além dos fatores econômicos,

¹⁴¹ Decreto nº 5.156, de 08 de março de 1904. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da união. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 205-301, 1907. (Art. 42).

¹⁴² TAVARES, José Mendes. Transmissibilidade da lepra e medidas de profilaxia tendentes a evitar a propagação do mal In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 160.

devemos considerar também a questão simbólica que permeava a primazia destas doenças dentre outras, como a lepra ou a tuberculose. Sem contar o caráter epidêmico destas doenças, cujo impacto social conferia-lhes grande visibilidade, havia o reconhecimento por parte das autoridades governamentais, dos médicos e da sociedade de que sua recorrência afetava o ideal de progresso projetado para o país. Civilidade e modernidade, bases do desenvolvimento material pretendido, tinham seu sentido fundamentado na erradicação das doenças epidêmicas e na instauração de uma nova ordem urbana, o que significava o saneamento da cidade-capital. Logo, febre amarela, cólera e peste bubônica constituíram-se em fatores unificantes de certa identidade do espaço urbano e da sociedade, que instaurava uma imagem de si incompatível com o ideal projetado de uma nação civilizada. Estas doenças integravam uma rede de significações que esboçava valores, sentidos e determinava padrões do que seria essencial para vida em comunidade.¹⁴³

Autores com Hochman e Castro Santos, consideram também outras variáveis para o estabelecimento de políticas de saúde na Primeira República, além das motivações advindas dos interesses econômicos que afetavam as relações comerciais e a expansão do capitalismo. Castro Santos destaca que o movimento pela saúde pública esteve norteadado pelo pensamento nacionalista, particularmente no período pós Primeira Guerra Mundial, identificando duas correntes distintas. Na primeira estavam os intelectuais que defendiam um projeto de modernização cuja matriz eram as cidades brasileiras, para quem somente o crescimento e progresso do espaço urbano seria capaz de inserir o país dentre as nações civilizadas. Para este grupo a questão da imigração assumia uma grande relevância, a modernidade significava também a europeização de costumes e o embranquecimento de nossa raça, marcada pelos efeitos nocivos da miscigenação. Na segunda corrente estavam engajados intelectuais que se voltaram para o interior do país, onde estariam as raízes de nossa nacionalidade, cujo projeto de modernização pressupunha a inclusão e recuperação do sertão e do sertanejo.¹⁴⁴ Logo, o

¹⁴³ CASTORIADIS, 1982, p.180.

¹⁴⁴ CASTRO SANTOS, 1985, p. 194-8. Nara Britto e Nísia Trindade Lima consideram que, no caso específico da Liga Pró-Saneamento do Brasil, que seria criada em 1918 por iniciativa de Belisário Penna, a recuperação dos

movimento pela saúde pública no Brasil foi norteado por este ideário nacionalista de construção e salvação do Brasil, a politização desta questão permitiria que o Estado assumisse a formulação e execução de políticas nacionais de saúde.¹⁴⁵ Para tanto o governo federal armou-se de um aparato legal e administrativo que possibilitaria o crescimento da ação do Estado na área de saúde e saneamento, fornecendo-lhe instrumentos para implementação de políticas em todo território nacional.”¹⁴⁶

Vimos que a lepra era uma doença que, apesar de estar dentre as moléstias de notificação compulsória, não era objeto de nenhuma política específica e, segundo o regulamento sanitário de 1904, para a qual apenas excepcionalmente se estabeleceriam medidas de prevenção. E, ainda assim, aos leprosos aplicava-se o isolamento domiciliar parcial, ao contrário das decisões apontadas em congressos médicos internacionais e nacionais em que o tema ganhava destaque. Logo, podemos concluir que a lepra não esteve entre as prioridades estabelecidas pelo governo federal na primeira década do século XX, e para isto podemos considerar a questão sob dois aspectos. Em primeiro lugar, ao analisarmos o problema da lepra na conjuntura do movimento sanitarista em sua primeira fase, podemos perceber que não houve um reconhecimento das autoridades sanitárias ou governamentais de que a doença seria um perigo sanitário que exigisse a adoção de medidas imperativas. A política de saúde formulada circunscreveu seu objeto às doenças que se transformaram no arquétipo da cidade pestilenta em que o Rio de Janeiro fora convertido pelos constantes surtos epidêmicos e seus elevados óbitos. O Brasil tinha grandes premências no campo sanitário, mas a importância desta primeira década do século XX deve ser dimensionada como o momento em que a saúde foi incluída na agenda sanitária do país, o que se deu através das epidemias que ciclicamente irrompiam na cidade do Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, o governo federal

sertões não significava apenas a o resgate das raízes de nossa nacionalidade. A Liga via nos sertões a base de uma nova ordem social, onde a ciência desempenharia um papel determinante no resgate do interior, especialmente a higiene. Cf. BRITTO, Nara; LIMA, Nísia Trindade. Saúde e nação: a proposta do saneamento rural. *Estudos de História e Saúde*, Rio de Janeiro, 1991, mimeo.

¹⁴⁵ CASTRO SANTOS, 1985, p. 194-5.

¹⁴⁶ HOCHMAN, 1998, p. 22.

se constituía como uma autoridade pública na gestão da saúde e estabelecia as bases administrativas que possibilitariam uma crescente intervenção no território nacional e a redefinição de responsabilidades entre a União e os estados da federação.

Por outro lado, não podemos deixar de considerar que as características intrínsecas à lepra contribuiriam igualmente para definir sua não inclusão dentre as doenças a serem combatidas neste primeiro momento. Sabemos que a lepra era uma doença crônica, considerada incurável pela grande maioria dos médicos, seu modo de transmissão e tratamento específico eram ainda grandes incógnitas. O isolamento se constituía na única medida profilática segura recomendada pela medicina, o que exigia uma grande inversão de recursos humanos e materiais para sua execução, uma sólida base legal e administrativa, sem contar ainda que esta discussão mobilizava médicos de diferentes orientações científicas que advogavam limites distintos para sua adoção no Brasil. Outro fator a ser avaliado, conforme tratamos anteriormente, é que este foi o período em que a etiologia bacilar da lepra enfrentava seu processo de consolidação e legitimação como a única hipótese a ser considerada cientificamente. A natureza contagiosa da lepra, amplamente questionada nas décadas finais do século XIX, convertera-se num paradigma científico partilhado pela comunidade médica brasileira e tornara-se a base dos trabalhos que procuravam elucidar as muitas incertezas que ainda envolviam sua transmissibilidade, fase em que as pesquisas sobre a lepra entrariam no período de '*ciência normal*'.¹⁴⁷ Logo, a lepra era um mal incurável cuja prevenção e tratamento exigiam esforços que estavam além daqueles mobilizados para o combate às doenças epidêmicas. A doença impunha a montagem de um aparato médico cujo modelo era bastante distinto do utilizado na campanha contra a febre amarela e a peste bubônica, que poderiam ser desmobilizados findo o risco epidêmico.

¹⁴⁷ Segundo Thomas Kuhn, por ciência normal podemos considerar o momento de acumulação de conhecimentos, que objetiva a ampliação permanente do aporte e da precisão do conhecimento científico, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de teoria, tendo por princípio um conjunto de leis já determinadas – paradigma - com uma visão de mundo e práticas científicas determinadas. Cf. KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975. p. 29-42.

Seria na década de 1910 que a lepra se converteria num problema sanitário relevante, assumido no discurso médico como uma das grandes máculas da jovem nação brasileira. Os médicos-historiadores que trataram da história da lepra no Brasil apontam unanimemente o artigo de Oswaldo Cruz no jornal *O Imparcial*, em 1913, onde o médico alertava para a gravidade que o problema assumia no país, como o fato que teria suscitado a atenção de todas as sociedades médicas do Rio de Janeiro, o que foi determinante para a criação da Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1915. Sem dúvida, a autoridade científica de que estava investido Oswaldo Cruz conferia-lhe um grande espaço junto à comunidade médica, ao governo e à população para advogar pela causa da lepra no país. Na verdade, Oswaldo Cruz já havia prestado grandes serviços na defesa da adoção de medidas profiláticas contra a lepra, não só por sua inclusão no regulamento sanitário de 1904, mas também por destacar o risco crescente da doença em seu relatório ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, a quem competia a questão da saúde pública, em 1904.¹⁴⁸

Não podemos esquecer também que São Paulo, estado considerado ao lado de Minas Gerais o que concentrava a maior frequência de casos de lepra, já havia comissionado, em 1913, o médico Emílio Ribas para estudar os métodos de profilaxia da doença. Ribas era diretor do Serviço Sanitário, havia se projetado como um grande nome da medicina experimental e se notabilizado à frente do cargo no combate à febre amarela e à peste bubônica em São Paulo.¹⁴⁹ Como chefe da comissão estabelecida pelo governo paulista Ribas viajou à Europa e aos Estados Unidos para acompanhar os modernos estudos e terapêuticas

¹⁴⁸ Cf. RELATORIO acerca da moléstia reinante em Santos apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro da Justiça e Negócios Exteriores. In: OSWALDO, Gonçalves Cruz: Opera omnia. [Rio de Janeiro: Impr. Brasileira], 1972. 747p. p.323-349. Disponível em <http://www2.prossiga.br/ocruz/asp/SaidaCat.asp?cod=39&id=port> /Acesso 2 novembro 2006/

¹⁴⁹ Sobre Emílio Ribas e a medicina experimental em São Paulo ver ALMEIDA, Marta. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*. Bragança Paulista, Editora da Universidade São Francisco, 2003.

sobre a doença, tendo também determinado, em 1912, um inquérito epidemiológico dos leprosos do estado, a cargo do médico Enjolras Vampré.¹⁵⁰

Sem dúvida, a Comissão de Profilaxia da Lepra, constituída em 1915, marcou um importante momento na história da construção das políticas públicas para a doença no Brasil. No entanto, ainda que consideremos que o combate à lepra deva ser analisado em consonância ao movimento sanitarista, que deflagraria em sua segunda fase a campanha pelo saneamento rural e a bandeira de defesa por uma maior centralização dos serviços de saúde, é importante considerarmos que outros elementos foram mobilizados na demanda por maior atenção do Estado na profilaxia da lepra. É necessário analisarmos como se formulou o movimento pelo saneamento dos sertões, que impacto teria tido no discurso que instituíra a lepra como um ‘*flagelo nacional*’ e, finalmente, que lugar ocuparia a doença no movimento pró-saneamento rural.

A origem da reorientação do movimento brasileiro de saúde pública foi definida por Castro Santos pela publicação do relatório Neiva-Penna, em 1916, quando a sua fase urbana seria superada e a defesa do saneamento rural se tornaria a grande bandeira. Segundo o autor, o interior já havia sido descoberto pelas elites brasileiras através da obra *Os Sertões*, de Euclides da Cunha, impondo que a construção da nacionalidade incorporasse uma população isolada e atrasada.¹⁵¹ O impacto desta descoberta marcaria profundamente o pensamento social brasileiro, as viagens científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil forneceriam um retrato sem retoque de uma população doente e improdutiva, totalmente abandonada pelo poder público, que teve no Jeca Tatu, de Monteiro Lobato, sua maior encarnação.¹⁵² As

¹⁵⁰ MONTEIRO, Yara Nogueira, 1995, p. 137 e SOUZA ARAÚJO. Combate à lepra no Brasil. Balanço de 40 anos de atividades. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 58, n. 17/18, 22 e 29/04/1944. p. 158-75.

¹⁵¹ CASTRO SANTOS, 1985, p. 196-8.

¹⁵² Entre 1908 e 1922 o Instituto Oswaldo Cruz realizou nove expedições aos ‘sertões’ do Brasil. Sobre estas ‘missões civilizatórias’ e as diferentes representações dos sertões ver LIMA, Nísia Trindade. Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.5, p.163-193. Sobre o Jeca Tatu e o contexto nacionalista da obra de Monteiro Lobato ver CAMPOS, André Luiz Vieira de. *A república do Picapau Amarelo: uma leitura de Monteiro Lobato*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1986. 173 p.

expedições realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz foram precedidas de outras expedições que também haviam resgatado o interior do país “(...) *seja como espaço a ser incorporado ao esforço civilizatório das elites políticas, seja como referência da autenticidade nacional.*”¹⁵³ Mas, foi a expedição de 1912, organizada por Belisário Penna e Arthur Neiva, que alcançaria maior repercussão com a publicação de seu relatório nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Além deste relatório, o movimento sanitarista teria também suas bases demarcadas pela repercussão do discurso realizado por Miguel Pereira, em 1916, que caracterizaria o Brasil como um imenso hospital; pelo impacto dos artigos de Belisário Penna sobre a saúde e o saneamento, publicados no jornal *Correio da Manhã*; e pela atuação da Liga Pró-Saneamento, entre 1918-20.¹⁵⁴

O Brasil, ao redescobrir o interior encontra um sertão atrasado e um sertanejo doente, realidade incompatível com um projeto de modernização e incapaz de servir de base a um projeto de nacionalidade. Entretanto, esta imagem negativa teve um importante significado, permitindo a ruptura com o determinismo climático e racial que impedia qualquer possibilidade de redenção ao sertanejo brasileiro, visto tradicionalmente como preguiçoso e indolente. Segundo Hochman e Lima, os sertões, “(...) *para a campanha do saneamento, era mais uma categoria social e política do que geográfica. Sua localização espacial dependeria da existência do binômio abandono-doença.*”¹⁵⁵ No discurso pelo saneamento, os sertões significavam antes de tudo o cenário de disseminação de doenças endêmicas, fruto da ausência

¹⁵³ Na primeira década da República importantes expedições ao interior haviam sido realizadas, como as de Cândido Rondon, as da Comissão Geológica de São Paulo, a do astrônomo Louis Cruls ao Planalto Central e, finalmente, as expedições do Instituto Oswaldo Cruz. Cf. LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica In LIMA, Nísia Trindade et al. *Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.34.

¹⁵⁴ LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. p. 313-332.

¹⁵⁵ Id., ib., p. 317. Sobre qualificação do sertão como lugar de abandono ver HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da primeira república. *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. V, suplemento, 1998, pp.217-235 e também LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República In MAIO; SANTOS, 1996, p. 23-40.

de políticas públicas e das autoridades governamentais. Seria justamente esta percepção do Brasil e do seu povo que congregaria importantes setores da intelectualidade em torno do projeto de saneamento rural. Ponto importante da construção da nacionalidade brasileira, estes intelectuais criariam em 1918 a Liga Pró-Saneamento, que se constituiria no núcleo do movimento pelo saneamento rural. A Liga atuou durante os anos de 1918-19 e dentre seus objetivos destacavam-se a demanda pela centralização dos serviços de saúde pública e pela criação de um serviço de endemias rurais e do Ministério da Saúde Pública.¹⁵⁶

Podemos analisar, sem dúvida, que o combate à lepra se beneficiou do impacto e da enorme repercussão que a discussão sobre o saneamento teve na Primeira República, especialmente a partir de 1916. Há mesmo certa tendência em considerar que a lepra deveria estar *'naturalmente'* incluída entre as endemias rurais que, responsabilizadas pela doença e improdutividade do sertanejo brasileiro, foram priorizadas como moléstias a serem erradicadas. Britto e Lima chamam atenção que a seleção das *'três grandes endemias rurais'* nas propostas veiculadas pela Liga Pró-Saneamento, dentre tantas outras doenças que afligiam a população rural do país, poderia ser parcialmente explicada pela defesa de um projeto específico de construção nacional. Segundo as autoras, o combate a estas endemias estava relacionado a um projeto mais geral para sociedade, que identificava na colonização e no trabalho rural a base do progresso do país. Esta concepção ruralista no projeto de construção da nação marcaria profundamente as ações do Estado na saúde pública, com a destinação de recursos e a organização de serviços destinados à erradicação da malária, da ancilostomíase e da doença de Chagas.¹⁵⁷

A primeira questão que se coloca ao analisarmos o lugar que a lepra deveria ocupar entre moléstias que compunham o quadro nosológico nacional era o seu caráter endêmico. O modelo cognitivo, o desconhecimento sobre inúmeros de seus aspectos e o próprio modelo

¹⁵⁶ BRITTO; LIMA, 1991, p. 4; LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 33-6; HOCHMAN, 1998, 111-47.

¹⁵⁷ BRITTO; LIMA, 1991, p. 1-33. Sobre esta perspectiva do papel central da agricultura na economia nacional ver também HOCHMAN, 1998, p. 72-4.

ontológico de interpretação da lepra, que a identificava com a degeneração física irreversível, acabariam por contribuir para que em torno da doença se produzissem definições que reforçariam o que Oswaldo Cruz colocara em seu primeiro relatório no cargo de Diretor Geral de Saúde Pública. Neste relatório de 1904, ao ministro da Justiça e Negócios Interiores a quem estava subordinado, Oswaldo Cruz alerta que a lepra alastrava-se na cidade do Rio de Janeiro e convinha que medidas urgentes fossem tomadas, mas seu caráter crônico impedia que se adotasse ações de isolamento do doente em hospital geral.¹⁵⁸ O longo processo de construção de consenso entre os médicos sobre a etiologia e o mecanismo transmissão de transmissão da lepra, mesmo após a descoberta do bacilo, havia reforçado elementos que historicamente fizeram parte da trajetória da doença, como a noção de moléstia misteriosa e insidiosa. Além destes fatos, é importante ressaltar que sua terapêutica representava ainda “(...) *um registro triste de desilusões à profilaxia*”.¹⁵⁹ No Brasil, estes elementos serão mobilizados para compor uma imagem da lepra como uma doença distinta de todas as demais, o que exigiria uma profilaxia igualmente diferenciada daquelas doenças de rápido contágio e evolução, como as epidêmicas, e as endêmicas, cuja forma de prevenção poderia ser resolvida pela distribuição de remédios ou que havia concordância sobre as formas de prevenção.

A lepra não era de fato uma doença que poderia estar incluídas entre àquelas que grassavam epidemicamente na cidade do Rio de Janeiro, mas fora reconhecida até o final da década de 1910 como uma moléstia essencialmente urbana. Ao longo do período estudado, nos inúmeros trabalhos que analisamos, os médicos ressaltavam sempre este traço distintivo da lepra, como uma doença que acometia endemicamente os centros urbanos e, mais raramente, como uma doença que assolava tanto a cidade como a área rural. Emílio Ribas considerava que os focos ocultos de lepra, situados nos centros de grande população, era um

¹⁵⁸ CRUZ, Oswaldo. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores. Disponível em <http://www2.prossiga.br/Ocruz/textocompleto/relatorios/seabra-1.html/> Acesso em 26 outubro 2006/

¹⁵⁹ RIBAS, Emílio. A lepra. Sua freqüência no estado de São Paulo. Meios profiláticos aconselháveis In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 170.

dos grandes perigos para a saúde pública. Num primeiro momento, a distinção entre a forma como foi organizada a luta pela estruturação da profilaxia lepra e das doenças endêmicas no Brasil, que se tornou a grande bandeira pelo saneamento dos sertões, pode ser tomada pela fala do médico Mário Mourão:

“É necessário que o belo gesto de Miguel Pereira em relação à profilaxia das moléstias do sertão, seja aplicado às coletividades das grandes aglomerações urbanas, em que a par de outros terríveis flagelos, há o perigo da morféia, este mal quase ancestral, contemporâneo de Cristo, o mal de Lázaro, a enfermidade nefanda, que determinou na idade média as terríveis epidemias que ameaçam reproduzir-se nesta época de eletricidade e de progresso, devido à nossa inépcia, devido à nossa falta de patriotismo.”¹⁶⁰

Logo, podemos depreender que para Mourão a lepra não estava acolhida no movimento pelo saneamento dos sertões por esquecimento ou omissão, mas por não ser este o lugar da luta pela profilaxia da doença. Em 1918, quando o movimento sanitário já congregava uma grande parcela de intelectuais que fundariam a Liga Pró-Saneamento, Emílio Ribas apresentava trabalho sobre a lepra no 1º Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia, onde defenderia seu combate em moldes liberais. Ribas já incorporava a profilaxia da lepra ao movimento pelo saneamento dos sertões e incluía a doença entre aquelas a serem combatidas pelo Estado, sem, contudo, desconsiderar igualmente seu caráter urbano:

*“No Brasil seria imperdoável quaisquer delongas, pois urge extinguir os focos desta moléstia nos centros urbanos e os existentes entre as populações dos nossos campos.
Sem esta providência, não será uma verdade o saneamento dos sertões, - problema que vem empolgando o espírito de eminentes*

¹⁶⁰ MOURÃO, Mário. A morféia nos estados de Minas e São Paulo. Sua profilaxia. Sua curabilidade In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 183.

colegas na campanha superiormente orientada pelo notável homem de ciência Dr. Belisário Penna”¹⁶¹

Na verdade, consideramos que a campanha pelo saneamento dos sertões, ainda que tenha integrado grande parcela da intelectualidade brasileira e tenha conferido aos médicos um lugar especial neste debate, não foi capaz de mobilizar e integrar da mesma forma os leprólogos e suas demandas pelo estabelecimento de políticas públicas de combate à doença. Ainda que a lepra freqüentemente aparecesse listada entre as moléstias endêmicas que devastavam o interior do país, sua disseminação seria considerada pouco extensa, “(...) *como a tuberculose, as disenterias e a leishmaniose.*”¹⁶² Na comissão que se comporia na Academia Nacional de Medicina, em dezembro de 1916, para propor as medidas higiênicas mais adequadas ao saneamento da população brasileira, seria definido como prioritário o combate à malária, ancilostomose, leishmaniose, doença de Chagas, febre amarela e a sífilis.¹⁶³

Se a lepra não seria contemplada como uma das prioridades pelos líderes da campanha pelo saneamento dos sertões, o mesmo podemos considerar em relação aos leprólogos, que demonstravam em seus trabalhos uma posição de relativo distanciamento do movimento sanitaria. De forma geral, os especialistas na doença não incorporaram aos seus discursos a bandeira da inclusão da lepra na campanha pelo saneamento dos sertões, cujas vozes destoantes eram reivindicações isoladas, como a de Ribas e Souza Araújo. Esta postura dos leprólogos, longe de desconsiderar a importância do movimento sanitaria, parece vir da idéia de que a lepra deveria ter um regime especial de profilaxia, devido às características singulares da doença, cuja própria curabilidade era ponto de discordância entre estes especialistas. Sobre sua profilaxia Ribas considerava que:

¹⁶¹ RIBAS, Emílio. Frequência da lepra em São Paulo – Profilaxia da lepra – Contagem dos atacados de lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 238.

¹⁶² PENNA, Belisário Apud Id., ib., p. 256.

¹⁶³ RELATÓRIO da Comissão da Academia Nacional de Medicina In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 256. A análise dos trabalhos desta comissão está no tópico 4.1 *Da lepra que cuidem os estados.*

“(...) quando se pensa na duração desse mal, na sua marcha lenta, que dura por vezes decênios, e nas suas conseqüências, que trazem deformações diversas, percebe-se logo que a organização da sua profilaxia tem de atender a indicações muito especiais, sobressaindo o isolamento, que nas outras moléstias contagiosas é muito breve e na lepra muito demorado, constituindo, até, uma verdadeira mudança de domiciliária dos doentes, pela sua longa permanência nas leprosarias”¹⁶⁴

A idéia 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. A nova organização do Serviço de Profilaxia Rural definiu a uncinariose (ancilostomíase), o impaludismo e a doença de Chagas como as três grandes endemias dos campos, estabelecendo que o serviço contra a lepra estaria sujeito a um regime especial, que significava a construção de colônias de isolamento para leprosos.¹⁶⁵

A lepra não esteve incluída como uma das doenças a ser combatida na primeira fase do movimento sanitarista, que circunscreveu sua ação ao saneamento urbano e às epidemias que mais assolavam a cidade do Rio de Janeiro: febre amarela, cólera e peste. Da mesma forma, a lepra não esteve entre as doenças consideradas como as grandes ‘*endemias rurais*’, contra quais foram organizados serviços de distribuição de medicamento e estabelecidos procedimento de prevenção. A paulatina atenção que lepra desperta nos poderes públicos no Brasil, fez parte da maior atenção que a saúde pública teve neste período, ao lado de um movimento internacional que reivindicava maior rigor sanitário nos países endêmicos, expresso nas conclusões das conferências internacionais sobre a doença. Porém, à lepra não coube um destaque nas medidas assumidas pelo Estado para superar o abandono e melhorar as

¹⁶⁴ RIBAS, Emílio. Frequência da lepra em São Paulo. Profilaxia da lepra. Contagem dos atacados de lepra. 8º Congresso Brasileiro de Medicina e 1º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Sifilografia In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 234.

¹⁶⁵ Decreto nº 13.538, de 9 de abril de 1919. Reorganiza o serviço de profilaxia rural. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 393-7, 1920.

condições de saúde da população rural. Considerada uma moléstia característica das grandes aglomerações urbanas, a partir de 1918 podemos perceber nos estudos médicos que a lepra assume também o status de doença rural. Este novo conteúdo atribuído à lepra foi, sem dúvida, resultado da intensa mobilização em torno do projeto político em que se converteu a campanha pelo saneamento dos sertões e da maior atenção à saúde da população rural. A lepra, enfim, ganharia maior visibilidade, como ressalta Belisário Penna em discurso na Academia Nacional de Medicina, em 1926.

“Antes ostentar aos olhos de todo mundo a chaga da lepra, como já havia feito em relação a outros grandes males, como a ignorância, o alcoolismo, as verminoses, o impaludismo, etc., clamando em altos brados contra o abandono da população, submetida a impostos extorsivos sobre todas as utilidades imprescindíveis à existência, agravando, pelo encarecimento da vida, anemia verminótica e palustre, a irresistência à tuberculose, a apavorante mortandade infantil; estimulando o vício alcoólico, sócio do jogo, da taverna, do alcouce e da sífilis, associados em vastas regiões do país a outros males, tais como o tracoma, a filariose, a boubá, a leishmaniose, a febre amarela, a peste, a esquistossomose, etc.”¹⁶⁶

Ainda assim, a adoção de medidas profiláticas contra a lepra seguiria trajetória própria, alimentada pela noção de que sua patogenia exigia medidas específicas, distintas tanto das epidemias urbanas como das que seriam estabelecidas para o combate às grandes endemias rurais. No caso da lepra, doença considerada incurável e de lenta evolução, que incapacitava vagarosamente os doentes ao trabalho e, em muitos casos, ao convívio social, era necessária uma extensa rede de leprosarias. Para Carlos Chagas, a lepra era menos um assunto de ciência que da piedade humana,¹⁶⁷ idéia que reforçava esta concepção de complexidade e especificidade da doença e que a distinguiu de qualquer outra patologia. A baixa eficácia dos

¹⁶⁶ PENNA, Belisário. O problema da lepra no Brasil In *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 98, n. 9, 1926, p. 211.

¹⁶⁷ CHAGAS, Carlos. Discurso pronunciado na sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra pelo Dr. Carlos Chagas, Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 8 de outubro de 1922 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 366.

recursos terapêuticos disponíveis neste período também contribuiu para dar o contorno que a política contra a lepra assumiria após 1920, já que as “(...) *medicações atuais antileprosas têm uma medíocre ação profilática, tão lenta é a sua atuação sobre as lesões do tegumento.*”¹⁶⁸

A lepra se manteria, nas duas primeiras décadas da Primeira República, como uma doença que necessitava de uma profilaxia distinta e, justamente por diferir de qualquer outra moléstia, constituía ‘*um capítulo especial em Higiene*’.¹⁶⁹ A partir de 1920, haveria um rearranjo institucional que possibilitaria ao Estado ampliar sua ingerência na execução dos serviços sanitários, aumentando as responsabilidades e o controle do governo federal sobre a saúde pública. A montagem de um aparato burocrático para o combate à lepra se beneficiaria deste novo quadro político, onde a doença ganharia novos conteúdos que reforçariam a necessidade de uma profilaxia distinta “(...) *por serem múltiplas e complexas as medidas e providências que deverão objetivar os leprosos, os seus filhos e famílias, e o meio onde se encontram.*”¹⁷⁰

¹⁶⁸ ALEIXO, Antônio. O isolamento domiciliar e a vigilância sanitária na luta profilática contra a lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 380.

¹⁶⁹ MATTA, Alfredo Augusto da. Profilaxia da lepra In *Anais da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 100, 1929, p. 393.

¹⁷⁰ Id., ib., loc. cit.

CAPÍTULO 4

“Faça-se a lepra conhecida, e ela será temida”

As duas primeiras décadas do século XX marcariam um período capital no debate sobre os problemas de saúde pública no Brasil. Se as carências sanitárias da cidade do Rio de Janeiro, constantemente assolada por surtos epidêmicos, haviam possibilitado a reforma do aparato legal e burocrático responsável pela administração destes serviços, num segundo momento o interior do Brasil tomaria de assalto o centro deste debate sobre a formulação de políticas públicas na área de saúde. A *‘descoberta dos sertões’* trouxe para a cena pública uma população assolada pela miséria e pela doença, a ausência do Estado tornara este universo rural e seus integrantes incapazes de participarem do projeto de nação moderna e civilizada desenhado pela elite brasileira. Os problemas sanitários do interior do país converter-se-iam numa questão política e o combate às endemias rurais seria assumido como uma das principais demandas da elite intelectual e política brasileira. Sanear os sertões e erradicar as principais endemias brasileiras – malária, doença de Chagas e ancilostomíase - seria uma etapa necessária à construção de nossa nacionalidade e a base do desenvolvimento material do país.

Ao contrário das doenças cujo combate seria considerado prioritário pelo Estado, a lepra não havia ainda se estabelecido como uma *‘endemia nacional’*. Além dos inúmeros fatores que contribuíam para torná-la uma doença considerada distinta das demais, como seu caráter crônico e as incertezas em torno de sua transmissibilidade, a lepra tinha ainda pouca visibilidade. As exigências por maior atenção do Estado precisavam de maior concretude, era necessária a produção de dados materiais que refletisse o potencial de risco, econômico e social, que a doença representava para a sociedade brasileira.

Considerada um problema sanitário apenas nos estados de Minas Gerais e São Paulo, o desconhecimento de sua frequência e distribuição circunscrevia a doença fora do que fora considerado a prioridade política do governo federal no período, as grandes endemias rurais

que afligiam a população dos sertões do país. Além disto, à especificidade da lepra seriam acrescidos os problemas decorrentes da única certeza em torno de sua profilaxia, que exigia medidas igualmente particulares, o isolamento do leproso. Ainda que as autoridades sanitárias observassem de forma corrente e preocupante que a lepra integrava o quadro nosológico brasileiro, sua gravidade não ganhara ainda contornos precisos, o discurso médico ainda não fora capaz de materializar o *'flagelo nacional'*.

A partir da década de 1910, observaremos que os leprólogos investiram arduamente no esforço de descrever numérica e geograficamente a dimensão do perigo que a lepra significava para as já difíceis condições sanitárias do país. O enorme empenho destes médicos em materializar o quadro aterrador que a doença representava seria responsável pela formulação de um discurso que apontaria que sua distribuição já havia se expandido para além da área circunscrita aos estados de São Paulo e Minas Gerais, da mesma forma que a produção estatística colocava-nos dentre os países de maior incidência da doença. Esta estratégia discursiva, num primeiro momento, colocaria todos os leprólogos no mesmo campo de embate, mas, aos poucos, provocará cisões e tensões na medida em que o problema da lepra ganharia maior relevância e atenção do Estado.

Materializar o problema da lepra no Brasil significava conferir-lhe visibilidade para além do discurso médico, o que deu diferentes nuances à trajetória da doença em se estabelecer como uma *'endemia nacional'*. Por um lado, produziu 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 política para seu controle. E, por outro lado, significou construir possibilidades de negociação dos leprólogos com o Estado em torno de uma política de combate pautada no isolamento do leproso, aspecto fundamental de sua profilaxia no período.

O impacto da *'descoberta dos sertões'* e a imposição pela centralização da política sanitária pela União tornaria evidente a impossibilidade do governo em arcar com os custos,

financeiros e políticos, relativos às exigências do saneamento rural. A elite médica e a intelectualidade brasileira, que demandara uma maior participação do governo federal na formulação e implementação de políticas de saúde pública, assumiria como partícipe do Estado na tarefa de contribuir neste projeto de redenção dos sertões pela medicina e higiene. Tal como ocorreria com outras doenças, cujo combate não fora estabelecido como prioritário, como a sífilis e a tuberculose, em torno do combate à lepra se organizaram entidades filantrópicas consideradas as grandes parceiras do governo. Se, por um lado, o custo de sua profilaxia, associado à sua baixa visibilidade, tornaria a lepra um campo ausente da atuação do Estado, por outro lado, daria o contorno necessário para que seu combate fosse assumido por entidades filantrópicas que atuavam em nome da ciência e da caridade cristã.

4.1 Da lepra que cuidem os estados

“(...) no Brasil se acham conjugados os esforços de governantes e da população para prestar aos leprosos assistência eficaz, e as autoridades sanitárias estão no firme propósito de abrir luta contra o flagelo, para cujo extermínio não pouparão energias nem sacrifícios pecuniários.”¹

(Fernando Terra)

No início da primeira República, as precárias condições sanitárias da cidade do Rio de Janeiro haviam patrocinado uma reforma da estrutura burocrática responsável pela administração destes serviços. Entre os anos de 1902 e 1904 houve a criação de novos órgãos, a ampliação da competência da Diretoria Geral de Saúde Pública e o estabelecimento de um

¹ TERRA, Fernando. Notas sobre a lepra In *Boletim do 2º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia*. Montevideu: Imprensa El Siglo Ilustrado, 1922. p 70.

regulamento sanitário que expandia a intervenção da União no Distrito Federal.² Este movimento fez-se acompanhar, num segundo momento, pela '*descoberta dos sertões*', que iria igualmente tornar a ausência do Estado e problemas sanitários do interior do país numa questão política, inserindo o combate às endemias rurais entre as principais demandas da elite intelectual e política brasileira. Sanear os sertões converter-se-ia em etapa necessária à construção de nossa nacionalidade, base do desenvolvimento material do país e do projeto de civilizar e modernizar a nação.

Este período, marcado pela agudização do debate em torno do saneamento rural, produziu também um diagnóstico em que os grandes males dos sertões foram identificados não apenas pela presença de doenças como a ancilostomíase, a malária ou a doença de Chagas, mas, especialmente, pelo completo abandono do governo federal. A superação da situação sócio-econômica em que vivia a área rural brasileira era uma necessidade que se impunha ao Estado para integração desta população a um projeto de construção da identidade nacional.³ Para tanto, era forçoso aparelhar a União com instrumentos capazes de torná-la presente e atuante onde se fazia mais necessária, ultrapassando a enorme descentralização dos serviços públicos imposta pelo modelo federalista, adotado com a Constituição de 1891. Assim, o movimento sanitarista não tardaria a tornar a campanha pelo saneamento sua maior bandeira, reivindicando uma reforma sanitária pautada numa legislação capaz de permitir uma maior ingerência do governo federal nos estados e municípios, além da centralização dos serviços sanitários que deveriam estar a cargo da União.⁴

Tal debate seria acompanhado por toda elite médica brasileira que via a medicina, aliada ao poder público, como o instrumento fundamental para recuperar as populações rurais da situação de doença e miséria em que estava mergulhada.⁵ Este sentimento de missão de que

² Sobre as reformas na gestão dos serviços sanitários ver HOCHMAN, 1998, p. 96-7; BENCHIMOL, 1992, p. 294-8; COSTA, 1985, p. 44-51; SANTOS; FARIA, 2003, p. 19-35.

³ SANTOS, 1985, p. 194.

⁴ HOCHMAN, 1998, p. 71-87.

⁵ Id., ib., p. 69.

se imbuíra os médicos, de superação do atraso e inclusão da sociedade brasileira num projeto de modernização do país, foi bastante típico deste período.⁶ O engajamento político desta geração de médicos na primeira República ajuda-nos a compreender sua atuação em diferentes frentes e tribunas, de onde acirraram o debate em torno da saúde pública, contribuindo para inserir a questão no cenário político do Estado.

Conforme vimos anteriormente, não por acaso a Academia Nacional de Medicina nomearia uma comissão, em dezembro de 1916, para “*estudar e promover os meios de saneamento contra as endemias do interior do Brasil*”, integrada pelos médicos Miguel Couto, Miguel Pereira, Carlos Seidl, Afrânio Peixoto, Carlos Chagas e Aloísio de Castro.⁷ O relatório dos trabalhos da Comissão considerava não só o caráter rigorosamente técnico das ações de higiene pública, como também a importância, extensão, dificuldade e complexidade dos serviços em um país “*(...) de população extremamente disseminada e profundamente infestada de várias doenças endêmicas (...)*”.⁸ A conclusão deste documento apontava a necessidade de repartições de saúde autônomas e justificava tal imperativo com o sucesso do saneamento do Rio de Janeiro sob a direção de Oswaldo Cruz, a quem fora concedido amplos poderes para sua execução. Além disto, a Comissão sugeriu a criação do Ministério de Saúde Pública “*(...) constituído pela fusão dos vários serviços de higiene e assistência públicas, dotado de um regulamento que o fortaleça na sua missão e entregue a um profissional de indiscutível competência*”.⁹

⁶ Sobre esta linha de análise ver SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. 3ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1989.

⁷ RELATÓRIO da Comissão da Academia Nacional de Medicina In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 256.

⁸ Id., ib., p. 257.

⁹ Id., ib., loc. cit. Enquanto não se constituía tal Ministério, a Comissão propunha a criação de um Conselho Superior de Higiene, com a atribuição de superintender todos os serviços necessários ao saneamento e à higiene pública. Cf. Id., ib., loc. cit. Segundo HOCHMAN, duas sugestões da comissão seriam incorporadas pelo governo Wenceslau Braz: a criação do Serviço de Medicamentos Oficiais, para a produção de medicamentos pelo governo, e a criação de um serviço de profilaxia rural, autônomo em relação ao Diretoria Geral de Saúde Pública, a partir da experiência dos postos sanitários na periferia do Distrito Federal. Esses serviços foram a base para as primeiras mudanças significativas no papel da União que ocorreriam a partir de 1919. Além disto, as propostas dessa comissão seriam retomadas no intenso debate legislativo que resultou na aprovação do Departamento Nacional de Saúde Pública. HOCHMAN, Gilberto. *Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações*

O texto final da Comissão assume uma outra perspectiva para o nosso trabalho. Este relatório definia como prioritário para o saneamento do interior do Brasil o combate à malária, ancilostomíase, leishmaniose, doença de Chagas, febre amarela e sífilis, não fazendo qualquer referência à lepra. O médico Souza Araújo, que compunha a Comissão de Saneamento do Norte do Paraná, enviou ofício ao presidente da Comissão, Miguel Couto, solicitando a inclusão da lepra entre as doenças a serem combatidas, antes da leishmaniose. Segundo o médico, “(...) a lepra, que se está se espalhando assustadoramente nos campos, ameaçando a nossa raça, não tem sido até hoje encarada com a devida atenção pelos nossos governos, como sendo um dos nossos mais perigosos flagelos.”¹⁰ Ao contrário de doenças que passaram a constituir o arquétipo do brasileiro doente e do sertão atrasado e abandonado, a lepra não havia ainda se estabelecido como uma endemia nacional. Além de ser considerada uma doença distinta das demais endemias brasileiras, por seu caráter crônico e de longa duração, a lepra tinha pouca visibilidade. Não podemos esquecer também que a doença era considerada uma questão sanitária restrita a alguns estados, como Minas Gerais e São Paulo, o que lhe conferia o status de problema local. Mas, é a parte final deste relatório que nos permite delimitar de que forma o combate à lepra seria moldado nestas duas primeiras décadas. Dirigindo-se à Comissão, Souza Araújo afirma:

“(...) acho que a Comissão da Academia deve, quando ela mesma não possa dirigir a campanha contra a lepra, ao menos incentivar e amparar a iniciativa privada e dos estados, criando um auxílio, que variará com o número de leprosos a isolar, aos municípios a aos estados que tomarem a si o encargo de tão alto empreendimento médico-social.”¹¹

entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.6, n.11, 1993, p.40-61.

¹⁰ SOUZA ARAÚJO, O combate à lepra In Id., 1956, p. 258. O ofício foi publicado no *Jornal do Comércio*, em 15 de setembro de 1917.

¹¹ Id., ib., loc. cit.

A questão colocada por Souza Araújo em relação à lepra seria retomada por muitos outros leprólogos quando discutiam o papel a ser assumido pelos estados e a União no combate à lepra, tema que ganharia uma crescente importância ao final da década de 1910. Havia uma concordância de que esta ação deveria ser conjunta, do governo federal e dos estados, de modo a evitar a peregrinação dos leprosos e impedir a ocorrência de novos focos da doença, restava convencer as autoridades políticas e sanitárias desta questão. Neste arranjo federativo caberia à União, responsável pela vigilância dos portos e fronteiras, impedir a importação de novos casos de lepra. Aos estados competia uma ação conjunta, de modo a conter seus doentes em seus territórios, “*garantindo o crédito sanitário de nosso país, diminuindo o perigo de novas contaminações.*”¹² A própria descentralização política responderia pela impossibilidade de se adotar no Brasil o isolamento domiciliar, tal como fora realizado na Noruega.

*“Temos na verdade vinte estados regidos por leis próprias em matéria de higiene, fora da alçada do governo central. Se as medidas de isolamento em estabelecimentos federais poderão ser observadas relativamente com maior facilidade, o mesmo não seria para o domiciliar, que iria depender muito mais das autoridades estaduais e pior ainda das municipais, autônomas nessas questões, podendo mesmo não estarem em acordo com as condições da medida imposta, e ligando a sua observância como seria inevitável e já visto em países de índole igual ao nosso às estreitas contingências de preconceitos e regalias locais.”*¹³

Se, como vimos, a lepra ainda não estava contemplada entre as prioridades sanitárias do país, o movimento em torno do saneamento do interior promoveria uma atuação da elite intelectual e política brasileira para que a União assumisse para si a tarefa de centralizar as ações de combate às endemias rurais, tarefa que parecia estar além das possibilidades dos

¹² RIBAS, Emílio. Freqüência da lepra em São Paulo – Profilaxia da lepra – Contagem dos atacados de lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 173.

¹³ RABELO, Eduardo; ARAÚJO FILHO, Silva. Lepra e domicílio In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 154.

governos estaduais e municipais. Não podemos deixar de considerar que estava em curso um processo de reforma, orientado pela expansão das ações federais no campo do saneamento e da profilaxia rural, que se fazia sentir desde o início da década de 1910.¹⁴ Assim, a intensificação da atuação do movimento sanitário, especialmente com a fundação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, foi acompanhada pela ampliação da ação do governo federal, que se fez presente por meio do auxílio da União aos governos estaduais na área de profilaxia rural, através de convênios e acordos.¹⁵

Como resultado da atuação da Liga Pró-Saneamento, da forte politização que a questão do saneamento se revestira e da crescente intervenção federal na área de saúde pública, teríamos a aprovação de importantes medidas ao longo de 1918.¹⁶ O decreto nº 13.001, de 1º de maio de 1918, criava o Serviço de Profilaxia Rural, subordinado à Inspetoria de Profilaxia, da Diretoria Geral de Saúde Pública.¹⁷ Esta Diretoria era o órgão federal responsável pela saúde da capital federal e dos portos, integrante da estrutura do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, a quem competia esta questão na esfera federal.¹⁸ A direção do Serviço de Profilaxia Rural foi entregue ao médico Belisário Penna, que estivera à frente da Liga Pró-Saneamento. Inicialmente subordinado à Diretoria Geral de Saúde Pública, o Serviço de Profilaxia Rural, a partir de 1919, ficaria vinculado diretamente ao Ministério da Justiça, o que

¹⁴ HOCHMAN, 1998, p. 95-110.

¹⁵ Id, ib., p. 102-5.

¹⁶ Hochman chama atenção ainda para a importância que a gripe espanhola teria neste contexto, a pandemia colocaria em a relação entre doença e sociedade sobre o papel da autoridade pública. A gripe espanhola evidenciou a incapacidade da ação federal na área de saúde pública, impondo uma completa revisão da competência da União nesta área. Cf. HOCHMAN, 1998, p. 130-6.

¹⁷ O decreto nº 13.000, de 1º de maio de 1918, criava o Serviço de Medicamentos Oficiais, responsável pela compra e distribuição de quinina para o tratamento da malária. Decreto nº 13.000, de 1 de maio de 1918. Coleção de Leis do Brasil, 1918, v. 2, p. 533. O decreto nº 13.001, de 1º de maio de 1918, criava o Serviço Profilaxia Rural no Distrito Federal e nos estados. Decreto nº 13.001, de 1 de maio de 1918. Dispõe sobre a organização das comissões de médicos e auxiliares para o serviço de profilaxia rural. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 535-6, 1919.

¹⁸ SANTOS, 1985, p. 203; HOCHMAN, 1998, p. 119-20; HOCHMAN, Gilberto, MELLO, Maria Teresa Bandeira de and SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2002, v. 9, sup., p. 233-273.

atesta a importância que o saneamento rural adquirira na estrutura burocrática do Estado brasileiro.¹⁹

Os decretos nº 13.055 e nº 13.159, que modificaram e ampliaram os serviços de profilaxia rural no Distrito Federal e nos estados definiria que tais serviços destinavam-se “(...) essencialmente, as três grandes endemias dos campos - uncinariose, impaludismo e doença de Chagas - e, subsidiariamente as outras doenças que grassam com aspecto epidêmico ou endêmico.”²⁰ A ausência da lepra nestes decretos apenas reflete a situação em que a doença se conservaria nas duas primeiras décadas do século XX, ou seja, moldada por peculiaridades que a mantinha em distinção às outras endemias brasileira. A percepção da singularidade da transmissibilidade da lepra seria acrescida da idéia de que sua profilaxia exigia medidas igualmente particulares. Estes fatores integraram o discurso em que se reconhecia a importância da doença no quadro sanitário, mas sua relevância não adquirira ainda contornos precisos. Na verdade, a lepra não ganhara concretude no discurso médico, mantinha-se ainda aprisionada à sua complexidade e à exigência de uma profilaxia especial.

Os decretos aprovados em 1918 funcionavam como instrumentos legais que possibilitavam a União atuar em todos os estados da federação através da profilaxia rural, já que previa além do auxílio técnico uma contrapartida financeira do governo federal, através da assinatura de acordos de cooperação.²¹ Segundo Hochman, ainda em 1918 foram celebrados

¹⁹ Decreto nº 13.538, de 9 de abril de 1919. Reorganiza o serviço de profilaxia rural. BRASIL. Coleção de Leis do Brasil, v. 1, p. 393. Belisário Penna trabalhava desde 1914 como Inspetor Sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1916 instalou o primeiro posto de profilaxia rural do país, no subúrbio carioca de Vigário Geral, que mais tarde seria transferido para Parada de Lucas e Penha. THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Penna: notas fotobiográficas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Mai/Ago. 2002, v. 9, n.2, p.387-404. Sobre a atuação de Belisário Penna à frente da Liga Pró-Saneamento, ver também Dominichi Miranda de Sá. *O Brasil modelado na obra de Belisário Penna (1916-1935)*. 1999. 159 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

²⁰ Decreto nº 13.055, de 6 de junho 1918. Coleção de Leis do Brasil, 1918, v. 2, p. 597. Decreto nº 13.139, de 16 de agosto de 1918. Coleção de Leis do Brasil, 1918, v. 3, p. 43. Sobre esta legislação e a gradual ampliação da presença governo federal nos estados ver HOCHMAN, 1998, p. 170-208.

²¹ O decreto nº 13.001 dispunha que os estados deveriam participar com uma soma igual a despendida pelo governo federal nas regiões administradas por aqueles governos. O decreto nº 13.055 definia esta contribuição federal nos trabalhos de saneamento rural com um terço da quantia despendida pelo estado. O decreto nº 13.139 reafirmaria que a União concorreria “com um terço da importância em que orçada a despesa a realizar, quando o Estado o organizar sob sua direção, anexo á respectiva repartição de higiene.” Cf nota 17.

os primeiros acordos firmados entre a União e os estados do Maranhão, Minas Gerais e Paraná. Segundo Os estados de Minas Gerias e Paraná, ao firmarem seus acordos de cooperação técnica com o governo federal para a organização dos serviços de saneamento rural, incluíram a lepra dentre as doenças que receberiam sistemáticas ações profiláticas.²²

Esta percepção tão distintiva da lepra ficaria registrada ainda no Decreto nº 13.538, que reorganizou o Serviço de Profilaxia Rural, onde novamente a lepra não estaria incluída entre as moléstias rurais a serem combatidas. Definidas a uncinariose (ancilostomíase), o impaludismo e a doença de Chagas como as três grandes endemias dos campos, o decreto estabelecia ainda que o serviço contra a lepra estaria sujeito a um “*regime especial*”.²³ Na Exposição de Motivos que propunha a reorganização dos serviços de profilaxia rural, o ministro Urbano Santos ponderava:

*“O serviço de profilaxia rural, como existe, compreende todas as nossas moléstias rurais. A reforma excetua a lepra, a qual declara ficar destinada um regime especial. Esse regime não pode ser outro senão a fundação de colônias para leprosos, construídas com todas as prescrições científicas. Mas para isto precisamos ter, antes de tudo, um recenseamento aproximado da nossa população leprosa, para assentar no número das leprosarias de que necessitamos.”*²⁴

Podemos observar que nesta exposição de motivos de Urbano dos Santos a lepra seria considerada como uma moléstia rural, mas, a grande questão que se colocava é de quem seria a responsabilidade de seu combate, já que ao governo federal competia o auxílio sanitário às

²² SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 200. O autor inclui entre os documentos compilados em seu livro *História da Lepra* os decretos estaduais de Minas Gerais e Paraná que criavam seus serviços de profilaxia rural. Cf. Id, ib., 250-1 e 260-2. Segundo Belisário Penna, em discurso na Academia Nacional de Medicina, foram realizados acordos em 1918 com os estados do Maranhão, Minas Gerais e Paraná, além do Distrito Federal, e, em 1919, com o estado do Rio de Janeiro. Cf. Sessão de 15 de setembro de 1921. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, 1921, p. 194.

²³ Decreto nº 13.538, de 9 de abril de 1919. Reorganiza o serviço de profilaxia rural. BRASIL. Coleção de Leis da República Federativa do Brasil, v. 1, p. 393.

²⁴ Apud SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 262. A Exposição de Motivos incluía ainda em suas proposições a realização de um censo da população leprosa para que se pudesse prever o número de leprosarias, que seria realizado mediante contrato com a Fundação Rockefeller. Id., ib., loc. cit.

endemias estabelecidas no texto legal. Estas doenças, ao se tornarem o símbolo de um país miserável que se escondia no interior, concentrariam todas as verbas no empenho por sua erradicação e pela superação do atraso do Brasil rural. A luta pelo saneamento dos sertões se fez acompanhar por uma demanda crescente por maior intervenção e centralização dos serviços sanitários federais nos estados que, com exceção de São Paulo e Rio Grande do Sul que se preocupavam com ações de controle de endemias rurais, desenvolviam programas de profilaxia apenas nas zonas urbanas.²⁵ A criação e regulamentação do Serviço de Saneamento Rural forneceriam o suporte necessário para atuação do governo federal nos estados que, “(...) a partir daquele momento passaram a contar de maneira mais regular com apoio material e financeiro do poder central.”²⁶

No entanto, neste novo arranjo institucional, a lepra ainda não seria contemplada com qualquer ação específica do governo federal. Segundo Souza Araújo, ao entregar em mãos ao presidente da República, Wenceslau Braz, a mensagem do presidente do Paraná, Afonso Alves de Camargo, propondo a criação do Serviço de Profilaxia Rural naquele estado, sugeriu a inclusão da lepra entre as endemias a serem combatidas pela União. À proposta de Souza Araújo o presidente Wenceslau Braz teria respondido enfaticamente: “*os estados que cuidem da lepra!*”²⁷ Para os leprólogos cabia discutir a quem competiria a execução da política de combate a lepra no país, já que o problema assumira grandes dimensões. Os médicos investiram na formulação de um discurso que alçara a lepra a um lugar especial entre as endemias nacionais, esta maior visibilidade da doença havia incorporado também a demanda por medidas de controle fora do círculo de seus especialistas. Nomes como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas levantaram a bandeira de que a doença crescia em proporções assustadoras e que medidas profiláticas deveriam ser adotadas com urgência.

²⁵ SANTOS; FARIA, 2003, p. 29.

²⁶ Id., ib., p. 30.

²⁷ Apud SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 260.

À percepção de que se formavam grandes focos endêmicos de lepra em diferentes regiões do Brasil, especialmente no eixo São Paulo-Minas Gerais, somava-se a idéia já consolidada de que a doença era um *'flagelo nacional'*, o que reforçava a pressão por sua inclusão dentre os programas sanitários do país. Por outro lado, em torno da lepra se constituíra um discurso de que se tratava de uma doença singular, não só por sua incurabilidade, como também por aspectos inerentes à sua manifestação clínica e pela inexistência de tratamentos específicos ou eficazes. Para a lepra, *'capítulo especial na clínica médica'*, deveria também se instituir um programa particular de combate, o que evidenciava que o esforço por buscar um lugar para a doença acabaria por conferir-lhe tantas facetas singulares que a aprisionaria entre a medicina e a caridade.

A perspectiva de singularidade da doença seria reforçada pela noção de que sua patogenia exigia medidas especiais, tanto das epidemias que ciclicamente afligiam os centros urbanos, quanto das endemias rurais que foram convertidas no centro da política de saúde do Estado brasileiro. Não podemos deixar de considerar que a lepra era reputada, no final da década de 1910, como uma doença incurável e de lenta evolução que, em muitos casos, incapacitava os leprosos ao trabalho e impedia o convívio social. A profilaxia da lepra tinha como suporte a necessidade de construção de uma extensa rede de leprosarias, que deveria concentrar toda a pesquisa e a terapêutica da doença. Conforme citamos anteriormente, Carlos Chagas, na sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra, em 1922, considerou que a doença era mais uma questão da piedade humana do que de ciência.²⁸ De forma semelhante a Chagas, Emílio Ribas ponderara que a nova orientação no combate a lepra, a ser adotada pelo estado de São Paulo, com a criação de asilos-colônia, *"(...) conciliava os interesses da saúde pública com os sentimentos da caridade."*²⁹

²⁸ CHAGAS, Carlos. Discurso pronunciado na sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra pelo Dr. Carlos Chagas, Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 8 de outubro de 1922 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 366.

²⁹ RIBAS, Emílio. A Lepra – sua freqüência no estado de São Paulo – meios profiláticos aconselháveis In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 172.

Esta idéia não só intensificava a concepção de complexidade e especificidade da lepra, que a distinguia de qualquer outra patologia, como ainda reforçava o papel caritativo do médico no tratamento da doença. Logo, o alto investimento necessário para manutenção da profilaxia da lepra, que exigia a construção de hospitais de isolamento que iriam acolher os leprosos ao longo de toda sua vida, transformaria a doença num território em que a ação da iniciativa privada seria bastante estimulada. A partir da década de 1910 a lepra se tornaria um terreno favorável à atuação das associações protetoras que seriam criadas no bojo do mesmo movimento que reivindicava maior atenção do governo federal e dos estados para a doença.

O tratamento da lepra no Brasil sempre estivera nas mãos da iniciativa privada, especialmente das instituições católicas, como a Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária, administradora do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, ou a Santa Casa da Misericórdia em São Paulo, Belém e Maranhão. Esta não foi uma especificidade da lepra, podemos observar que, até o século XIX, as ações de filantropia estiveram centradas na manutenção de obras como hospitais, asilos ou orfanatos. A modernização da caridade se daria a partir da institucionalização da medicina pasteuriana, quando ocorre a medicalização do hospital que, paulatinamente, se transformaria em espaço da terapêutica, mais do que da caridade. Se a erradicação da pobreza, finalidade primeira da assistência caritativa, teve na distribuição de soros e vacinas um grande aliado, as ações filantrópicas logo se estenderiam para o financiamento de instituições de pesquisa.³⁰

No entanto, apesar do evidente crescimento da rede assistencial no Rio de Janeiro, com o surgimento de novos hospitais e de instituições de pesquisa que reafirmavam o papel a ser desempenhado pela medicina na melhoria das condições de vida da população, o impacto da *'descoberta dos sertões'* evidenciava a impossibilidade do Estado em arcar com a magnitude do problema que se constituía o saneamento rural. A elite brasileira assumira para si a tarefa

³⁰ SANGLARD, 2005, p. 47-61. Segundo Gisele Sanglard, na segunda metade do século XIX já se verifica indícios de uma nova mentalidade médico-assistencial, quando a medicina passa a ser considerada como um instrumento de melhoria das condições de vida e, ao mesmo tempo, "(...) resultado de um processo em que a terapêutica suplanta a caridade na gestão hospitalar." Cf. Id., ib., p. 62.

de contribuir para a melhoria da situação miserável em que vivia a população rural e, ainda que reivindicassem uma maior participação do governo federal na formulação e implementação de políticas de saúde pública, não fugia ao compromisso de integrar o projeto de redenção dos sertões. Segundo Sanglard, a intelectualidade brasileira do período defendia que a iniciativa privada era a solução para a carência de recursos do governo e, mais do que isto, ela deveria substituir o Estado onde este não podia chegar.³¹

A elite brasileira, imbuída deste ideário missionário que marcaria toda esta geração, levantara a bandeira pelo saneamento rural e pela centralização dos serviços sanitários, o que transformara a saúde do interior do Brasil num problema nacional. O nacionalismo alimentaria o contexto em que se desenrolou o movimento pela reforma sanitária, tornando-se o motor da participação de médicos e intelectuais neste projeto de modernização do país.³² A Liga Pró-Saneamento pode ser situada nesta conjuntura, se a carência de recursos e o modelo político definia os limites de atuação do Estado, os intelectuais engajados neste movimento assumiriam sua participação na tarefa da profilaxia rural. No curto período em que atuou, de 1918 a 1920, a Liga Pró-Saneamento publicou a revista *Saúde* e inúmeros artigos em jornais, distribuiu folhetos educativos, realizou palestras e prestou auxílio a lavradores no campo da higiene, além de estabelecer delegações em algumas unidades da federação como forma de estimular governos estaduais e municipais a executarem a profilaxia rural. De acordo com Hochman, foi contando com os poucos recursos financeiros, públicos e filantrópicos, que foi possível a instalação de alguns postos de profilaxia de combate à malária e à ancilostomíase na periferia do Distrito Federal.³³

No caso da lepra, ausente da política de saúde pública levada a cabo pelo governo federal, o papel a ser desempenhado pela iniciativa privada seria mais determinante. Tal como na tuberculose e na sífilis, em torno do combate à lepra se organizaram entidades filantrópicas,

³¹ Id., ib., p. 181-2.

³² SANTOS; FARIA, 2003, p. 41-4.

³³ Id., ib., p. 45; HOCHMAN, 1998, p. 77.

consideradas as grandes parceiras do Estado.³⁴ Na mesma medida em que o caráter crônico da lepra e os custos elevados para manutenção de instituições de isolamento acabariam por manter sua profilaxia numa área alheia à atuação do governo, esta ausência seria o mote principal para a adoção do combate à doença por entidades privadas. Além destes fatores, a incurabilidade da lepra parece ter reforçado certa noção de que o cuidado com a doença relacionava-se à piedade cristã. Este elemento é fundamental para compreendermos a especificidade que envolvia estas entidades, cujas finalidades eram definidas pela minimização do sofrimento do leproso e de sua família, oferecendo a ‘*proteção aos leprosos*’, o ‘*amparo das famílias dos leprosos*’ ou ‘*abrigo e instrução dos filhos dos lázaros*’. A partir de 1915, inúmeras associações foram criadas com este perfil caritativo, congregando o ideário cristão ao apelo nacionalista que dominara a discussão sobre a saúde pública no Brasil.³⁵

A entidade de maior visibilidade em São Paulo foi a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, criada em 1926 por Alice de Toledo Tibiriçá. Esta Sociedade foi o modelo de organização de inúmeras outras congêneres em todo o país, como a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra da Capital Federal, criada em 1928.³⁶ Além de assemelharem-se pelo discurso que coadunava fins humanitários e patrióticos, seus integrantes pertenciam à elite brasileira e possuíam estreitos laços com o poder público. Por outro lado, devemos destacar também que estas entidades sempre reforçavam o importante papel que a medicina poderia desempenhar, mesmo junto a uma doença incurável, seja mitigando o sofrimento do leproso ou protegendo a população sã de seu contágio. Seus

³⁴ No caso da tuberculose a atuação da Liga Brasileira, entidade filantrópica organizada para combater a doença, foi analisada no trabalho NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *Fundação Ataulpho de Paiva — Liga Brasileira contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro, Quadratim/FAPERJ, 2001, 156p.

³⁵ Um pequeno perfil das mais importantes entidades privadas que se dedicaram à questão da lepra ver SOUZA ARAÚJO, Heráclides César de. A importância da cooperação privada na profilaxia da lepra - resultados já obtidos no Brasil. Lição dada em 9/11/1936, no curso do Centro Internacional de Leprologia. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, ano 45, n. 1, jul. 1937, p. 27-32. Ver também SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 488-96.

³⁶ A presidência e a vice-presidência de honra desta entidade caberia a Sofia Pereira de Souza e Eglantina Penteado Prado, respectivamente esposas do presidente Washington Luiz e do prefeito da capital federal, Prado Júnior. Sobre a relação entre lepra, caridade e filantropia ver CURI, Luciano Marcos. “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”: lepra e isolamento no Brasil 1935-1976. 2002. 231 p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História. p. 65-133.

objetivos não se restringiam à construção de hospitais de isolamentos ou preventórios para filhos de leprosos, empreendendo ainda uma multiplicidade de ações que procuravam fornecer maiores informações sobre a lepra e melhorar seu diagnóstico, o que contribuiria para dar maior visibilidade ao problema no país. Estas entidades realizavam conferências, especialmente voltadas para as escolas públicas, publicavam artigos e folhetos de divulgação, organizavam campanhas educativas sobre a lepra e eventos como a Semana do Lázaro ou a Semana da Lepra.³⁷

Se inicialmente encontramos estas sociedades de assistência aos leprosos recolhendo roupas e donativos, conforme o problema da lepra ganhava visibilidade e, ao mesmo tempo, a ausência do poder público se fazia sentir, a arrecadação de recurso se direcionaria para a construção de asilos e colônias de isolamento. Estas entidades buscarão na medicina o suporte científico para suas ações filantrópicas, seus dirigentes não apenas partilhavam do diagnóstico de que para superar o atraso do país era necessário resgatar sua população miserável e doente, como também viam a higiene como o instrumento de transformação da realidade nacional. Nesta perspectiva é que inúmeros eventos eram promovidos pelas sociedades de proteção aos leprosos para debate e divulgação de aspectos clínicos e terapêuticos da doença, como a Conferência de Uniformização do Tratamento da Lepra no Brasil, realizada em 1933. Organizada pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, a conferência apresentaria um plano geral de campanha contra a doença, com a proposição de criação de “*um organismo técnico central coordenador e orientador das atividades nacionais*”³⁸ visando o combate à lepra. Parte integrante desta lógica em que a iniciativa privada poderia contribuir para controlar o problema da lepra no país foi a medida anunciada, em 1927, por Guilherme Guinle de criação de um leprosário no Rio de Janeiro, nos mesmos moldes do norte-americano de Carville, a ser mantido pelo governo federal. Os

³⁷ Id., ib., loc. cit.

³⁸ SESSÃO de 5 de outubro de 1933. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, 1933-1934, jul.-jun., p. 416-7.

jornais dariam ampla cobertura à benemerência de Guinle, que já havia criado a Fundação Gaffrée-Guinle, destinada ao combate às doenças venéreas, e o Instituto do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz. Porém, este leprosário jamais seria construído com os recursos de Guilherme Guinle.³⁹

É importante também considerarmos que esta relação entre a iniciativa privada, o Estado e a medicina nem sempre se fez sem conflitos e tensões. Ainda que o ideário nacionalista tenha estabelecido um papel missionário para a higiene, no contexto de salvação nacional em que o projeto de modernização do país fora estabelecido, muitas vezes a atuação das entidades de defesa da lepra era questionada, especialmente os limites entre esta ação filantrópica e os deveres do Estado. Em trabalho de 1916, Ribas informava que em inúmeras cidades do interior de São Paulo a assistência aos leprosos era realizada pelas Associações Protetoras dos Morféticos, que socorria os doentes nas vilas estabelecidas fora do perímetro urbano. Apesar de reconhecer a “*nobre intenção*” de tal ação, “*(...) do ponto de vista profilático quase nada se adiantou, sendo ainda verdade que as denominadas vilas de São Lázaro facilitam muitas vezes o trânsito dos leprosos.*”⁴⁰ Quando, em 1919, o governo de São Paulo entregou à Santa Casa de Misericórdia daquele estado a execução de medidas de combate à lepra, o médico Ribeiro de Almeida responderia em comunicação à Sociedade de Medicina e Cirurgia:

“Nem se compreende que o estado delegue poderes a uma sociedade privada para realizar a profilaxia de qualquer moléstia infecciosa, principalmente a que nos referimos. Ao governo federal, notadamente se for criado o Ministério de Saúde Pública, competirá a profilaxia da

³⁹ Sobre o leprosário Guinle ver SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 510-6; SANGLARD, 2003, p. 217-8. Guinle participaria ainda da criação do Centro Internacional de Leprologia, criado em 1934 os auspícios da Liga das Nações, com contribuições equivalentes do empresário e do governo federal. Cf. SANGLARD, 2003, p. 219-23.

⁴⁰ RIBAS, Emílio. A lepra – sua freqüência no estado de São Paulo – meios profiláticos aconselháveis In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 172.

lepra em todo o país afim de, principalmente, coordenar os esforços realizados em todas as unidades da federação.”⁴¹

Entretanto, os avanços verificados na legislação brasileira no campo da profilaxia rural, como vimos, não incluíram a lepra dentre as prioridades sanitárias do Estado. A doença ainda se manteria como um problema específico dos estados, que deveriam organizar o seu combate contando com seus próprios recursos financeiros e técnicos, o que definiria ser este um campo prioritário para a ação filantrópica que se imbuíra do mesmo ideário nacionalista que marcaria o movimento sanitarista na primeira República. No entanto, tal como os ‘sanitaristas’ que travaram um embate para inclusão das endemias rurais na agenda política do governo federal, os leprólogos também realizaram um esforço para dar maior visibilidade à lepra e dimensionar o tamanho e a extensão deste ‘flagelo’ que assolava no país.

4.2 Uma batalha estatística

“Aos médicos, pois, cabe entre nós desde já a vanguarda n’essa humanitária campanha - Faça-se a lepra conhecida, e ele será temida.”

(Pizarro Gabizo)⁴²

Segundo a leitura do relatório da sessão em que foi apresentado o trabalho de Adolfo Lutz sobre a transmissibilidade da lepra, a Comissão de Profilaxia realizaria um censo sobre a doença, que seria executado por uma Comissão de Estatística. Esta sessão foi assistida pelo

⁴¹ *Apud* SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 337. O Código sanitário de São Paulo, aprovado em 1917, elaborado pelo médico Arthur Neiva, seguia a legislação federal e estabelecia que nos casos de lepra a autoridade sanitária procederia como na tuberculose, de acordo com instruções especiais por não haver colônias para leprosos para o isolamento obrigatório.

⁴² GABIZO, Exposição do diretor do Serviço Clínico do Hospital dos Lázaros, Dr. João Pizarro Gabizo In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 75.

presidente da Comissão, o médico Carlos Seidl, e o ministro da Justiça e Negócios Interiores, Dr. Carlos Maximiliano. Seidl fez questão de explicar ao ministro da Justiça, pasta responsável pela questão de saúde até 1930, que este censo estava sendo “*penosamente organizado*” através de um questionário a ser encaminhado aos médicos do Distrito Federal, atendendo “(...) *a necessidade do levantamento da estatística da lepra, base inicial dos serviços de profilaxia.*”⁴³

Apesar do cuidado de Seidl em esclarecer ao ministro Carlos Maximiliano a relevância dos trabalhos da Comissão de Estatística, o uso de dados quantitativos para o estudo dos problemas de saúde da população não era uma questão nova para a medicina. Segundo Rosen, os inquéritos sanitários longe de serem uma inovação eram o produto de uma longa evolução e, a partir do século XVIII, passaram a ser utilizados como poderosos instrumentos do sanitarismo moderno.⁴⁴ Embora empregadas em estreita relação com o poder do Estado e o controle social, as estatísticas, a partir do final do século XVI, viriam a ser entendidas como um instrumento de racionalidade governamental e expressão de uma tecnologia de governo. Este processo, denominado por Foucault de *governamentalidade*, deu origem a uma concepção moderna de governo e conferiria à estatística um significado e contorno político preciso, como motor e instrumento da arte de governar.⁴⁵

⁴³ LUTZ, Adolfo. Transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 128. Nos relatórios aprovados durante os trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra, entre 1915 e 1919, não encontrei mais nenhuma referência à Comissão de Estatística ou a qualquer resultado, parcial ou total, de suas investigações. Somente localizei nova citação à Comissão de Estatística em trabalho do médico Benigno Ribeiro sobre epidemiologia e profilaxia da lepra, apresentado no 3º Congresso Brasileiro de Higiene, ocorrido em São Paulo, em 1926. Segundo o médico, apesar dos esforços, a Comissão de Estatística não obteve qualquer resultado e, em agosto de 1918, dirigiu-se diretamente aos presidentes dos estados. Porém, nenhum estado enviou a estatística solicitada por não haver informações sobre a doença. Cf. RIBEIRO, Benigno. Epidemiologia e profilaxia da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 393.

⁴⁴ ROSEN, 1994, 137.

⁴⁵ SANTOS, Herberth Duarte dos. Disciplina e regulação: os dois pólos do poder da estatística. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 15, n. 1, p. 23-55. A expressão estatística vem do alemão *statistik*, fixado pelo professor Gottfried Achenwall em 1749, na cidade de Göttingen. Considerada ‘*a ciência do Estado*’ ou ‘*a ciência que se referia ao Estado*’, a estatística não se apresentava necessariamente na forma de números, muitas vezes era descritiva e literária. Segundo Senra, a estatística “*referia-se aos acontecimentos tidos como memoráveis ao entendimento de um Estado, descrevendo-se seu território e sua população, compondo assim referências a amparar a ação de seus dirigentes. Inventariando os recursos e as forças de um Estado, até então, oferecia-se*

Neste contexto, o imperativo da saúde e do bem-estar físico da população, entendido como uma nova função e um dos objetivos essenciais do poder político, possibilitou a emergência de saberes diversos que reforçaram o papel do corpo como uma realidade biopolítica. A função assumida pelos estudos estatísticos na gestão do corpo pode ser compreendida a partir da perspectiva em que o biológico integraria o registro do poder e a biopolítica da população designaria “(...) *o que faz com que a vida e seus mecanismos possam entrar no domínio de cálculos explícitos, e o que transforma o saber-poder num agente de transformação da vida humana.*”⁴⁶ Esta nova realidade estabelecia um poder moderno sobre a vida que opunha-se ao antigo direito de morte conferido ao soberano, instaurava a biopolítica da população e colocava em cena preocupações com questões como taxas de natalidade e mortalidade, duração da vida e nível de saúde, higiene e sexualidade.

A partir do século XVIII nota-se uma grande preocupação em produzir dados quantitativos sobre a população de um país e suas características, processo ao qual se somaram as tendências e influências da medicina, da sociedade e da economia. Segundo Rosen, a pressão das condições sanitárias, agravadas pelo processo de industrialização, serviria de estímulo às análises estatísticas de temas de saúde e ao uso de inquéritos e topografias médicas como um importante instrumento da medicina pública.⁴⁷ Sem dúvida, a estatística ganharia um grande impulso, não apenas com os efeitos negativos da Revolução Industrial no crescimento urbano e no agravamento das condições sanitárias das populações pobres, mas também com a

em documentos como espelho do príncipe, tomando-se o príncipe como a própria encarnação do Estado.” Cf. SENRA, Nelson de Castro. Informação estatística: política, regulação, coordenação. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 28, n. 2, 1999, p. 125.

⁴⁶ FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 4ª ed. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. p. 180. Sobre biopolítica ver também FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social In _____. *Microfísica do Poder*. 4ª ed. Org. e trad de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

⁴⁷ ROSEN, 1994, p. 135-41. Edler discute o aparente paradoxo, apontado por alguns historiadores, da rejeição progressiva, por parte dos higienistas europeus, dos fatores naturais em proveito dos sociais, na análise da produção das doenças a partir da aplicação da estatística para medir o impacto das condições ambientais sobre a mortalidade ou o estado de saúde. O autor analisa esta questão à luz do contexto em que o método estatístico estaria auxiliando as topografias médicas nas colônias, principalmente nas regiões tropicais. EDLER, 1999, p. 41-3.

constatação que a identificação de microorganismos não fora suficiente para explicar as causas da ocorrência das doenças transmissíveis. Este fato estimularia a utilização da estatística para buscar desvendar outros fatores que estariam interferindo neste processo, sendo instrumento auxiliar nos estudos sobre as causas da distribuição e frequência das doenças.⁴⁸

Ao analisarmos particularmente o caso da lepra não podemos deixar de considerar a bem sucedida experiência norueguesa de combate à doença, que seguiu esta trilha dos inquéritos sanitários do século XIX que procuravam conter os elevados custos econômicos e sociais das doenças transmissíveis. A ação do governo norueguês pautou-se pela afirmação da importância da realização de levantamentos específicos como parte integrante de uma política vitoriosa de combate à lepra. Os inquéritos regionais, que combinavam estudos epidemiológicos, investigação sanitária e social, constituíram-se no modelo utilizado para o levantamento das condições de vida do campesinato norueguês. A preocupação em circunscrever esta realidade levou à realização de seguidos censos epidemiológicos, em 1836, 1845 e 1852, que atestaram o incremento do número de leprosos. O forte impacto causado pelos seus resultados, que colocava a lepra entre as doenças mais frequentes da população rural norueguesa, instituiu a doença como o mais grave problema sanitário do país. A importância destas enquetes para a administração dos problemas sanitários do país levaria à fundação, em 1856, do Registro Nacional de Lepra. A produção de dados epidemiológica sobre a lepra serviu como suporte à constituição de um importante centro de pesquisa no Hospital Lungegaard, além da construção de uma rede de hospitais para tratamento dos leprosos, aspectos essenciais a serem considerados para o declínio da doença na Noruega.⁴⁹

Se a política norueguesa de combate à lepra se estabelecera como um modelo de sucesso a ser seguido, não tardaria para que a realização de estudos estatísticos sobre a doença

⁴⁸ CZERESNIA, Dina; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Militão de. Modelos de inferência causal: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 5, out. 1995, p. 415-23.

⁴⁹ Sobre a política de combate à lepra na Noruega ver 1.2 *Da discrasia do sangue ao micróbio*.

no Brasil se constituísse numa das principais demandas de nossos leprologos. Na realidade, a necessidade da formulação de dados quantitativos sobre a lepra não era uma questão nova, os trabalhos produzidos sobre a doença, ainda na primeira metade do século XIX, já apontavam para o imperativo de se precisar o número de leproso na cidade do Rio de Janeiro. A comprovação desta carência se somaria ainda à advertência recorrente dos médicos de que a lepra crescia assustadoramente no Rio de Janeiro, para o que recorriam aos dados constantes do movimento anual do Hospital dos Lázaros e à observação de que uma grande quantidade de leprosos vagava livremente na cidade. Este quadro fizera com que Azevedo Lima, diretor clínico do Hospital dos Lázaros, propusesse ainda em 1897 a “*criação de um registro estatístico de todos os leprosos*”.⁵⁰

Os dados constantes nos relatórios clínicos, apresentados anualmente ao provedor da Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária, administradora do Hospital dos Lázaros, se constituem numa das fontes disponíveis para estudarmos a frequência da doença na cidade do Rio de Janeiro. Apesar disto, devemos estar atentos para o fato de que apenas uma pequena parcela dos leprosos internava-se voluntariamente. De forma geral, o doente era conduzido ao Hospital dos Lázaros proveniente de outras instituições hospitalares ou pelas autoridades policiais, por estarem mendigando em vias públicas ou por se encontrarem em estágio bastante avançado da doença. Com frequência Azevedo Lima chama atenção para os diversos fatores que causavam a imprecisão dos dados numéricos da lepra. No relatório clínico de 1890, por exemplo, o médico observa certo aumento do número de entradas de doentes e afirma que para isto “*(...) não pouco concorreu a Santa Casa de Misericórdia, fazendo retirar de suas enfermarias, para serem tratados neste hospital, os leprosos que lá se acham.*”⁵¹

A constatação de que o doente só internava-se quando não tinha recursos ou esgotara as opções terapêuticas ao seu alcance somava-se à forma como obtinha a alta hospitalar, o que

⁵⁰ LIMA, Azevedo. A lepra no Brasil In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 74.

⁵¹ Id., Relatório apresentado à Irmandade do S. S. Sacramento da Candelária In Id., ib., p. 17.

tornava inócua a tentativa de dimensionar o problema da lepra no Rio de Janeiro. A solicitação de alta era um recurso freqüentemente utilizado pelos doentes internados como forma de escapar do isolamento a que era submetido no Hospital dos Lázaros.⁵² Segundo Azevedo Lima:

“(...) freqüentes passeios a São Paulo em cujo hospital vão passar uma temporada para mais tarde voltarem ao Rio de Janeiro. De fato, quando se sentem nostálgicos ou desejosos de viver em mais liberdade, pedem alta alegando meios para se tratarem fora do hospital; (...) e entram de novo para esse hospital espontaneamente ou por coação da polícia.”⁵³

A tabela abaixo nos mostra o movimento de doentes do Hospital dos Lázaros, entre os anos de 1890 e 1900. Através destes dados podemos tentar resgatar alguns aspectos que integravam as peculiaridades da hospitalização dos leprosos, especialmente quando cotejados com os relatórios clínicos deste período. Podemos perceber que a coluna que registra o número de doentes do hospital no início e final de cada ano, sob o título ‘existiam’ e ‘ficaram’, é razoavelmente estável. Ao contrário, as colunas de entrada e saída de doentes na instituição são bastante desequilibradas. Este fato é incompatível com as características intrínsecas à lepra no final do século XIX, uma doença incurável e com poucos recursos terapêuticos disponíveis, o que não justificaria um índice tão alto de saída de doentes. Esta tabela parece confirmar as queixas de Azevedo Lima sobre a alta hospitalar dos doentes do Hospital dos Lázaros, que seria reafirmada no relatório de 1898, por Pizarro Gabizo, seu sucessor no Hospital dos Lázaros. Gabizo informava que todas as altas daquele ano foram concedidas a pedido, esgotados os recursos para vencer a teimosia dos doentes que *“(...) solicitam insistentemente a sua retirada, preferindo exhibir a hediondez de seu mal diante da sociedade, de cujo bem estar*

⁵² Apud Id., ib., p. 18.

⁵³ Id., ib., loc. cit

se constituem pelo contato verdadeira ameaça.”⁵⁴ A maior parte dos óbitos eram creditados a uma ‘cachexia leprosa’, que era “(...) *do que sucumbiam os velhos asilados, em quem a moléstia havia causado profundas devastações orgânicas.*”⁵⁵

**Movimento de doentes do Hospital dos Lázaros
1890-1900, inclusive**

Ano	Existiam	Entraram	Saíram	Faleceram	Ficaram
1890	64	40	17	13	74
1891	74	28	21	19	62
1892	62	17	12	9	58
1893	58	41	6	20	73
1894	73	28	14	21	66
1895	66	37	30	11	62
1896	62	43	22	20	63
1897	63	45	30	9	70
1898	70	22	12	19	61
1899	61	35	13	21	62
1900	62	30	12	18	62

Fonte: SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 86.

Se levarmos em conta apenas a coluna dos doentes que ficaram no hospital veremos que este número foi mais ou menos constante por toda década de 1890, ao contrário das entradas e saídas do hospital, que oscilavam bastante. A estatística do Hospital dos Lázaros expressa graficamente o que os relatórios indicavam, que o médico não dispunha de qualquer forma de controle sobre o leproso, que recorria ao hospital apenas quando a lepra impossibilitava totalmente que obtivesse meios para sua subsistência ou quando a família já não dispunha de recursos para mantê-lo, funcionando nestes casos mais como um espaço asilar

⁵⁴ GABIZO, Pizarro João. Exposição do diretor do serviço clínico do Hospital dos Lázaros In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 80.

⁵⁵ Id., ib., p. 80.

que terapêutico. Não nos surpreende que, neste mesmo relatório, Pizarro Gabizo reivindicasse ao governo da República que legisse sobre a hospitalização do leproso e a profilaxia defensiva da lepra.⁵⁶

Interessante confrontarmos os dados do Hospital dos Lázaros, dedicado exclusivamente à lepra, com os apresentados pela Policlínica Geral do Rio de Janeiro, um hospital geral. Do total de 6.705 doentes atendidos no serviço de moléstias da pele e sífilis, a cargo do médico Silva Araújo, entre 1º de agosto de 1882 e 7 de abril de 1897, 131 casos eram de lepra. Segundo Azevedo Lima, Silva Araújo afirma que o número seria superior se tivesse admitido todos os doentes leproso que se apresentaram em seu serviço clínico. Porém, o médico explica que, adepto da doutrina contagionista da doença, encaminhava os casos confirmados para o Hospital dos Lázaros, para não submeter seus pacientes ao contato com leproso na longa espera do ambulatório. Silva Araújo atendia apenas os que insistiam em não se hospitalizar e os que desejavam experimentar alguns “(...) *dos tratamentos mais recomendados pelos grandes leprologistas.*”⁵⁷ A estatística apresentada por Silva Araújo fornece-nos a incidência da doença no total de atendimentos da Policlínica do Rio de Janeiro em cada grupo de mil pacientes, que seria de 1,95. Porém, conforme o médico fez questão de acrescentar, este índice altera-se bastante, subindo para 3,95, se for levado em consideração que os dois primeiros milheiros seriam os verdadeiros representantes da frequência de leproso em sua clínica, porque destes não encaminhara nenhum para o Hospital dos Lázaros.⁵⁸

⁵⁶ Id. ib., loc. cit.

⁵⁷ Segundo Silva Araújo, do total de 131 casos confirmados 78 eram homens e 53 mulheres; os brancos respondiam por 95 casos, 25 eram mestiços e 11 negros; 91 eram brasileiros, 33 portugueses, 3 italianos, 2 espanhóis, 1 paraguaio e 1 africano. LIMA, Azevedo. A lepra no Brasil In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 71.

⁵⁸ Loc. cit.

Estatística dos casos de lepra ocorridos no serviço de moléstias cutâneas da Policlínica do Rio de Janeiro, de 1882 a 1897, a cargo do Dr. Silva Araújo.

Número de doentes inscritos	Casos de lepra diagnosticados
Do 1° ao 1.000°	21
Do 1.001 ao 2.000°	56
Do 2.001 ao 3.000°	15
Do 3.001 ao 4.000	6
Do 4.001 ao 5.000	7
Do 5.000° ao 6.705	8
Total	131

Fonte: LIMA, Azevedo. A lepra no Brasil In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 71

Independente dos números sobre a lepra apresentados nas estatísticas disponíveis, os médicos expressavam frequentemente a percepção do aumento do número dos casos da doença, que ganhava contornos dramáticos com a constatação de que tal situação não se fazia acompanhar por nenhuma medida profilática oficial. A doença alcançara o patamar de *'flagelo nacional'* no discurso dos médicos comprometidos com o seu combate na clínica cotidiana, que reclamavam o lugar para lepra entre as endemias nacionais. O objetivo desta batalha era que o Estado assumisse a montagem de uma estrutura burocrática e um aparato regulador que definiria as medidas concernentes à profilaxia e ao controle da lepra no país. Este processo deveria ser precedido pela produção de dados que confirmassem a necessidade de maior atenção à lepra, a observação numérica deveria refletir o potencial de risco, econômico e social, que a doença representava para a sociedade brasileira.

A produção estatística sobre a lepra deve ser compreendida como um importante investimento dos leprólogos para garantir que o Estado assumisse a doença como um relevante problema sanitário, da mesma forma que outras doenças que acometiam a população brasileira e ganharam maior visibilidade, como a malária e a doença de Chagas. No discurso formulado sobre a lepra, do final do século XIX à década de 1920, podemos perceber que foram muitos os recursos mobilizados pelos leprólogos, materiais e simbólicos, para que o Estado

capitaneasse uma política pública de combate à lepra, e a produção de números sobre a doença fez parte deste contexto.

Se a lepra não estava incluída dentre as prioridades sanitárias do Estado brasileiro, era esperado que não houvesse a produção de dados sobre a doença. A atividade censitária no Brasil era ainda bastante incipiente na primeira década do século XX e, se o Estado era o grande demandante da produção estatística, no caso da lepra não havia qualquer pressão neste sentido, cabia ainda incluí-la dentre as prioridades da política de saúde do governo brasileiro. As estatísticas da lepra eram produzidas pelos médicos em âmbito regional e, em alguns poucos casos, pelos estados e municipalidades onde a doença já havia conquistado seu espaço na pauta dos serviços sanitários. A situação do estado de São Paulo nos fornece um excelente exemplo. Em trabalho apresentado sobre a frequência da lepra no estado, no 1º Congresso Médico Paulista, em 1916, Emílio Ribas informa que a estatística mais completa foi a realizada pelas prefeituras municipais. Segundo Ribas, foram enviados questionários a 171 municípios, deste total 106 acusaram a existência da lepra, 28 atestaram a inexistência da doença e 37 não forneceram qualquer dado. Este levantamento contabilizava um total de 1.711 doentes no estado de São Paulo, mas, o próprio Ribas questiona a precisão do resultado obtido pelo mesmo problema que Azevedo Lima indicara em 1897 e Gabizo em 1898: a vida errante dos doentes e o fato dos leprosos de estados vizinhos internarem-se em território paulista.⁵⁹

Apontando problemas similares, Souza Araújo apresenta a frequência da lepra no estado do Paraná, cuja estatística aproximada havia sido baseada “(...) *em dados pessoais e informações que pedimos por carta a alguns colegas que clinicam nas regiões mais longínquas, dos morféticos existentes nas cidades e principais vilas (...).*”⁶⁰ Este levantamento totalizara 200 casos, mas o médico considerava que igual número poderia ser

⁵⁹ RIBAS, Emílio. A lepra – sua frequência no estado de São Paulo – meios profiláticos aconselháveis In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 173.

⁶⁰ SOUZA ARAÚJO, A profilaxia da lepra no Paraná In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 186.

encontrados nos sertões “(...) *por quem se sujeitar a viajar por todo estado, munido de um laboratório bacteriológico de excursão, e disposto a trabalhar.*”⁶¹

Mas, seria o 8º Congresso Brasileiro de Medicina, realizado em concomitância com o 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, no Rio de Janeiro, em outubro de 1918, que nos permite perceber a relevância que a questão adquire e as dificuldades e os limites dos dados numéricos apresentados sobre a lepra no período. A comissão executiva deste congresso, sob a presidência de Fernando Terra, propôs o tema sobre a frequência e distribuição da lepra nos estados brasileiros a diversos relatores.⁶² Pretendia-se mais uma vez tentar traçar um amplo painel da doença a partir de dados obtidos nos registros dos ambulatórios, hospitais e, em especial, nos informes dos clínicos que se dedicavam à especialidade das doenças de pele.⁶³ Os médicos foram nomeados presidentes das comissões regionais e relatores dos trabalhos e, atendendo a convocação de Fernando Terra, foram apresentados os seguintes relatórios: por Pernambuco, Manoel Alexandrino da Rocha; por Sergipe, José Rodrigues da Costa Doria; na impossibilidade de apresentar dados sobre o estado do Rio de Janeiro o médico Alberto Cruz apresenta trabalho sobre Campos; pelo Pará, Jayme Aben-Athar; pela cidade do Rio de Janeiro, Fernando Terra; pelo Maranhão, Marcelino Rodrigues Machado; pelo Ceará, Carlos da Costa Ribeiro; pelo Paraná, Heráclides César de Souza Araújo; por Minas Gerais, Antônio Aleixo e por São Paulo, Emílio Ribas.⁶⁴

Nem todos os relatórios apresentados traduziram em números a frequência da lepra em sua região, as dificuldades colocadas para execução de um trabalho de tal monta não impediu que os estudos apontassem que a doença vinha aumentando, com exceção de Pernambuco e

⁶¹ Id., ib., loc. cit.

⁶² Segundo Sérgio Carrara, no caso da sífilis a necessidade de estatísticas mais amplas e confiáveis também se fazia sentir e no âmbito deste congresso os sifilógrafos foram encarregados de estabelecer a extensão exata da doença. CARRARA, 1996, p. 117.

⁶³ TERRA, Fernando. Notas sobre a lepra In *Boletim do 2º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia*. Montevideu: Imprenta El Siglo Ilustrado, 1922. p 708.

⁶⁴ Cf. SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 211-55.

Sergipe, que consideram a lepra rara em seus estados. A dificuldade de expressar em número o *'flagelo nacional'* foi creditada também à grande extensão territorial, somada à precária organização sanitária do país. As estruturas burocráticas voltadas para atenção da saúde da população pobre, se eram precárias ou inoperantes nas grandes cidades, eram inexistentes no interior do país. Acrescenta-se a este fato a forma assumida pela atuação do poder público na área de saúde, estabelecida pela Constituição de 1891, que somente sofreria uma inflexão a partir de 1910, quando governos estaduais começam a solicitar auxílio federal para debelar focos de peste e febre amarela.⁶⁵ Devemos lembrar que, somente após 1920, haveria um rearranjo institucional que possibilitaria ao Estado ampliar sua ingerência na execução dos serviços sanitários, aumentando as responsabilidades e o controle do governo federal sobre a saúde pública.

Embora não houvesse demanda do Estado na elaboração de números sobre a lepra, tal produção integrou a missão de que se imbuía os leprólogos em dar maior visibilidade e, conseqüentemente, conter o avanço da doença no país. Mas, se por um lado podemos compreender os limites materiais impostos à realização de uma estatística da lepra, outras questões envolveriam a formulação do discurso sobre a doença. Para instituir a lepra como um *'flagelo nacional'* era necessário dar sustentação a este discurso e os dados estatísticos sobre a doença deveriam servir como uma representação inquestionável de seu incremento no Brasil. Este arranjo, que produziria números impressionantes sobre a lepra no Brasil, funcionaria por um largo período, integrando os leprólogos no mesmo campo discursivo. Porém, no momento em que a direção da política de combate à lepra no país foi assumida por uma parcela destes médicos, que definiu suas diretrizes básicas e o contorno que assumiria o isolamento do leproso na década de 1920, estabeleceu-se uma cisão entre os leprólogos.

⁶⁵ HOCHMAN, 1998, p. 102-3.

Até a década de 1920 os números da lepra no país foram estabelecidos a partir de trabalhos dos mais eminentes especialistas e, de forma geral, eram repetidos em inúmeros estudos. Segundo Souza Araújo, as estimativas de Otávio de Freitas, de 5 mil leprosos; de Adolfo Lutz, de 10 mil e de Fernando Terra, de 12 mil; eram as mais citadas ao longo deste período. No trabalho *A Lepra no Brasil*, de 1921, Belmiro Valverde estimou em 15 mil o total de leprosos no país; em 1922, Sérgio de Barros Azevedo, durante a Conferência Americana da Lepra, estimaria entre 13 mil e 15 mil.⁶⁶ Se a questão do total dos doentes de lepra no país era um terreno livre para especulações, a partir da criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em 1920, os dados estatísticos constituirão mais um campo de disputas entre os especialistas, já que o órgão reivindicará para si o privilégio de estabelecer oficialmente o número total de leprosos no país.

Esta tensão ficará evidente nos estudos apresentados pelos leprólogos neste período. Se, por um lado, a produção de dados estatística era peça fundamental para elaboração de projeto de profilaxia para a doença, além de se constituir na prova material do incremento da doença, por outro poderia aprisionar o Brasil numa imagem de *'país leproso'*. Em 1916, o médico Mário Mourão já levantara a importância de termos dados mais precisos sobre a lepra, pois o Brasil figurava na carta da repartição geográfica da doença, organizada por Adrien Proust, ao lado da Colômbia, “(...) *que é o país mais leproso do mundo, dando a espantosa cifra de 30.000 morféuticos para 4.000.000 de habitantes (...).*”⁶⁷ Logo, o discurso do *'flagelo nacional'* conviveria de forma ambígua com certa preocupação em expressar em números o tamanho da ameaça que a lepra representaria ao país.

Esta será a tônica do debate travado na Academia Nacional de Medicina, em 1926, que colocaria em campos opostos Belisário Penna, Oscar da Silva Araújo e Eduardo Rabello. De

⁶⁶ SOUZA ARAÚJO, Estudo estatístico da lepra no Brasil In *Jornal do Comércio*, 29 de outubro de 1936. COC/Fiocruz, Fundo Souza Araújo, SA/RJ/19111125

⁶⁷ MOURÃO, Mário. A morfêia nos estados de Minas e São Paulo – sua profilaxia. Sua curabilidade In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 177.

um lado tínhamos Belisário Penna, que se exonerara em 1922 do cargo de diretor do Saneamento e Profilaxia Rural, por divergência com Carlos Chagas, chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública, sobre as diretrizes do órgão. Do outro, Eduardo Rabello e Oscar da Silva Araújo, respectivamente inspetor e subinspetor da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, subordinada a este mesmo departamento.

Com a criação da Inspetoria, novos números sobre a lepra foram apresentados, as autoridades sanitárias pretendiam que estes figurassem como a expressão oficial da doença no país. Nesta disputa estatística não podemos deixar de considerar o verdadeiro embate político se dava em torno do que os números da lepra evidenciavam, ou seja, o alcance da atuação do poder público sobre a doença. Se os médicos dividiam-se em campos opostos ao quantificarem o número de casos de lepra no país, esta cisão se daria ainda entre os que integravam ou apoiavam a política executada pelo governo federal no combate à doença. O que os números da lepra, após 1920, colocavam em questão eram as medidas sanitárias executadas pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. A partir da criação de um órgão federal responsável pela condução da profilaxia da lepra, parecia claro aos seus integrantes que deveria haver uma contenção das estatísticas que colocavam o país dentre os de maior incidência da doença. Sérgio Carrara observa este mesmo processo em relação sífilis que, com a criação da Inspetoria e da primeira campanha nacional para seu combate teve atenuado significativamente o alarme estatístico que acompanhava as reivindicações por ‘*medidas acauteladoras*’ e as críticas à imobilidade das autoridades diante do perigo de sua difusão.⁶⁸

Belisário Penna, que desde o início da década de 1920 vinha dedicando-se à questão da lepra no Brasil e publicara uma série de artigos sobre o tema no *O Jornal*, estimava o total de 34.000 leprosos no país. Segundo o médico, este número fora alcançado a partir de informações oficiais e particulares que havia recebido de médicos, farmacêuticos e leigos, de

⁶⁸ CARRARA, 1996, p. 119.

diversas regiões do Brasil, especialmente São Paulo e Minas Gerais, “(...) *mas que, infelizmente, não posso fazer uso, porque à exceção de uma, todas contém a recomendação muito acentuada de não ser mencionado o nome do informante, para não sofrer depois perseguições políticas.*”⁶⁹

A resposta à Belisário Penna não tardaria e, em sessão de 24 de junho de 1926, Oscar da Silva Araújo e Eduardo Rabello colocariam a discussão sobre a estatística da lepra no âmbito da política executada pela Inspetoria, que consideravam ser o objeto real da crítica do médico. E, em oposição ao número de leprosos encontrado por Belisário Penna, Araújo e Rabelo expunham os dados obtidos pela Inspetoria, que eram apresentados como “*o censo até hoje oficialmente apurado.*”⁷⁰

Estatística dos leprosos de 1920 até 31 de dezembro de 1925

Estado	Nº doentes	Estado	Nº doentes
Amazonas	691	Espírito Santo	22
Pará	2.013	Rio de Janeiro	68
Maranhão	653	Distrito Federal	1.294
Piauí	21	São Paulo	4.115
Ceará	466	Paraná	370
Rio Grande do Norte	68	Santa Catarina	106
Paraíba	22	Rio Grande do Sul	164
Pernambuco	298	Minas Gerais ⁷¹	601
Alagoas	32	Goiás	2
Sergipe	9	Mato Grosso	97
Bahia	62	Total	11.174

Fonte: Informes do Inspetor de profilaxia da lepra, 1927.⁷²

⁶⁹ PENNA, Belisário. O problema da lepra no Brasil In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 414.

⁷⁰ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 419.

⁷¹ O recenseamento dos casos de lepra no estado de Minas Gerais ainda estava sendo realizado. Cf. Id., ib., p. 421.

⁷² SESSÃO da Academia Nacional de Medicina In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 419.

Além da discussão sobre a política de isolamento que era executada pela Inspetoria, da qual Belisário Penna era ardente opositor, a produção de dados estatísticos superdimensionados como forma de chamar atenção do poder público, que havia tornado mundialmente conhecidos países como a Colômbia e o Japão, pela intensidade da endemia leprosa, seria duramente criticada.⁷³ Eduardo Rabelo e Silva Araújo argumentavam que antes da realização de censos oficiais a Colômbia tinha estimado 200 mil leprosos e o Japão cerca de 300 mil, após a realização destes inquéritos estes números caíram para 6.568 e 16.261, respectivamente. Apesar disto, estes dois países viam-se às voltas com a tentativa de desfazer a reputação que os dados exagerados haviam lhes conferido.⁷⁴ Rabelo e Silva Araújo lembravam que nem todas as notificações de lepra feitas por profissionais eram confirmadas e questionavam ainda o fato de Belisário Penna ter empregado o cálculo de probabilidade para chegar aos números da lepra no Brasil e, no caso dos outros países, ter utilizado censos organizados. O cotejo destas informações colocava o Brasil em situação alarmante, comparável à da Índia, o que significava uma depreciação da nossa situação sanitária e avaliava “(...) *injustamente a atitude do governo e das autoridades sanitárias* (...)”.⁷⁵

Parece-nos que Belisário Penna se prendia a uma retórica discursiva que seria momentaneamente abrandada, processo concomitante à criação da Inspetoria de Profilaxia. É importante ressaltar que neste órgão grandes especialistas, com reconhecida liderança no meio científico, assumiram a posição de formuladores e executores da política de combate à lepra no país. No entanto, esta estratégia discursiva de superdimensionamento dos dados estatístico se manteria ainda ao longo da década de 1920, tensionada não mais pela inexistência de uma política oficial de combate à lepra, mas pelo tratamento que o tema do isolamento teria no âmbito da Inspetoria.

⁷³ Segundo Obregón, a ‘*retórica do exagero*’ na Colômbia foi, por um lado, eco do temor de uma epidemia leprosa que havia assaltado o mundo no final do século XIX e, por outro lado, fez parte do processo de medicalização na doença e profissionalização da medicina no país. Cf TORRES, 2002, p. 180-4.

⁷⁴ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 419.

⁷⁵ Id., ib., p. 418.

A questão da estatística da lepra voltaria a ocupar a Academia Nacional de Medicina no ano seguinte. Na sessão de 15 de julho de 1927, Oliveira Botelho alude ao fato de haver duas estatísticas de lepra para o estado de São Paulo, uma oficial e outra verdadeira. O cálculo verdadeiro duplicaria os dados da estatística oficial que, apesar dos esforços empregados, não podia ser rigorosamente feita. Botelho informava que se baseara nas informações do Inspetor Chefe da Profilaxia da Lepra em São Paulo, José Maria Gomes, que estimava em mais de 5 mil os leprosos do estado. Partindo desta afirmação Botelho presumia que no Brasil haveria 70 mil doentes de lepra que representaria, relativamente, *‘a maior cifra do mundo’*.⁷⁶ Diante desta situação, Botelho proporia *‘realização de um censo positivo e devidamente feito’*, que deveria servir de base a uma campanha eficaz e válida contra a lepra.

Eduardo Meirelles classificaria de fantasiosa a cifra apresentada por Botelho, mas seria Oscar da Silva Araújo que, mais uma vez, situaria com precisão a discussão no âmbito da política traçada pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra. Para Silva Araújo, a estatística da lepra apresentada pela Inspetoria era inquestionável já que a notificação compulsória era uma realidade e, mais do que isto, *“(...) baseando-me em dados estatísticos reais, organizados pela Inspetoria enquanto à existência da lepra nesta cidade e nas estimativas anteriormente feitas, posso provar que há 200 anos havia no Rio de Janeiro tantos leprosos quanto hoje.”*⁷⁷ O médico conclui durante o debate que, no Rio de Janeiro, a lepra havia mesmo reduzido seu número de forma impressionante, excluídos do total dos casos apresentados os que vinham de estados limítrofes.⁷⁸

A questão da inconveniência e imprudência de tais estatísticas fantasiosas figurarem na ata da Academia Nacional de Medicina foi destacada por Meirelles e Silva Araújo. Segundo Silva Araújo, estas estatísticas sempre surgiam em torno dos meses de junho e julho, data de

⁷⁶ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 15/07/1927. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 98, nº 9, 1926, p. 205.

⁷⁷ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 21/07/1927. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 98, nº 9, 1926, p. 272.

⁷⁸ Id., ib., loc. cit.

aniversário da Academia, que completaria seu centenário em dois anos, quando estariam presentes delegações estrangeiras de associações congêneres. Para o médico, parecia “(...) imprudente e até pouco patriótico, dar eu motivo para a duplicação anual dos leprosos e não seria, certamente, muito agradável que a Academia comemore o seu centenário registrando a existência de 280.000 leprosos no país.”⁷⁹ Além disto, Silva Araújo lembrava que as estatísticas exageradas publicadas, eram traduzidas e impressas em jornais internacionais e em centros de imigração, “(...) com evidente detrimento para nós e inconveniente para o país”, fato que levava ao conhecimento de “autoridades superiores da República”⁸⁰ Não apenas Silva Araújo rechaçava as estatísticas reputadas como fantasiosas, como também o fato destas publicações internacionais frisarem que o governo brasileiro não tomava nenhuma providência contra a propagação da lepra.

Antes da criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas o alarmismo em torno do total de leprosos, que comumente compunha os estudos sobre a doença, apresentava certa tensão ao afastar o país do ideal civilizatório pretendido. Devemos considerar que, ainda que a frequência da doença fosse avaliada como incompatível com a aspiração de progresso e modernidade que elite médica partilhava, este discurso tinha por função reivindicar maiores atenções do poder público ao problema da lepra, o que colocava todos os especialistas no mesmo campo. Esta estratégia discursiva reclamava o reconhecimento da doença como uma questão sanitária que atingia diferentes estados brasileiros e que se disseminava em grandes proporções, ao mesmo tempo em que reconhecia a total ausência da adoção de medidas eficazes para seu controle. Até a primeira metade da década de 1910 a demanda por estatística da lepra integrava este difuso quadro das reivindicações por políticas públicas na área de saúde. A partir deste período, o aprofundamento desta questão acirraria a constatação de que caberia aos médicos, pela omissão do Estado, a produção de dados numéricos que fornecessem a dimensão do problema

⁷⁹ Id., ib., p. 271.

⁸⁰ Id., ib., loc. cit.

a ser enfrentado. A preocupação em representar o perigo que a doença representava foi gradualmente crescendo, embalada pela politização que a questão do saneamento adquiriu nesta época e pela consciência de que a lepra deveria ocupar um lugar dentre as prioridades sanitárias do governo. Neste sentido, o 1º Congresso Sul-americano de Dermatologia e Sifilografia pode ser considerado um marco na tentativa de expressar numericamente e geograficamente a frequência da lepra no Brasil.

A criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas produziria uma cisão entre os especialistas da doença e um dos aspectos deste dissenso foi a produção dos números da lepra. No Brasil, a estatística da doença foi palco do embate entre os dados divulgados pela Inspetoria, que pretendiam ser a representação oficial da lepra, e os apresentados por nomes como Belisário Penna, que os apresentavam como a expressão verdadeira da doença no país. Neste embate, o que estava em causa também era o significado que a lepra adquirira, sua endemicidade tornara-se um elemento característico da distância dos ideais de modernidade e civilidade partilhados pela elite brasileira. E, como tal, Silva Araújo sublinhava ser uma obsessão constante verificada no país em “(...) *exagerar a situação, colocando-nos sempre em inferioridade deprimente nas comparações que se fazem.*”⁸¹ Entre o oficial e a fantasia se travou uma batalha em que os médicos experimentaram o dilema de fornecer os números que serviriam como subsídio à implantação de uma política de isolamento do leproso, sem que isto aproximasse o Brasil da reputação de ‘*país da lepra*’, tal como havia ocorrido com a Colômbia e o Japão.

⁸¹ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 15/07/1927. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 98, n. 9, 1926, p. 205.

4.3 A geografia da doença e seus conteúdos

*“O nosso espírito de brasileiro fica alarmado com o desenvolvimento que a moléstia vai tomando em todo o país, e, à medida que o flagelo se alastra, diminuem as medidas tendentes a combatê-lo”.*⁸²

(Mário Mourão)

A necessidade de construir materialmente a lepra, como forma de torná-la conhecida e ter circunscrito seu potencial de ameaça à saúde da população brasileira, levou os leprólogos a produzirem e demandarem a realização de dados estatísticos sobre a doença. Seria justamente a sensação partilhada pelos especialistas de que o recrudescimento da lepra no país não se fazia acompanhar por nenhuma medida sanitária que procurasse conter o seu avanço é que tornou imperioso dimensioná-la como o *‘flagelo nacional’*, categoria como fora assumida a doença neste processo discursivo. Era preciso, dar concretude ao problema da lepra no Brasil, o que significava conferir visibilidade e materialidade à doença para além do discurso médico, o que possibilitaria a negociação com o Estado e a sociedade de uma política de combate pautada no isolamento do leproso.

Podemos constatar que este movimento que reivindicava um lugar para a lepra dentre o programa de profilaxia das principais endemias brasileiras, que seria conduzido pelo Estado ao final da década de 1910, investiu recursos para torná-la uma doença conhecida tanto pelas autoridades, quanto pela população. Se os governos eram acusados de omissão frente à questão da lepra, a população era denunciada pela sua benevolente tolerância para com os leprosos que ocultavam a doença no seio da família ou os que, com menos posses, vagavam livremente vivendo da mendicância. Tornava-se necessário obter a adesão do Estado e da

⁸² MOURÃO, A morféia nos estados de Minas e São Paulo - sua profilaxia, sua curabilidade, 1916 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 175.

sociedade à idéia de que a disseminação da lepra colocava em risco os esforços para implementação de uma política de saúde à nível federal, especialmente por tratar-se de uma doença transmissível e crônica.

A produção de dados estatísticos sobre a lepra pode ser compreendida como parte necessária à elaboração de um plano de combate à doença e uma estratégia que procurava não só torná-la conhecida, como também expor à sua expansão sorrateira por todo o país. Além do esforço de quantificação da lepra, que procurava materializar pela objetividade dos números o desenvolvimento da endemia no Brasil, era necessário ainda circunscrevê-la territorialmente, isto é, definir onde a lepra incidia com maior freqüência e suas causas. Para tanto, voltemos ao 8º Congresso Brasileiro de Medicina, realizado em 1918, no Rio de Janeiro. Conforme tratamos anteriormente, este congresso ocorreu simultaneamente ao 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia e teve como tema, proposto pela comissão executiva, a freqüência e distribuição da lepra nos estados brasileiros. Os médicos relatores dos trabalhos apresentados no congresso tentaram traçar um perfil epidemiológico da lepra no Brasil, na tentativa de reafirmar que a distribuição e a freqüência da doença se constituíam peças essenciais na sua instituição como um fenômeno sanitário, cuja disseminação no país atingira um nível preocupante.

Foram apresentados trabalhos dos estados de Pernambuco, Sergipe, Pará, Maranhão, Ceará, Paraná, Minas Gerais e São Paulo. Na impossibilidade de levantar a freqüência da lepra em todo estado do Rio de Janeiro, o médico Alberto Cruz expôs dados do município de Campos e Fernando Terra a situação do Distrito Federal. Segundo os estudos apresentados a lepra foi considerada uma doença de baixa intensidade nos estados de Pernambuco e Sergipe; o Maranhão já apontava o crescimento da doença; no caso do Ceará e do Paraná os autores reforçavam a contaminação recente nestes estados, o que não impedia que a doença avançasse

rapidamente. Mas, seriam os dados dos estados do Pará, Minas Gerais e São Paulo que definiriam serem estes os grandes focos da lepra no território nacional.⁸³

Na verdade, estes trabalhos traziam pouca novidade em relação à distribuição da lepra, sua importância está em ter sido uma das primeiras tentativas de fazer uma carta geográfica da doença no país. Como veremos, este esforço de territorialização da lepra não orientaria a formulação de hipóteses específicas sobre a causa da maior incidência da doença em determinados estados da federação, que exigiria a caracterização do espaço de circulação do agente etiológico da lepra.⁸⁴ Consideramos que, mais do que o estudo dos determinantes da lepra, a conformação de sua distribuição física estava relacionada ao papel que cada estado deveria desempenhar no combate à doença. Conforme vimos anteriormente, uma das principais questões que dificultavam a realização de uma estatística da doença era o livre trânsito dos doentes entre os diferentes estados, pela ausência de medidas que regulamentassem o isolamento e pela inépcia dos governos em assumir a lepra dentre suas prioridades sanitárias. A transmissibilidade da lepra e os pesados custos de sua profilaxia exigiam que todos os estados atingidos pela sua endemicidade fossem partícipes em seu combate.

Independente da exatidão e amplitude dos dados estatísticos apresentados, desde a segunda metade do século XIX os estados de Minas Gerais e São Paulo eram unanimemente apontados pela crescente e assustadora presença da lepra. Conforme o médico Mário Mourão afirmara durante a realização do 1º Congresso Médico Paulista, em 1916, havia um enorme contingente de lepra em São Paulo e Minas Gerais, que eram considerados “*verdadeiras*

⁸³ A íntegra dos trabalhos sobre lepra apresentados no 8º Congresso Brasileiro de Medicina e 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia pode ser encontrada em SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 208-55 ou no 2º Boletim do 8º Congresso Brasileiro de Medicina e 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

⁸⁴ Sobre a interpretação a respeito da utilização do conceito de espaço em epidemiologia ver CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. The concept of space in epidemiology: a historical and epistemological interpretation. *Cad. Saúde Pública.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300002&lng=en&nrm=iso / Acesso 8 fevereiro 2007/

leprosarias nacionais”.⁸⁵ Os dois estados foram acusados de se descuidarem da profilaxia da doença, ainda que em diferentes graus. Neste mesmo congresso médico, São Paulo já anunciava que começara a tomar as primeiras medidas contra a lepra, sob a direção de Emílio Ribas. Ao contrário, o governo de Minas Gerais era acusado de permitir que os morféuticos transitassem e esmolassem livremente “(...) *pelas cidades, montados em esquálidas alimárias, compram e muito provavelmente vendem.*”⁸⁶

Durante os trabalhos da Comissão de Profilaxia, em 1915, Belmiro Valverde, ao discutir a teoria culicidiana da lepra, informava que o Amazonas estava dentre os estados em que a doença era de fraca intensidade, não se podendo “(...) *de longe sequer estabelecer comparações entre esse estado e alguns outros tais como São Paulo e Minas, os dois principais focos brasileiros (...)*”⁸⁷ Esta visão da indenidade do estado do Amazonas não era partilhada por Carlos Chagas, por exemplo, para quem a lepra significava uma “*calamidade social*” para toda região norte do país. Segundo Chagas, o “(...) *leproso é, naquelas terras, um indivíduo em pleno gozo de convívio coletivo, inconsciente do próprio mal e dos malefícios que de si podem irradiar.*”⁸⁸ Esta preocupação evidenciada por Carlos Chagas em relação ao problema da lepra neste estado era uma recorrência no discurso médico sobre a doença até o final da década de 1910, que conjugava a ausência de medidas sanitárias com o livre movimentação dos doentes.

De fato, a região norte do país não fora considerada um grande foco de lepra até que fosse desbravada pela missão científica integrada por Carlos Chagas, Pacheco Leão e João Pedroso, em 1912, com o objetivo de levantar as condições epidemiológicas e sócio-econômicas dos principais centros de produção da borracha, no vale do Amazonas. O relatório prefaciado por Oswaldo Cruz concluía que a frequência da lepra era intensa em todas as

⁸⁵ MOURÃO, Mário. A morfêia nos estados de Minas e São Paulo – sua profilaxia, sua curabilidade In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 175.

⁸⁶ Id., ib., p. 178.

⁸⁷ VALVERDE, Belmiro. Transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 133.

⁸⁸ CHAGAS, Carlos Apud SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 308.

regiões da Amazônia, sendo observada tanto nos centros populosos como no interior, indicando a necessidade de providências urgentes “(...) *para obstar malefícios maiores da doença, cuja tendência progressiva só terá paradeiro em medidas de profilaxia bem orientadas.*”⁸⁹ Assim, ao foco inicial da lepra, centrado nos estados de Minas Gerais e São Paulo, a década de 1910 viria ser acrescido de um novo: a região norte. Em 1926, Belisário Penna realizou uma conferência na Academia Nacional de Medicina sobre o problema da lepra no Brasil, onde pintaria com cores fortes esta nova geografia da doença:

*“(...) a lepra, que, desde alguns decênios, rompeu os diques dos dois grandes focos, um no Norte, constituído pelos estados do Amazonas, Pará e Maranhão, e outro ao sul, pelos de Minas e São Paulo, e vai inundando, em torrentes caudalosa e fulminante, todo o território, galgando serras, varrendo matas, arrasando cidades, vilas e campo, sacrificando pobres e ricos (...)”*⁹⁰

Em seu livro *O problema da lepra no Brasil*, publicado em 1921, posterior à sua participação na Comissão de Profilaxia, Belmiro Valverde classificava os estados brasileiros segundo a incidência da lepra. No primeiro grupo teríamos os estados em que a doença era pouco freqüente, como Piauí, Paraíba, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo e Mato Grosso; no segundo grupo enquadravam-se os estados em que a lepra era freqüente, tais como Amazonas, Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Paraná, Goiás, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal; no terceiro grupo estavam aqueles estados em que a doença grassava com grande intensidade, como Pará, Maranhão, Minas Gerais e São Paulo.⁹¹ Além das peculiaridades de cada região, que poderia contribuir para justificaria o

⁸⁹ RELATORIO sobre as condições médico sanitárias do vale do Amazonas apresentado a Sua Exa o Sr. Dr. Pedro de Toledo - Ministro da Agricultura, Industria e Commercio. In: OSWALDO Gonçalves Cruz: Opera omnia. [Rio de Janeiro: Impr. Brasileira], 1972. p. 47. Disponível em http://www2.prossiga.br/Ocruz/textocompleto/relatorio_amazonas/OpOm38-1.htm /Acesso 20 de outubro 2007/

⁹⁰ PENNA, Belisário. O problema da lepra no Brasil. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, ano 98, n. 9, 1926, p. 211.

⁹¹ Apud SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 480.

incremento da lepra, os leprólogos consideravam que o que unificava estes estados que apresentavam alta endemicidade era a total omissão com que a questão da doença fora tratada até então. A liberdade com que os leprosos transitavam, fugindo aos rigores das medidas sanitárias que eram discutidas, impunha que *“(...) os governos estaduais peçam leis de defesa aos Congressos respectivos e que se faça alguma coisa para impedir que o flagelo se alastre.”*⁹²

No caso do Rio de Janeiro sua atipicidade na distribuição da lepra se dava por diferentes motivos. Desde o final do século XIX os relatórios médicos do diretor clínico do Hospital dos Lázaros reforçavam o caráter específico que envolvia a incidência da doença na cidade, sua condição de capital contribuiria para isto ao concentrar um grande número de imigrantes e populações vindas do interior. Além disto, no Rio de Janeiro se concentrava uma relativa rede de serviços médicos, onde estava localizado o mais importante centro de pesquisa e terapêutica da doença, o Hospital dos Lázaros, instituição privada administrada pela Irmandade do Santíssimo Sacramento. Para este hospital recorriam leprosos provenientes de outros estados, que vinham *“movidos pela esperança de cura ou melhoras de saúde”*⁹³, o que aumentava consideravelmente a frequência da doença na cidade. Fernando Terra, ao apresentar o movimento do Hospital dos Lázaros e a notificação da doença no ano de 1918, indicou a presença de dois casos de lepra em Copacabana e outros numerosos em Botafogo, morro de Santa Tereza e ruas do centro. Mas, o médico ressaltava que a incidência da doença era maior entre a população de baixa renda:

“(...) Onde, porém há maior foco é para os lados de subúrbios, a começar no Rocha, e estendendo-se pelo Méier, Engenho de Dentro, Piedade, Cascadura, Jacarepaguá, Realengo, indo até Santa Cruz. Isto se explica pelo fato de ser o bairro mais procurado pelas famílias

⁹² MOURÃO, Mário. A morfêia nos estados de Minas e São Paulo-sua profilaxia, sua curabilidade In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 182.

⁹³ TERRA, Fernando. A lepra no Rio de Janeiro: seu aparecimento, frequência e forma In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 220.

pouco aquinhoadas da fortuna, e justamente são os pobres que mais pesado tributo pagam à doença."⁹⁴

Fernando Terra, ao redefinir numérica e espacialmente a lepra no Rio de Janeiro, constata o que hoje pareceria-nos óbvio, a maior frequência da doença nos bairros pobres da cidade. Esta questão estaria perfeitamente integrada à conjuntura que, ao longo da Primeira República, identificara nas precárias condições sanitárias da população brasileira o principal problema do país e transformara a saúde pública numa questão nacional. Este empreendimento em dar maior visibilidade à lepra foi reforçado por esta intensa mobilização em torno do projeto político em que se converteu a campanha pelo saneamento dos sertões, o que permitiria a atualização dos conteúdos da doença. Esta conjuntura em que foi produzido o discurso sobre a lepra torna relevante para nossa análise tentar perceber até que ponto a preocupação em quantificar e territorializar a distribuição da lepra levou em conta as condições sócio-econômicas das populações mais frequentemente atingidas pela doença e, especialmente, que limites foram conferidos a esta questão no discurso médico.

A descoberta do '*micobacterium leprae*' inserira a lepra na era bacteriológica e, tal como em outras doenças, o predomínio da causa única havia enfatizado a ação profilática sobre os leprosos, único reservatório conhecido do bacilo, e orientado a pesquisa terapêutica para a busca de uma vacina para a doença. Porém, já no início do século XX, havia a constatação de que a natureza bacteriana da lepra e a substituição da complexa explicação multicausal da doença pela causa única não haviam elucidado seu mecanismo de transmissibilidade e a forma de ação do bacilo no organismo, o que acabaria por mobilizar outros elementos na tentativa de esclarecer que fatores concorreriam para explicar este processo. Logo, a teoria bacilar conviveria com diferentes hipóteses que procuravam explicar a transmissão da lepra, o que conduziu a investigações sobre maior predisposição de

⁹⁴ Id., ib., loc. cit..

determinados indivíduos à doença, a busca por um vetor ou ainda o papel que o clima exerceria na virulência dos bacilos eliminados através da mucosa e da pele ulceradas.

À primeira vista, estaria em consonância com a década de 1910 considerar o papel das condições sociais na transmissão da lepra, o que evidenciaria certa circularidade do conteúdo entre o discurso sobre a lepra e o movimento sanitalista, que colocara em discussão o atraso e o abandono a que estava relegada a população brasileira pelo poder público. Se havia a concordância de que, além do bacilo, outros elementos contribuiriam e explicariam a transmissibilidade caprichosa da lepra e sua maior incidência em certas regiões, não havia consenso quanto aos fatores que podiam elucidar esta situação. Ao longo das três primeiras décadas do século XX, ao tomarmos o peso atribuído às condições higiênicas para a ocorrência da lepra no discurso médico, não será difícil percebermos que esta jamais foi uma questão consensual entre os leprólogos.

Ao analisarmos os relatórios finais da Comissão de Profilaxia da Lepra veremos que este não só não foi uma questão proposta para estudo, como nem mesmo teve qualquer destaque nas matérias analisadas. Encontraremos referência ao papel das condições higiênicas apenas tangencialmente aos temas principais que trataram da transmissibilidade da lepra e a relação entre a doença e o casamento, a profissão, a imigração, o domicílio e o isolamento. Sobre o papel que a situação sanitária desempenhava na transmissão das moléstias Adolfo Lutz assumia a posição de que esta era uma questão que obscurecia o tratamento do problema.⁹⁵ Esta opinião de Lutz não foi combatida em nenhum relatório da Comissão e, pelo contrário, foi corroborada por Henrique Aragão ao tratar também do tema da transmissibilidade da lepra. Aragão considerou que a falta de higiene por si só não poderia explicar a disseminação da doença, que deveria tender “(...) *a diminuir em cidades em que as condições higiênicas fossem melhoradas como no Rio e São em Paulo o que absolutamente não parece se dar, ocorrendo justamente o contrário, segundo a opinião geral.*”⁹⁶ Poderíamos

⁹⁵ LUTZ, Adolfo. Transmissibilidade da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 127.

⁹⁶ ARAGÃO, Henrique de Beaufrepaire. Transmissibilidade da lepra In Id., ib., p. 139.

argumentar que Lutz e Aragão orientavam suas pesquisas sobre a lepra segundo o protocolo da parasitologia, sendo os principais defensores da teoria culicidiana de transmissão da doença. Mas, mesmo entre os que combateram esta hipótese durante os trabalhos da Comissão, o papel das condições sanitárias em que vivia a população não seria um ponto de grande relevância. De forma geral, a questão foi minimizada ou ganhou destaque apenas quando esteve relacionada à possibilidade da existência de um vetor para a lepra. Assim, a alta incidência da lepra no norte do Paraguai poderia ser creditada de alguma forma à péssima situação higiênica das habitações da região, que favoreceria a proliferação de percevejos.⁹⁷ Nestes trabalhos as condições higiênicas estiveram sempre relacionadas à proliferação de insetos e ratos que foram considerados, ao longo deste período, como possíveis hospedeiros do bacilo da lepra.

Mas, a questão da higiene assumiria uma outra moldura ao relacionar a lepra à classe social, assumindo nova forma e um papel de destaque na propagação da doença. Fernando Terra e Juliano Moreira, no trabalho sobre lepra e isolamento, consideraram que somente em uma posição extremada as más condições higiênicas ou a pobreza poderiam ser consideradas na causalidade da lepra. Segundo os autores, a lepra atingiria igualmente os lares abastados, mas reconheciam que eram “(...) *os indivíduos das classes necessitadas que maior tributo pagam ao tremendo morbus.*”⁹⁸ Desde o século XIX, de forma geral, os médicos brasileiros consideravam que a lepra não atingia prioritariamente qualquer raça, nacionalidade, sexo ou classe social.⁹⁹ No entanto, a partir do final da década de 1910, o discurso que relaciona lepra e classe social torna-se bastante ambíguo. De maneira corrente os médicos passariam a considerar que, se por um lado a lepra não fazia nenhuma distinção social entre suas vítimas, por outro lado havia a concordância que a população pobre era a que apresentava os maiores índices da doença.

⁹⁷ VALVERDE, Belmiro. Transmissibilidade da lepra In Id., ib., p. 134.

⁹⁸ TERRA, Fernando; MOREIRA, Juliano. Lepra e isolamento In Id., ib., p. 158.

⁹⁹ Esta questão foi discutida no tópico 3.2 *De como se propaga o mal.*

A forma de harmonizar este aparente paradoxo sobre a transmissibilidade da lepra no discurso médico estava na dificuldade do diagnóstico precoce e na falta de cuidados sistemáticos com a saúde, ou seja, a ausência de poder público que era mais sentida nesta camada da população. Se a lepra atingia indistintamente qualquer classe social, quando a doença relaciona-se aos mais necessitados a higiene ganharia uma outra posição no discurso. Os médicos constatavam que nos leprosos que formavam o grande contingente de indigentes e de indivíduos pobres, a ausência de qualquer medida profilática, somada ao seu baixo nível cultural, tornaria a lepra mais perigosa. O baixo nível sócio-econômico do extrato mais pobre da população daria à lepra no Brasil certa singularidade, transformando-a numa ameaça mais contundente em nosso país do que nas nações européias “(...) onde a cultura geral atinge todas as camadas sociais (...)”¹⁰⁰

Este discurso acabará por construir a noção de que a lepra na classe pobre estava relacionada à promiscuidade, elemento que fora recorrente no conceito da doença no final do século XIX, especialmente nas áreas coloniais. No Brasil, este discurso ganharia um outro conteúdo, já que a doença não privilegiaria qualquer extrato da sociedade, apenas adquiria matizes distintos de acordo com a classe social. Assim, as condições sócio-econômicas paulatinamente integrariam o discurso sobre a transmissibilidade da lepra quando associada à população pobre, reforçando a percepção de que o crescimento da doença estava em proporção direta à liberdade de trânsito do leproso. Chamados por Fernando Terra de ambulantes,¹⁰¹ estes leprosos atemorizavam os médicos por deslocarem-se em bandos, entrarem facilmente nos estados, internarem-se voluntariamente quando a saúde declinava e solicitarem alta quando apresentavam melhoras, tornando impossível qualquer controle ou estatística apurada da doença. A falta de residência fixa e esta “(...) índole nômade do Lázaro, tão conhecida dos

¹⁰⁰ SOUZA ARAÚJO. A lepra no Paraná In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 193.

¹⁰¹ TERRA, Fernando. A lepra no Rio de Janeiro: seu aparecimento, frequência e forma In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 220.

leprólogos”¹⁰² seria um dos alicerces para o discurso de regras diferenciadas para o isolamento de acordo com as classes sociais.

Paulatinamente, o meio doméstico da camada pobre da população assumiria uma grande importância na profilaxia da lepra. Seria este o palco preferencial da política a ser traçada nas décadas seguintes para o combate da endemia leprosa no Brasil. Por ocasião da 4ª Conferência Sul-americana de Higiene, Microbiologia e Patologia, em trabalho apresentado pelos médicos J. D. Pateo Jr. e Moacyr de Souza Lima, do Serviço de Comunicantes da Inspetoria de Profilaxia da Lepra de São Paulo, a doença seria definida como:

*“(...) moléstia familiar e o meio doméstico constitui uma fonte de propagação do mal, dada a promiscuidade e os costumes sociais nele reinantes, principalmente no nosso povo. A lepra não respeita raça, sexo, idade, profissão. É apenas influenciada pelas condições de vida, sendo a miséria e a pobreza, conseqüências diretas da promiscuidade, e certos costumes sociais, os responsáveis pela predominância e expansão rápida do mal.”*¹⁰³

Ainda que houvesse um discurso de que a lepra atingia de forma indistinta as diferentes classes, para a camada pobre da população construiu-se uma imagem que confirmava a necessidade de uma política que contivesse seu livre trânsito e, conseqüentemente, seu potencial de contágio. O leproso que vivia de forma nômade, às expensas da caridade, cuja liberdade trazia em si uma possibilidade material de risco para sociedade, incorporava também a imagem do doente que tinha prazer em transmitir sua doença. Inúmeros casos seriam registrados pelos médicos como forma de comprovar a hostilidade e a revolta dos leprosos com a sua condição e com a população sã, o que acabava por tornar a doença ainda mais

¹⁰² ALEIXO, Antônio. Contribuição ao estudo epidemiológico da lepra em Belo Horizonte In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 389.

¹⁰³ SOUZA LIMA, Moacir; PATEO JR., José Duarte. O meio doméstico na propagação da lepra In *Anais da 4ª Conferência Sul-americana de Higiene, Microbiologia e Patologia*. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1932, p. 314.

perigosa. Nestes doentes era como se o bacilo de Hansen pervertesse “(...) *as faculdades elevadas da alma, criando um egoísmo brutal nos pobres portadores das lesões.*”¹⁰⁴

Mais do que o bacilo era o leproso que potencializava o risco de contágio da lepra, “(...) *indisciplinados por hábito e intrigantes por vício.*”¹⁰⁵ Sua liberdade e a satisfação que muitos expressavam na contaminação comprometia a saúde do conjunto da sociedade, o que tornava a doença, ainda que considerado seu baixo potencial de contágio, mais perigosa do que a tuberculose. Estes fatores exigiam que fossem formuladas e aprovadas, pelos governos estaduais e pela União, medidas especiais e rigorosas que pudesse impedir a rápida disseminação da lepra no país. A esta imagem do leproso hostil contrapunha-se a do doente alegre, ordeiro e operoso, isolado em colônias agrícolas que “(...) *lhes proporcionava um bem estar seguro e não traz grandes despesas ao Governo.*”¹⁰⁶

Se o bacilo não poderia explicar de forma exclusiva a causa da lepra, era necessário demonstrar a contribuição dos diferentes elementos na ocorrência da doença. Na formulação de dados estatísticos e nas tentativas de fazer uma carta geográfica da lepra no país os médicos procuravam estabelecer hipóteses para explicar a expansão da doença, que já havia rompido os limites do eixo São Paulo-Minas Gerais. Quando se refere ao incremento da lepra no Ceará, cuja progressão seria maior que o dobro em apenas dez anos, o médico Costa Ribeiro não deixa de ressaltar que poderia explicar o fato: “(...) *apenas com a crise da borracha no norte e a opulência do algodão no nordeste(...)*”, que provocaram um importante êxodo de cearenses da Amazônia para o Ceará.¹⁰⁷

Nos trabalhos analisados os médicos, ao territorializarem a distribuição da lepra no Brasil, longe de formularem qualquer patologização das diferentes regiões do país por suas

¹⁰⁴ MOURÃO, A morféia nos estados de Minas e São Paulo - sua profilaxia, sua curabilidade In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 179.

¹⁰⁵ ALMEIDA, Ribeiro. Comentário à profilaxia da lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 336.

¹⁰⁶ SOUZA ARAÚJO. Profilaxia da lepra no Paraná In _____, 1956, p. 243.

¹⁰⁷ RIBEIRO, Carlos da Costa. Freqüência da lepra no Ceará In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 224.

condições naturais ou buscarem os determinantes sociais locais que propiciariam uma maior incidência da doença, acusavam a ausência do Estado e a total omissão do poder público na formulação de sua profilaxia. Este foi, sem dúvida, o principal elemento a ser considerado no discurso médico pela rápida difusão da lepra do país, a inexistência de qualquer medida que se adequasse às peculiaridades da doença, atendida apenas pela notificação compulsória. O eixo da articulação de uma política contra a lepra no Brasil procuraria conciliar as singularidades da transmissibilidade da lepra e a demanda dos médicos em impedir o livre trânsito dos leprosos, elementos que seriam equacionados no movediço terreno do isolamento.

A missão assumida pelos leprólogos brasileiros de conferir materialidade e concretude ao problema da lepra no país significou um grande investimento em territorializar e definir os seus números, tarefa que acabou por produzir novos significados à doença. Em 1920, a lepra alçada à categoria de *'flagelo nacional'* ganharia uma Inspeção que formularia e conduziria tecnicamente a campanha contra sua endemicidade em todo o país, assinalando o momento em que a doença tornou-se uma questão sanitária nacional, o que daria início a um novo campo de embates, o das orientações profiláticas a serem conduzidas pelo novo órgão.

CAPÍTULO 5

Um problema sanitário nacional

Na década de 1910 a lepra não fora estabelecida como uma prioridade sanitária, seu combate deveria ser executado pelos governos estaduais com o auxílio da iniciativa privada, o que tornaria as entidades filantrópicas grandes parceiras do Estado. Porém, o regulamento aprovado em 1920 reorganizaria os serviços sanitários federais e criaria o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão responsável pela maior intervenção e centralização nas áreas de saúde nos estados, grande reivindicação do movimento sanitarista. Este regulamento teria um grande impacto sobre a profilaxia da lepra no Brasil ao definir a doença como uma das atribuições do DNSP, o que significou a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, que atuaria em todo o país. Uma das primeiras questões que pretendemos analisar neste capítulo é a conjuntura e os itens que teriam concorrido para que a lepra e as doenças venéreas, excluídas das prioridades sanitárias da União em 1918, ganhassem em tão curto espaço de tempo uma Inspetoria.

A criação de um órgão que centralizaria e conduziria, administrativa e tecnicamente, a campanha contra a lepra em todo o país, sublinha o momento em que a doença tornou-se uma questão sanitária nacional, alvo de ações profiláticas estabelecidas no regulamento sanitário aprovado em 1920. Porém, este processo não se daria sem que o próprio estabelecimento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra sofresse duras críticas. O argumento utilizado pelos opositores era de que o novo órgão desviava o DNSP do que seria o mote de sua criação, o combate às endemias rurais. Além disto, as prescrições profiláticas que orientariam sua atuação, em consonância com as novas orientações internacionais para o combate à lepra, foram consideradas por demais liberais, abrindo mais um campo de cisão entre os leprólogos brasileiros. Eduardo Rabelo, inspetor da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, defenderia as

determinações dispostas no regulamento sanitário e as medidas executadas pelo órgão ao longo da década de 1920, sendo constantemente açodado por aqueles que foram derrotados no embate que se tornara a questão do isolamento e o tratamento do leproso no período.

Pretendemos examinar detidamente as prescrições profiláticas estabelecidas no regulamento sanitário aprovado em 1920, consideramos que sua compreensão é fator essencial para balizarmos a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra. A Inspetoria teve sua ação pautada na notificação obrigatória, no exame periódico dos comunicantes e no isolamento do leproso, nosocomial ou domiciliário, de acordo com as condições definidas no texto legal e ao arbítrio das autoridades sanitárias. Neste modelo profilático, a Inspetoria teve seu desempenho moldurado por uma série de fatores, e não seria o isolamento nosocomial a base de sua profilaxia, outros elementos foram mobilizados para comporem seu modelo de ação, o que seria utilizado por seus críticos como prova refutável da inoperância do órgão.

Se a análise dos princípios profilática que nortearam a ação da Inspetoria nos permitirá compreender de forma mais clara sua atuação, torna-se importante também percebermos que elementos diversos contribuíram para orientar as opções profiláticas e quais os problemas enfrentados pela Inspetoria para realização de seu programa de combate à lepra. Assim, é fundamental também avaliarmos o conteúdo e a motivação que elevaram o tom das críticas à Inspetoria ao final da década de 1920, o que nos permitirá delinear a conjuntura em que ocorreu sua extinção e seu significado para a profilaxia da doença no país. Neste período constituem-se novas prescrições para o combate à lepra no Brasil e este fenômeno seria conformado pela percepção de que a Inspetoria falhara na execução das medidas profiláticas, especialmente por sua política não ter priorizado a construção de leprosários. Este fator seria somado ao estabelecimento de um outro modelo de combate à doença, que utilizaria prescrições distintas das executadas pela Inspetoria na administração sanitária do problema da lepra, a experiência do estado de São Paulo. Deteremos-nos na análise dos subsídios que compuseram o processo que constituiria este novo paradigma profilático, modelando um exemplo de atuação distinto do que fora a orientação da Inspetoria. E, ainda, examinaremos de

que forma estes elementos, acrescidos de uma nova conjuntura política que se desenharia no pós-30, concorreriam para o esvaziamento e a intensa burocratização dos serviços da Inspetoria, levando finalmente à sua extinção, num contexto em que a saúde pública seria atendida em sua maior reivindicação, a criação de um ministério.

5.1 Uma Inspetoria para a lepra

“Prevendo um serviço para a lepra e doenças venéreas em todo o país, só dependente do Diretor Geral, andou entretanto, muito bem o legislador que reconheceu a importância fundamental que tem para o Brasil a solução daqueles problemas, tanto nas cidades como nas zonas rurais, dando-lhes a necessária unidade.”¹

(Eduardo Rabelo)

No dia 19 de junho de 1920, um dos mais importantes periódicos médicos do Rio de Janeiro, o *Brasil-Médico*, publicava em seu editorial pesadas críticas ao novo regulamento sanitário, aprovado pelo Decreto nº 14.189, de 26 de maio daquele mesmo ano. Conforme o artigo ressaltava, o periódico comentava há 34 anos “*todos os fatos da medicina brasileira*” e não podia silenciar sobre a “*obra gigantesca empreendida pelo seu ilustre colaborador, o sábio brasileiro Dr. Carlos Chagas.*”² Como fruto do debate que se iniciara com a ‘*descoberta dos sertões*’ e a constatação da ausência do Estado na condução de uma política sanitária centralizada, o governo vinha implementando uma reforma que procurava tornar a

¹ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 12/08/1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 267.

² O NOVO REGULAMENTO SANITÁRIO. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 34, n. 2, 19 de junho de 1920, p. 395.

saúde uma “*atividade mais pública e nacional*”.³ Desde o início do século XX, a ação do governo federal no âmbito da saúde pública se fazia sentir, inicialmente na cidade do Rio de Janeiro e, paulatinamente, através de acordos e convênios que possibilitaram que a União interviesse nos estados da federação para tratar das endemias rurais. As reformas introduzidas pelo aparato legislativo que, a partir de 1918, permitiram a ampliação dos serviços sanitários federais nos estados, seriam observadas mais determinadamente com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

O Decreto nº 3.987, de 02 de janeiro de 1920, reorganizava os serviços sanitários federais e criava o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que vinha substituir a Diretoria Geral de Saúde Pública. Este decreto definia as atribuições do novo departamento, além de estabelecer que caberia ao órgão a organização de um código sanitário que deveria ser submetido à aprovação do Congresso Nacional. A legislação previa ainda a constituição de um Fundo Sanitário Especial para o custeio da profilaxia rural e das obras de saneamento do interior do Brasil, com recursos provenientes das verbas do próprio DNSP, do imposto sobre bebidas alcoólicas, da renda dos laboratórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, da taxa sobre os jogos de azar e do produto da venda do selo sanitário.⁴

O decreto ainda definia que o DNSP seria organizado em três diretorias: Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal, Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e Saneamento e Profilaxia Rural. Além destas diretorias haveria ainda uma Secretaria Geral, onde funcionariam os seguintes serviços diretamente subordinados ao diretor do Departamento: fiscalização do exercício da medicina, farmácia, arte dentária e obstetrícia; estatística demógrafo-sanitária; engenharia sanitária; fiscalização dos esgotos e de novas redes; profilaxia contra a lepra e contra as doenças venéreas; hospitais de isolamento, higiene e

³ HOCHMAN, 1998, p. 194.

⁴ Decreto nº 3.987, de 20 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 1-6, 1921. (Art. 12).

assistência médica à infância.⁵ No tocante exclusivamente à lepra, o decreto determinava como uma das atribuições do DNSP a “assistência aos morféticos e aos doentes que, no Distrito Federal, pela natureza da moléstia, devam ser isolados”. Além disto, previa a criação de um serviço de profilaxia contra a lepra e doenças venéreas em todo o país, definindo o custeio desta ação com a contribuição dos estados para as despesas com seus leprosos pobres que fossem internados nas leprosarias da União.⁶

O regulamento sanitário, que seria objeto de duras críticas através das páginas do *Brasil-Médico*, previsto no Decreto nº 3.987, seria elaborado pelo médico Carlos Chagas, nomeado também para dirigir o recém criado DNSP.⁷ A principal questão apontada pelo periódico seria justamente o lugar que o saneamento rural ocupava neste novo regulamento sanitário já que, conforme lembrava o editorial, “(...) a reforma da saúde pública fora votada pelo Congresso depois de uma intensa campanha em prol do saneamento rural.”⁸ Foi a dimensão que este problema alcançou no final da década de 1910, pela constatação da premência de ações que melhorassem a situação sanitária da população rural do país e da necessidade da ampliação da presença do Estado, que levou à apresentação pelo professor Azevedo Sodré de um projeto criando o Ministério da Saúde Pública.⁹ Segundo o editorial do

⁵ Id., ib., (Art. 4).

⁶ Id., ib., (Arts.1, 5 e 11).

⁷ A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública representava o êxito da campanha pelo saneamento dos sertões, capitaneada pela Liga Pró-Saneamento e que tivera na figura de Belisário Penna seu representante mais emblemático. Ainda que a principal reivindicação fosse a criação do Ministério da Saúde Pública, o estabelecimento de um órgão nos moldes do DNSP foi considerado o início da nacionalização das políticas de saúde e saneamento no Brasil. No entanto, seria Carlos Chagas e não Penna o escolhido pelo presidente Epitácio Pessoa para dirigir a Diretoria Geral de Saúde Pública e comandar a reorganização dos serviços sanitários do país. Criado o DNSP Chagas foi o escolhido para dirigir o novo órgão, ficando Belisário responsável pela Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural. Cf. SÁ, 1999, p. 83-85.

⁸ O NOVO REGULAMENTO SANITÁRIO. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 34, n. 2, 19 de junho de 1920, p. 395. O regulamento sanitário foi aprovado pelo Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920, substituído pelo Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920, modificado pelo Decreto nº 15.003, de 15 de setembro de 1921 e, finalmente, foi novamente alterado pelo Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

⁹ O médico Azevedo Sodré foi professor de patologia interna da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, da qual foi diretor em 1911-1912. Foi diretor-fundador de *Brazil-Medico*, um dos fundadores da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e integrante da Liga Pró-Saneamento. Além de ter atuado nas principais questões que envolveram a classe médica de seu período, Azevedo Sodré teve ação destacada na política, tendo

Brasil-Médico, a miséria e o abandono da população rural haviam evidenciado que o país carecia de uma reorganização dos serviços sanitários existentes, orientada para redução de sua burocracia e ampliação de seus quadros técnicos. Este rearranjo permitiria a aplicação do máximo de esforço no saneamento das “*regiões agrícolas mais produtivas*”, até então relegada pelo sorvedouro de verbas e pessoal em que se transformara o serviço de higiene da capital federal.¹⁰

“Um dos princípios fundamentais da nova organização não podia deixar de ser a redução ao mínimo dos serviços de caráter permanente, no ponto de vista do lugar e do tempo, para que se desse a máxima eficiência aos de caráter transitório, ao saneamento rural propriamente dito. Afirmava-se que enquanto jaziam abandonas à sua miséria as populações rurais, vítimas de endemias depauperadoras, incapazes de um profícuo trabalho, despendia o Estado enormes somas com a higiene no Rio de Janeiro, onde se mantinha inutilmente o exército de médicos que Oswaldo Cruz aliciara para o combate à febre amarela.”¹¹

Segundo o editorial do *Brasil-Médico*, o novo regulamento sanitário havia abandonado por completo estes princípios que nortearam a discussão em torno da necessidade de maior centralização dos serviços sanitários e da ampliação da ingerência técnica da União nos estados e municípios no tocante à saúde pública. Prova desta mudança da trajetória, que deveria ter conduzido a uma maior atenção do governo federal ao saneamento rural, seria o aumento da estrutura que atenderia os serviços de higiene do Rio de Janeiro, com a criação de novos serviços como a profilaxia da lepra e doenças venéreas, a da tuberculose e a assistência à infância. Além da criação destes serviços, o novo regulamento aumentara consideravelmente os já existentes, “*mesmo os de menor importância, como a demografia sanitária, a*

sido prefeito do Distrito Federal (1916-1917) e deputado federal pelo estado do Rio de Janeiro. Cf <http://www.bvsalut.coc.fiocruz.br/html/pt/static/correspondencia/azevedo.htm>/Acesso 2 março 2007/

¹⁰ O NOVO REGULAMENTO SANITÁRIO. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 34, n. 2, 19 de junho de 1920, p. 395.

¹¹ Id., ib., loc. cit.

fiscalização da farmácia, etc.”¹² O editorial considerava que a inclusão de tais atribuições no novo regulamento sanitário teria sido motivado pelo ensejo do legislador em aproveitar-se das disposições da lei “*para efeitos futuros*” e “*para não fazer obra incompleta*”. Assim, haveria uma flagrante disparidade e um desvirtuar de objetivos na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública já que, diante de uma estrutura tão grande e dispendiosa, onde se encontrariam recursos para o saneamento rural? Conforme argumentava o editorial, a finalidade que motivara o novo regulamento seria exclusivamente “*(...) o desejo de montar um aparelhamento sanitário perfeito e completo na capital da República, o mais perfeito possível, com sobras fartas de pessoal, bem remunerado, abundantíssimo, dispendiosíssimo.*”¹³ Logo, a criação do DNSP, ainda que ampliasse o poder de atuação do governo federal no âmbito dos estados, não se furtaria às mais duras críticas daqueles que levantaram a bandeira do movimento sanitarista, que condenariam a atuação do órgão nas áreas urbanas pelo que consideravam o pouco prestígio conferido ao saneamento rural.¹⁴

No entanto, o que primeiro nos chama atenção ao analisarmos o processo de reestruturação dos serviços de saúde pública neste período é a criação de um órgão na estrutura administrativa federal dedicado à lepra e às doenças venéreas. Afinal, nos anos de 1918 e 1919, por ocasião da mudança do aparato legal que permitiu à União a ampliação dos serviços de profilaxia rural no Distrito Federal e nos estados, através da assinatura de acordos de cooperação, a lepra não fora contemplada como uma prioridade sanitária. Definidas a ancilostomíase, o impaludismo e a doença de Chagas como as três grandes endemias a serem combatidas numa agenda sanitária que a campanha pelo saneamento rural havia estabelecido, a lepra fora considerado um problema sanitário de responsabilidade dos estados. Logo, é

¹² Id., ib., loc. cit.

¹³ Id., ib., loc. cit.

¹⁴ Cf LABRA, Maria Eliana. *O movimento sanitarista nos anos vinte: da conexão sanitária à especialização em saúde pública no Brasil*. 1985. Dissertação (Mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública, FGV, Rio de Janeiro 1985; SÁ, 1999, p. 83-85; SANTOS, FARIA, 2003, 28-35.

interessante refletirmos sobre que motivos teriam levado à inclusão de uma Inspeção para tratar do problema da lepra e doenças venéreas na estrutura do Departamento Nacional de Saúde Pública, que fatores teriam contribuído para alterar esta situação em tão curto prazo.

Uma das questões mais recorrentes no discurso médico sobre a lepra na década de 1910, que já vinha sendo apontada desde o final do século XIX e ganhou maior dimensão na medida em que a doença tomava vulto e transformava-se num *'flagelo nacional'*, era o livre trânsito dos leprosos. Conforme já analisamos, os médicos apontavam a liberdade de movimentação dos leprosos como um dos principais problemas no combate à doença, por dificultar a realização de uma estatística segura da lepra e, conseqüentemente, de um plano de ação de combate à doença. E, muito mais grave, esta circulação propiciava a disseminação da doença, que já havia rompido a barreira dos estados de Minas Gerais e São Paulo, os reconhecidamente de maior endemicidade. Por outro lado, a ausência de um aparato legislativo que conferisse poder ao médico de isolar o doente, não só contribuía para esta liberdade dos leprosos, como acabava por pôr em xeque o papel do hospital no tratamento da lepra, conforme apontava Gabizo:

“Nada os detém. Vêm, porém, os dias de fome, a agravação do mal, a ação da polícia, a miséria completa, e o rebelde da véspera vem humilde pedir sua readmissão no Hospital, para ainda em alguns casos tornar a pedir alta, se adquire melhoras! ... Do vai-vem de doentes em tais condições resulta o afrouxamento da disciplina, a anulação do destino do hospital convertido em simples albergue de leprosos, que aí vão hospedar-se temporariamente sem pensar em submeter-se a um regime médico.”¹⁵

Segundo Gabizo, este trânsito de leprosos era agravado pela “(...) *lacuna na organização sanitária dos estados, representada pela falta de hospitais destinados a tais*

¹⁵ GABIZO, João Pizarro. Relatório apresentado à Irmandade do SS. Sacramento da Candelária, 1903 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 295.

doentes .”¹⁶ Este é um dos principais pontos destacados pelos leprólogos para que o combate à doença se realizasse de forma eficiente, isto é, a necessidade que todos os estados dispusessem de instalações adequadas para o tratamento da lepra e o acolhimento dos doentes. Mas, havia também o reconhecimento de que a existência de hospitais para leprosos não seria suficiente para conter os doentes, era ainda necessário que medidas harmônicas entre os diferentes governos estaduais fossem adotadas no combate à doença. A enorme quantidade de pedidos de alta e fuga de doentes do Hospital dos Lázaros quando, em 1913, o jornal *O Imparcial* publicou o famoso artigo em que Oswaldo Cruz defendia a criação de uma colônia de leprosos na Ilha Grande, era citado como um exemplo contundente da necessidade de ações conjuntas e cooperativas. A solução para que os leprosos não ultrapassassem as fronteiras dos estados, fugindo aos rigores das leis sanitárias adotadas isoladamente ou em busca de melhores chances de tratamento, fora dada por Emílio Ribas:

*“É também indispensável para o bom êxito da profilaxia a ação combinada de todos os estados não só porque não é justo que as instalações feitas por um determinado estado, de acordo com as suas necessidades, fiquem logo excedidas em sua lotação pelo afluxo de leprosos procedentes do exterior, como também porque a ação simultânea dos estados implica em garantir o crédito sanitário do nosso país, diminuindo os perigos de novas contaminações.”*¹⁷

Logo, para conter o avanço da lepra era preciso que os estados entrassem em acordo quanto às medidas sanitárias a serem adotadas no combate à doença, evitando que os leprosos ultrapassassem as fronteiras estaduais fugindo de ações mais rigorosas. Esta era uma leitura possível da necessidade de ações harmônicas para reprimir a constante migração de leprosos, mas havia ainda a questão do reduzido número de hospitais dedicados à doença, que se enquadrava também neste mesmo nexos argumentativo. Os estados que investiam recursos na

¹⁶ Id., ib., p. 295.

¹⁷ RIBAS, Emílio. A lepra – sua freqüência no estado de São Paulo – meios profiláticos aconselháveis In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 167.

construção de modernas leprosarias temiam tornarem-se um atrativo para os leprosos de outras origens. Sobre esta questão o Dr. Mario Nazareth, provedor da Irmandade do S. S. da Candelária, declarou em discurso por ocasião da inauguração de três novas enfermarias no Hospital dos Lázaros, em 1920:

“Apologista da criação de leprosarias, quisera vê-las espalhadas, bem disseminadas por todos os estados, prestando valoroso concurso para a exterminação do flagelo da lepra. Afigura-se-me, entretanto, que será um verdadeiro atentado aos créditos desta capital se acaso for permitido nela fundar-se uma leprosaria sem que aos estados limítrofes seja exigida por igual tão salutar providência.”¹⁸

Preocupava-se o provedor que o Rio de Janeiro, que já tivera o título de ‘Cidade da Febre Amarela’ passasse a ter de ‘Cidade da Lepra’. A mesma preocupação demonstraria o Inspetor de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, o médico Eduardo Rabelo, quando da discussão sobre a fundação de um moderno leprosário no Rio de Janeiro, que poderia tornar a cidade um chamariz de leprosos de estados vizinhos.¹⁹ Logo, havia a concordância que para um eficiente combate à lepra era preciso que os estados agissem de forma conjunta, o que impunha que houvesse uma centralização técnica e administrativa das medidas concernentes à profilaxia da lepra. É importante ressaltarmos que esta discussão não foi exclusiva do combate à lepra, na verdade a consciência de que a saúde era um bem público e coletivo, cuja manutenção exigia a alteração não apenas das estruturas burocráticas responsáveis por este serviço, como também a revisão do princípio federativo que limitava a atuação do governo federal nos estados e municípios, tornou-se a tônica dos debates sobre o estabelecimento de políticas públicas sobre a saúde no Brasil nas décadas de 1910 e 1920.²⁰

¹⁸ Apud SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 293.

¹⁹ Apud Id., ib., loc. cit.

²⁰ Este é um dos pressupostos desenvolvidos por Hochman ao analisar a formação das políticas sanitárias do Brasil na Primeira República. Segundo o autor, “políticas públicas e nacionais de saúde (e autoridade sanitária) resultam da difusão da consciência da interdependência (consciência dos efeitos externos), dos dilemas e problemas impostos pelo consumo de males públicos e pela produção de bens públicos e das oportunidades

A produção discursiva sobre a lepra foi um dos campos em que este debate, sobre a função central a ser desempenhada pela União nas ações sanitárias, se fez presente. Podemos observar que a reivindicação por medidas profiláticas eficazes contra a doença seguiria esta mesma compreensão das causas dos problemas sanitários nacionais, onde a condição para superação da disseminação da lepra estaria no enfrentamento coletivo deste grave problema sanitário. Segundo o Hochman, o processo de estatização e nacionalização da questão sanitária foi o resultado da formação de uma consciência social da impossibilidade de soluções individualizadas para os problemas das doenças comunicáveis.²¹ De forma semelhante, o aumento da frequência da lepra era visto como resultado da ausência de medidas harmônicas e permanentes pelos estados mais atingidos, o que teria favorecido que a doença acometesse outras unidades da federação até então indenens, que viam sua estatística crescer e arcariam com os pesados custos da manutenção dos hospitais destinados ao tratamento dos leprosos.

Portanto, a lógica do combate à lepra seguira a mesma instituição gradual de um aparato que tornaria o problema da saúde pública uma questão coletiva, com os partícipes do pacto federativo partilhando os custos e responsabilidades pela sua transformação em um bem público.²² Por outro lado, outro aspecto a ser destacado é que este processo histórico de coletivização da saúde permitiria também a formatação de um novo arranjo institucional em que o governo federal ampliou sua participação e autoridade sobre os serviços sanitários nos estados. O estabelecimento de um regulamento sanitário e a reorganização dos serviços federais de saúde expandiu o âmbito de ingerência da União, atendendo a reivindicação pela centralização destas ações, ao mesmo tempo em que constituía novas prioridades sanitárias para sua atuação. Ao definir uma nova agenda sanitária, o regulamento sanitário permitiu

vislumbradas de obtenção de benefícios com a regulação estatal desses efeitos negativos.” HOCHMAN, 1998, p. 39. Ver também Id., ib., p. 49-59; Id., 1993, p. 41-7.

²¹ Sobre a difusão da consciência de interdependência e a modificação dos serviços sanitários na década de 1920 Ver HOCHMAN, 1998, p. 149-70.

²² HOCHMAN, 1993, p. 42.

ainda que novas estruturas administrativas fossem criadas para dar conta de doenças que até então não haviam sido objeto de qualquer ação da União, como a lepra e as doenças venéreas.

Para tanto, foi preciso que a lepra, excluída das prioridades sanitárias em 1918, ganhasse visibilidade e concretude, e uma das variáveis importantes deste contexto foi o papel desempenhado pelo 8º Congresso Brasileiro de Medicina. Realizado neste mesmo ano, a comissão executiva deste congresso, sob a presidência de Fernando Terra, tentou fazer um grande levantamento sobre a frequência e distribuição da lepra nos estados brasileiros. Os trabalhos apresentados expuseram as dificuldades para realização de uma estatística da lepra, mas, apesar disto, indicavam que a doença estava presente em diversas regiões do país. Esta tentativa em circunscrever numérica e espacialmente a disseminação da lepra acabou por evidenciar que as estruturas burocráticas voltadas para atenção da saúde da população pobre, se eram precárias ou inoperantes nas grandes cidades, eram inexistentes no interior do país, mostrando-se incapazes de lidar com uma doença tão singular como a lepra. Um outro elemento a ser considerado nesta conjuntura, em que a lepra seria assumida como responsabilidade dos serviços sanitários federais, foi a conclusão dos trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1919. Estabelecida em 1915, a Comissão foi integrada pelos mais destacados nomes das principais associações médicas do Rio de Janeiro, que apresentaram relatórios sobre aspectos variados concernentes à transmissibilidade e profilaxia da lepra. A Comissão propunha em suas conclusões finais, que deveriam servir de base a um projeto de lei, que o isolamento fosse a “*base racional da profilaxia da lepra.*”²³ Neste período a doença alarmara as autoridades e a sociedade com sua expansão geográfica e a produção de números atemorizantes, que colocava o Brasil no mesmo patamar de países de alta endemicidade, como a Colômbia e o Japão.

A Inspetoria seria, portanto, fruto deste empenho dos médicos em materializar o quadro aterrador que em que a disseminação da lepra havia se transformado, tornando-a objeto

²³ GOMES, Emílio. Conclusões aconselhadas pela Comissão de Profilaxia da Lepra para servir de base a um projeto de lei In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 159.

de atenção das maiores associações científicas nacionais, de congressos médicos, periódicos especializados e autoridades sanitárias ao longo da década de 1910. Por outro lado, esta Inspetoria também foi o resultado da percepção de que a ação isolada de alguns estados não fora capaz de conter o avanço da doença. Sua criação pode ser creditada igualmente à compreensão de que era preciso que medidas profiláticas regulares fossem estabelecidas, mas, somente uma condução técnica centralizada garantiria a execução harmônica da política de combate à lepra. O investimento de cada estado na profilaxia da lepra era dimensionado pela discussão sobre a procedência de leprosos que ocupavam os leitos das poucas leprosarias existentes no país, em geral ligadas à iniciativa privada, o que tornava a construção de centros de tratamento nos estados umas das principais demandas ao DNSP. A necessidade de uma ação conjunta contra a lepra seria também apontada por Carlos Chagas em conferência realizada sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro:

“E, entretanto, a lepra, na ameaça de sua difusão maior por todo o país, na gravidade de seu aspecto em algumas regiões, merecia, desde muito, a atenção dos médicos e dos publicistas, todos unânimes em proclamar a urgência de medidas profiláticas. Não possuímos, sequer, dispositivos legais aplacáveis á horrível doença; e como abrigo de leprosos o único existente era o benemérito hospital, mantido pela Ordem da Candelária, no qual encontravam alívio e conforto apenas um pequeno número desses muitos infelizes, que por aí arrastam o pior dos destinos na vida. Entretanto, o numero de leprosos no Brasil, atinge ou excede a 10 mil, e só no Rio de Janeiro será talvez de 400. E algumas cidades, principalmente no extremo norte do país, acham-se invadidas pela doença do modo o mais alarmante, sem que sejam tomadas quaisquer providencias.”²⁴

Por outro lado, se a lepra foi encarada como um problema a ser resolvido de forma cooperativa, daí a criação de uma Inspetoria para o seu combate, podemos pensar porque tal medida não poderia ser executada através da Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural. As

²⁴ CHAGAS, Carlos. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro, realizada na Biblioteca Nacional em 4 de fevereiro de 1921. *Jornal do Comércio*, Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 1921. Disponível em <http://www4.prossiga.br/chagas/prodint/index-sub.html> /Acesso em 28 de março de 2007/

atribuições desta Diretoria poderiam perfeitamente compreender a profilaxia da lepra sem qualquer prejuízo à organicidade deste serviço, que compreendia: o combate às endemias rurais nos estados, nas zonas rurais do Distrito Federal e do Território do Acre; o combate às epidemias em quaisquer regiões do país; a educação profilática; a execução nos estados e no Território do Acre das medidas de profilaxia e de higiene geral; além da promoção de acordos com os Governos estaduais e municipais para a realização dos serviços de higiene, especialmente os de combate às endemias. Por outro lado, as funções de profilaxia da lepra e doenças venéreas diferem um pouco do perfil dos serviços que ficaram diretamente subordinados ao diretor do DNSP, onde não estava relacionado o combate a qualquer doença, mas tão somente atividades de fiscalização, engenharia sanitária, estatística e hospitais de isolamento.

A lepra, ainda que ganhasse uma Inspeção e fosse incorporada às prioridades sanitárias do Estado, se manteve como uma doença que requeria a montagem de um aparato burocrático distintivo e, tal como as doenças venéreas, exigiria medidas profiláticas especiais. O estabelecimento de um órgão específico para a luta contra a lepra e doenças venéreas fez parte da percepção de que estas não seriam doenças comuns, por sujeitarem-se a regimes especiais de combate. Eduardo Rabelo, chefe da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, defenderia este argumento ao considerar que sua criação se justificava porque ambas as doenças eram cuidadas “*de maneira especial em nosso país, uma vez que constituem problemas tão importantes e complexos, a ponto de cada um deles pedir em algumas nações (...) uma repartição especial.*”²⁵ No caso da lepra, o reforço desta imagem de uma doença singular foi coincidente com o início da instalação de uma complexa estrutura administrativa, que envolveria instâncias burocráticas e terapêuticas. A partir da criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas a doença se constituiu num problema sanitário

²⁵ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 12 de agosto de 1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 268.

federal, já que somente a União teria recursos para promover a uniformidade e continuidade da ação sanitária para o seu controle.²⁶

A criação da Inspeção procurava atender, por um lado, esta compreensão de que a lepra era uma doença distinta das demais endemias que castigava a população brasileira e, por outro lado, necessitava para um combate eficaz da ação harmônica da União e dos estados, como forma de partilhar os custos sociais e econômicos impostos pela longa omissão dos governos. No entanto, estes fatores não livrariam a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas de ser objeto de crítica dos que consideravam ser o saneamento dos sertões o princípio norteador para a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. O editorial do *Brasil-Médico*, de 19 de junho de 1920, seria acompanhado por outros em que o periódico serviria de tribuna para aqueles que discordavam das orientações estabelecidas no novo código sanitário e do combate às doenças previstas na regulamentação do DNSP. Se este primeiro artigo tratou dos princípios da nova organização sanitária federal, os números subsequentes do *Brasil-Médico* tratariam de aspectos variados do regulamento sanitário, como o combate à tuberculose, não tardando para que a profilaxia da lepra e das doenças venéreas fosse igualmente censurada no periódico. Deixaremos o debate sobre o programa profilático da lepra para o próximo ponto a ser tratado, por hora nos concentraremos na discussão sobre a criação de uma Inspeção para a lepra e doenças venéreas.

O editorial do *Brasil-Médico* seria respondido pelo médico Eduardo Rabelo, em sessão da Academia Nacional de Medicina, que ficara encarregado de dirigir os trabalhos da Inspeção.²⁷ A primeira questão contestada por Rabelo seria a de que a profilaxia da lepra e

²⁶ A única exceção seria o estado de São Paulo, cuja análise foi objeto de estudo de MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina a exclusão social um estudo da hanseníase em São Paulo*. 1995. 2v. . Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, 1995.

²⁷ O médico Eduardo Rabelo formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1903, defendendo tese intitulada *Hematologia na Ancilostomose*. Em 1906 era aprovado no concurso para cátedra de dermatologia e sifilografia, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e já ocupava a chefia do Serviço de Doenças de Pele e Sífilis, da Policlínica Geral de Botafogo. Rabelo foi um dos fundadores, em 1912, da Sociedade Brasileira de Dermatologia, tornando-se seu secretário. Por ocasião da criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas Eduardo Rabelo foi nomeado seu inspetor. O médico assumiria, em 1925, a titularidade da cátedra de

doenças venéreas deveria ficar subordinada à Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres, com jurisdição apenas no Distrito Federal. Segundo Rabelo, tal arranjo iria contra o que fora estabelecido no Decreto nº 3.987, além de ignorar que o serviço de profilaxia da lepra e doenças venéreas fora estabelecido para funcionar em todo o país. De acordo com o médico, a subordinação da Inspeção ao Diretor-Geral seria o reconhecimento da “(...) *da importância fundamental que tem para o Brasil a solução daqueles problemas, tanto nas cidades como nas zonas rurais, dando-lhe a necessária unidade.*”²⁸ É interessante observarmos o evidente afastamento que o discurso de Eduardo Rabelo assinala dos ideais defendidos pelo movimento sanitário, ao não distinguir a cidade ou o campo como objeto de sua política, mas a lepra e as doenças venéreas, o que corroborava as críticas do *Brasil-Médico*.²⁹

Segundo Rabelo, a subordinação administrativa e a independência da Inspeção confirmavam a importância que a lepra e as doenças venéreas adquiriram na estruturação das políticas de saúde a serem implementadas pelo governo federal. Por outro lado, tal arranjo institucional, expresso no regulamento sanitário, colocaria o país no mesmo patamar de nações que vinham obtendo resultados favoráveis na luta contra estas doenças. Rabelo defendia que era a autonomia administrativa a chave para o sucesso da organização do combate à lepra na Noruega e no Havaí, e dos serviços antivenéreos nos Estados Unidos.³⁰ No Brasil, o governo não precisaria ficar em posição inferior quanto à questão técnica-administrativa, ou mesmo ao orçamento destinado para o combate à lepra e doenças venéreas. A Inspeção, valendo-se da organização “(...) *já existente no Distrito Federal e nos estados com os serviços rurais, reduziu ao mínimo o pessoal necessário para profilaxia da lepra e doenças venéreas.*”³¹ Ao

dermatologia e sifilografia, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e a presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia, cargos que manteve até 1940, ano de sua morte. Cf. CARRARA, 1996, p. 89-62.

²⁸ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 12 de agosto de 1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 265.

²⁹ Segundo Castro Santos, a mudança na ótica do Estado do saneamento para a questão urbana somente se daria a partir de 1930. Cf. SANTOS, FARIA, 2003, p. 34-5.

³⁰ Segundo Eduardo Rabelo, neste período o regime de isolamento compulsório no Havaí era substituído por leis mais liberais, prevendo inclusive o isolamento domiciliar em alguns casos. Cf. Sessão da Academia Nacional de Medicina de 12 de agosto de 1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 269.

³¹ Id., ib., p. 267.

contrário da crítica feita no editorial do *Brasil-Médico*, sobre o aumento dos custos financeiros com a criação dos novos serviços, Rabelo afirmava que a profilaxia da lepra e doenças venéreas não seria um serviço dispendioso por não ser necessário criar novos empregos públicos. A Inspetoria utilizaria um número reduzido de médicos e o tratamento seria realizado de maneira econômica com o “(...) *custeio dos serviços venéreos e de leprosos, no que não for obrigatório aos estados, pelos fundos já previstos na lei (...)*.”³²

Eduardo Rabelo defendia que a Inspetoria ligada à Diretoria Geral do DNSP, não apenas manteria a relativa independência, como também conservaria a “*orientação técnica uniforme em todo o Brasil*”.³³ Além disto, o professor da cadeira de dermatologia e sifilografia, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, chamava atenção para o fato das duas doenças de profilaxia especial serem objeto de disciplinas correlatas: “(...) *se estudam aquelas doenças nas mesmas cadeiras das faculdades de medicina e até fazem parte na prática médica da mesma especialidade.*”³⁴

A Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas tinha como atribuição “*superintender e orientar o serviço de combate a estas doenças em todo o território nacional.*”, cabendo ao Inspetor a direção dos serviços sanitários no Distrito Federal, a orientação técnica e a fiscalização de tais medidas em todo o país.³⁵ Se no Distrito Federal e Território do Acre os serviços de combate à lepra e doenças venéreas seriam executados diretamente pela Inspetoria, no caso dos estados se fariam acordos com os governos estaduais através das comissões de saneamento e de profilaxia rural. Este artigo do regulamento sanitário foi também objeto de condenação do editorial do *Brasil-Médico*, que questionava a aplicação condicional da profilaxia da lepra aos estados que aderissem aos acordos com a União:

³² Id., ib., p. 268.

³³ Id., ib., loc. cit.

³⁴ Id., ib., loc. cit.

³⁵ Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 244-493, 1921. (Art. 132 e 133).

“É um grande erro esta condicional, não se compreendendo como fazer exceção para a lepra e não para a peste, a febre amarela, o tifo exantemático, etc. Os estados que não entrarem em acordo constituirão focos permanente de disseminação da doença, tanto mais perigosos, quanto para eles se encaminharão os leprosos declarados, perseguidos no resto do país.”³⁶

Como observa Eduardo Rabelo, a União não poderia intervir nos estados e municípios para fazer a profilaxia da lepra sem um instrumento legal que permitisse tal ação. E ainda, a simples fundação de leprosarias nos estados não resolveria o problema da lepra, que carecia ainda de uma complexidade de ações como a descoberta dos leprosos e a sua notificação, que ficariam sob o encargo do estado ou obrigaria o governo federal a instalar um serviço de profilaxia rural em cada unidade da federação. O que o regulamento sanitário estabelecia para a profilaxia da lepra era a divisão de responsabilidade entre a União e os estados, esta era a disposição institucional possível que respeitava o pacto federativo estabelecido pela Constituição de 1891.

A criação de uma inspetoria para a lepra e doenças venéreas fez parte do longo processo que procurou constituir a doença como um *‘flagelo nacional’*. Este conteúdo distintivo buscava circunscrever a doença como uma ameaça sorrateira que comprometia o já combalido quadro nosológico nacional, reproduzindo uma retórica em que a lepra transcendia as condições sanitárias para constituir-se numa ameaça ao futuro da nação. As duas primeiras décadas do século XX marcam o período em que os leprólogos mobilizaram grandes esforços para definir o lugar da lepra entre as endemias nacionais, o que significou torná-la uma doença conhecida. Para conferir visibilidade e concretude à lepra era preciso materializá-la através da produção de dados estatísticos e da tentativa de traçar um perfil epidemiológico de sua distribuição e frequência, elementos que foram utilizados pelos leprólogos para dimensionar os custos econômicos e sociais da disseminação da doença na sociedade brasileira.

³⁶ PROFILAXIA da lepra. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 34, n. 33, 24 de julho de 1920, p. 481.

A partir da década de 1910 a temática da lepra estaria presente nos principais eventos médicos científicos, como marcos deste processo podemos assinalar a constituição da Comissão de Profilaxia da Lepra e o 8º Congresso Brasileiro de Medicina. Os trabalhos da Comissão duraram de 1915 a 1919, suas conclusões finais reforçavam a necessidade de medidas urgentes para o combate à lepra, que deveria estar sob a responsabilidade do Estado. Do mesmo modo podemos considerar o 8º Congresso Brasileiro de Medicina, que representou o primeiro empreendimento a buscar circunscrever numérica e espacialmente a disseminação da lepra em nível nacional, o que acabaria por evidenciar que a doença extrapolara os limites até então circunscritos a Minas Gerais e São Paulo.³⁷ Esta também foi a conjuntura em que o Estado brasileiro alargava a oferta dos serviços de saúde sob sua responsabilidade, o que seria marcado não apenas por uma maior intervenção técnica e administrativa às ações dos estados nas áreas de saúde e saneamento, como também por ampliar os objetos de sua atenção. A lepra foi beneficiada por este duplo movimento, sua maior visibilidade e a ampliação das atribuições dos serviços federais, que passariam a integrar as ações profiláticas a doenças até então fora de seu alcance.

O investimento dos especialistas para que o combate à lepra fosse assumido pelo Estado brasileiro teve na criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas uma grande vitória. Doravante haveria um órgão que centralizaria e conduziria, administrativa e tecnicamente, a campanha contra a lepra em todo o país. Estabelecida como uma das prioridades sanitárias do governo federal, o combate à lepra avançava no sentido de se tornar objeto de uma ação contínua e sistemática, cujas diretrizes estavam traçadas no regulamento sanitário do Departamento Nacional de Saúde Pública. A discussão sobre este novo código

³⁷ Em 1916 ocorreu ainda o 1º Congresso Médico paulista, também considerado um importante evento científico que colocou igualmente a lepra em debate. Sobre este congresso ver ALMEIDA, Marta. Um congresso regional de dimensão nacional: o Primeiro Congresso Médico Paulista – 1916 In 10º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 2005, CD Rom. O 8º Congresso Brasileiro de Medicina ocorreu de 13 a 20 de outubro de 1918, concomitante à 2ª Conferência da Sociedade Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia; do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia e do Congresso do Tracoma. Cf. Boletim do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

sanitário questionava os princípios que haviam dirigido sua elaboração e, no caso específico do combate à lepra, colocava em discussão a criação da nova Inspetoria por desviar recursos técnicos e financeiros que deveriam ser utilizados no combate às endemias rurais.

No entanto, a criação da Inspetoria marcaria também o acirramento de mais um campo de disputas, que colocava em questão o modelo de profilaxia da lepra que seria adotado pelo Estado. O regulamento sanitário aprovado em 1920 definira pormenorizadamente as atribuições da Inspetoria, a forma como se estruturaria a campanha contra a lepra no Distrito Federal, no Território do Acre e nos estados, a origem dos recursos financeiros a serem empregados e, especialmente, os princípios que se constituiriam a base da profilaxia da doença naquele período. Ainda que as principais diretrizes aprovadas pelas resoluções dos principais congressos internacionais sobre a profilaxia da lepra constassem do texto do regulamento do DNSP, o problema estava longe de ser um consenso entre os principais leprólogos do país. Como veremos adiante, se havia concordância de que o isolamento deveria compor o alicerce do combate à lepra, conforme já comprovado em experiências internacionais, o modelo de isolamento a ser adotado não havia ainda se consolidado. Estava em questão não apenas princípios científicos discordantes sobre o grau de contagiosidade da lepra ou a visão crítica sobre a estruturação do aparato burocrático da saúde pública no Brasil, como também certa compreensão da forma como se organizava a sociedade brasileira. Estas questões serão expressas no debate que se travou ao longo das décadas de 1920 e 1930 sobre lepra e isolamento, que incorporou elementos variados no estabelecimento de uma política de combate à doença neste período.

5.2 Prescrições liberais de um programa profilático

“Para admitirmos as prescrições liberais de um programa profilático assim proposto, é preciso abandonar o conceito medieval da extrema contagiosidade da lepra e de sua incurabilidade e fazermos, nesse sentido, a revisão de nossos conhecimentos, uma vez que as medidas de segregação à outrance de todos os doentes, sem outras medidas complementares, se baseavam naqueles postulados que a ciência de hoje não mais acredita”³⁸

(Eduardo Rabelo)

Se a criação de uma Inspetoria para centralização e uniformização das ações de profilaxia da lepra e doenças venéreas colocara em discussão a alteração das prioridades sanitárias, expressas no regulamento sanitário de 1920, polêmica maior seria em torno do modelo a ser adotado no combate a estas doenças. No caso específico da lepra, a discussão sobre o código sanitário evidenciava a repercussão no Brasil de um movimento que, baseado em dados epidemiológicos das áreas de maior incidência da doença, questionava a segregação compulsória dos leprosos e propunha um novo formato para a sua profilaxia. Os resultados positivos do combate à lepra na Noruega consolidaram esta experiência nacional como um exemplo a ser seguido, ignorando a dificuldade de transplantá-la eficazmente sem todos os seus condicionantes. A experiência profilática norueguesa conciliara diferentes elementos como autonomia municipal através dos conselhos sanitários locais, um forte aparato legal e de organização sanitária, além dos hospitais de tratamento dos leprosos funcionarem também como importantes centros de pesquisa.

O declínio da lepra na Noruega converteu o isolamento na base da profilaxia da lepra, o único meio conhecido de impedir a propagação da doença, tornando-se uma orientação sanitária internacional a partir das resoluções da 1ª Conferência Internacional de Lepra, em 1897. Na mesma proporção em que o problema da lepra internacionalizava-se, tornando-se uma preocupação sanitária de diferentes países europeus, ganharia dimensões bem mais

³⁸ RABELO, Eduardo. Considerações sobre a profilaxia da lepra em São Paulo. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, v. 45, n. 17, 25 de abril de 1931, p. 371-2.

contundentes nas colônias, produzindo experiências nacionais dramáticas na segregação compulsória dos leprosos, como a havaiana.³⁹

Novamente viria do mundo colonial a revisão dos princípios norteadores do combate à lepra, postura imposta pela constatação de que, apesar da experiência isolacionista das últimas décadas, não diminuía a incidência da doença nestas áreas. O modelo adotado nas colônias inglesas e francesas promoveria esta releitura na profilaxia da lepra, cujo centro deixava de ser os hospitais de isolamento para tornarem-se os dispensários, que tratavam o doente sem afastá-lo de seu meio social.⁴⁰ O padrão de tratamento misto dos leprosos utilizado pelos médicos britânicos Leonard Rogers e Ernest Muir na Índia, que conciliava o atendimento em ambulatórios e dispensários dos doentes não bacilíferos e os de *'lepra fechada'*, com isolamento apenas dos casos contagiantes ou em reativação da doença, tornar-se-ia uma experiência que seria utilizada em outros países.⁴¹ Logo, a década de 1920 marcaria o momento em que o questionamento da segregação dos leprosos seria confrontado com uma nova experiência profilática, a constatação da ineficácia do isolamento compulsório seria medida não só pelos dados epidemiológicos, como também pelos enormes custos financeiros e sociais de sua manutenção.⁴² Seria a 3ª Conferência Internacional de Lepra, ocorrida em 1923, que marcaria o início de um “(...) movimento para uma profilaxia menos rigorosa, menos administrativa e mais impregnada de espírito médico”, segundo o médico francês Edouard Jeanselme.⁴³

³⁹ Esta questão foi analisada no primeiro capítulo, *1 A trajetória da doença*.

⁴⁰ MONTEIRO, 1995, p. 126.

⁴¹ Id., ib., p. 127-9.

⁴² É importante lembrarmos que a Índia não compareceu à 1ª Conferência Internacional de Lepra, em Berlim. Da Índia também haviam partido as conclusões anticontagionistas apresentadas pelo relatório da Comissão de Lepra, estabelecida em 1891 em memória do clérigo belga Damien. O relatório desconsiderava a hereditariedade como causa da lepra e, ao mesmo tempo, alegava ser rara a propagação da lepra pelo contágio. Estas considerações orientaram as conclusões da Comissão da Índia de que não haveria evidências suficientes para a manutenção de medidas como a segregação ou a proibição de casamento entre leprosos. Sobre esta discussão ver o sub-capítulo *1.3 Sem bacilo não há lepra!*

⁴³ Edouard Jeanselme *Apud* BECHELLI, Luis Marino. *Compêndio de leprologia*. Ministério da Educação e Saúde. Departamento nacional de saúde. Serviço Nacional de Lepra, 1951. p. 301-2

A crítica da política de isolamento marcaria mais uma cisão entre a comunidade médica internacional, os congressos internacionais de lepra de 1897 e 1909 mantiveram a orientação isolacionista, ainda fortemente influenciados pelos resultados dos trabalhos orientados por Hansen na Noruega.⁴⁴ Porém, ainda que a 3ª Conferência Internacional de Lepra tenha mantido em suas recomendações finais os princípios de organização da luta contra a lepra das duas conferências anteriores, o que significava a segregação dos leprosos, suas resoluções deixavam antever o prenúncio de que novos elementos seriam incorporados na profilaxia da doença.⁴⁵ Segundo estas resoluções, a forma a ser tomada pelo isolamento era recomendada de acordo com o nível de endemicidade da doença no país. No entanto, tanto nos países de maior ou menor frequência da doença, o isolamento domiciliar era admitido. Excetuava-se deste caso os indigentes, nômades ou vagabundos, além das pessoas que não podiam ser isoladas em domicílio, para quem se recomendava a segregação em hospitais, sanatórios ou colônias agrícolas, conforme o caso e o país.⁴⁶ Assim, a 3ª Conferência Internacional de Lepra pode ser tomada como o momento em que a comunidade médica internacional começa a tornar mais evidente a dissonância entre os partidários da segregação compulsória e seus críticos. A política de segregação compulsória, que tivera no isolamento insular o grande sonho profilático do combate à doença, sofreria severa crítica nas décadas seguintes, o que não impediria que fosse ainda largamente utilizada como o suporte da luta contra a doença em muitas experiências nacionais.

No Brasil, apenas com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, é que se estruturaria um programa profilático de combate à lepra, mas a discussão sobre

⁴⁴ Em 1897 houve a 1ª Conferência Internacional de Lepra, em Berlim; em 1909 realizou-se a 2ª Conferência Internacional de Lepra, em Bergen, na Noruega; em 1923 ocorreu a 3ª Conferência Internacional de Lepra, em Estrasburgo, na França.

⁴⁵ A discussão em torno das recomendações finais foi publicada nos anais da conferência. Cf. 3ª Conférence Internationale de la Lèpre. Paris: Librairie J. -B. Baillièrre et fils, 1924. p. 493-506.

⁴⁶ Id., ib., p. 507. Sobre a 3ª Conferência Internacional de Lepra ver também MACIEL, Laurinda R. *'Em proveito dos são perde o lázaro a liberdade'* – uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). 2007. 380 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, 2007. p. 212-16.

o isolamento dos leprosos esteve sempre como uma das questões centrais dos debates sobre a doença. Se o isolamento se constituiu na base da profilaxia da lepra, especialmente após a sua contagiosidade ter se tornado a hipótese etiológica mais aceita pelos leprólogos, o modelo a ser adotado na segregação dos doentes dividiria opiniões. Oswaldo Cruz defendera, em artigo no jornal *O Imparcial*, a criação de uma colônia de leprosos na Ilha Grande, por considerar estas instituições mais adequadas a uma doença contagiosa de longa duração. Semelhante opinião seria partilhada por importantes nomes deste período, como o médico Mário Mourão e Souza Araújo, que consideravam as leprosarias marítimas a solução para o difícil problema do isolamento de leprosos indigentes. A defesa do isolamento insular baseava-se no argumento de que em ilhas a evasão dos leprosos seria mais difícil, além de permitir aos doentes uma reprodução mais aproximada da vida em sociedade.⁴⁷

Souza-Araújo apresentou o programa de profilaxia da lepra no Paraná, que previa o isolamento insular dos leprosos, durante o 1º Congresso Médico Paulista, em 1916. Este trabalho suscitou o posicionamento de Emílio Ribas contra o isolamento dos leprosos em ilhas, tomando por base os resultados negativos deste modelo profilático até então utilizado nas Filipinas. Para o médico, se a segregação dos leprosos justificava-se apenas por não haver uma profilaxia específica para a lepra, a idéia de degredo insular do doente comprometia o próprio êxito do combate à doença.⁴⁸ Ao final do embate com Souza Araújo, as propostas de Ribas de adoção de medidas mais liberais na profilaxia da lepra, tal como as executadas na Noruega e Suécia, seriam aprovadas pelo plenário do 1º Congresso Médico Paulista para servirem como base de uma proposta a ser encaminhada aos governos federal e estadual para o combate à doença.⁴⁹

⁴⁷ A profilaxia da lepra no Paraná utilizava como estratégia profilática o isolamento insular e o terrestre. O isolamento terrestre seria complementar ao insular, no caso das leprosarias marítimas não comportarem todos os leprosos do estado. Cf. SOUZA ARAÚJO, Heráclides de. A profilaxia da lepra no Paraná In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 186-94.

⁴⁸ RIBAS, Emílio. A lepra – sua freqüência no estado de São Paulo – meios profiláticos aconselháveis In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 166.

⁴⁹ A proposta profilática de Ribas conciliava notificação compulsória, fundação de asilos colônias em locais de fácil acesso; possibilidade de isolamento domiciliar aliado à vigilância médica para os doentes que tivessem

Estas prescrições liberais para o estabelecimento de uma profilaxia da lepra seriam igualmente expressas nos trabalhos apresentados ao longo do funcionamento da Comissão de Profilaxia da Lepra, constituída em 1915.⁵⁰ O relatório apresentado por Juliano Moreira e Fernando Terra, que tratavam do tema lepra e isolamento, seguiria as prescrições profiláticas já consagradas, que previa o isolamento em domicílio para os indivíduos abastados; em colônias agrícolas ou vilas de leprosos para os necessitados, capazes de trabalho; em asilos ou hospitais para os inválidos.⁵¹ Tal opinião não seria partilhada tão francamente pelos autores do relatório sobre lepra e domicílio, os médicos Eduardo Rabelo e Silva Araújo.⁵² Neste trabalho Rabelo e Silva Araújo defenderiam medidas mais rigorosas de isolamento em decorrência da “*gravidade da doença e da impossibilidade de profilaxia específica*”⁵³, o que significou considerar que o isolamento domiciliar só deveria ser aceito em nosso país em condições excepcionais. Para os autores, a baixa contagiosidade da lepra estava comprometida por seu aspecto crônico, pelas incertezas de sua transmissibilidade, pela baixa eficácia do tratamento e da cura da doença. Da mesma forma, o argumento de que diferentes tipos de lepra, reconhecidamente menos virulentos, poderiam ser objeto de medidas profiláticas menos severas, como o isolamento domiciliar, seria contestado pelos médicos. Rabelo e Silva Araújo consideravam que, na prática, era preciso ter na mesma conta qualquer tipo de lepra em sua

recursos suficientes; proteção das famílias dos leprosos indigentes; isolamento dos recém-nascidos filhos de leprosos; impedimento da importação de novos casos de lepra do estrangeiro; utilização de cortinados nos leitos dos doentes e telas nos cômodos; rigoroso asseio das casas ocupadas pelos leprosos; notificação às autoridades sanitárias da mudança de residência dos leprosos, para desinfecção e vigilância sanitária; desinfecção dos doentes, de seus cômodos, suas roupas e objetos de uso. Cf. Id., ib., p. 174.

⁵⁰ Nos relatórios apresentados dos temas abordados pela Comissão a questão do isolamento seria tratada de forma diferenciada, expressando a opinião dos autores dos trabalhos. Assim, Adolfo Lutz e Henrique de Beaurepaire Aragão, por exemplo, que discutiram a transmissibilidade da lepra, consideravam que a eficácia do isolamento do leproso só seria completa se fossem incorporadas medidas de proteção aos mosquitos, já que defendiam a transmissão culicidiana da lepra. Ver 3.2 *De como se propaga o mal*.

⁵¹ MOREIRA, Juliano; TERRA, Fernando. Lepra e isolamento In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 156.

⁵² Oscar da Silva Araújo era filho do também médico Antônio José Pereira da Silva Araújo, um dos precursores da medicina bacteriológica no Brasil. Em 1926, Silva Araújo substituiria Eduardo Rabelo na chefia da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e, depois, em 1940, por ocasião de sua morte, na presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

⁵³ RABELO, Eduardo; ARAÚJO, Silva. Lepra e domicílio In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 153.

relação com o isolamento domiciliar, dada a dúvida que envolvia os surtos agudos da doença e os problemas inerentes à sua bacilemia.⁵⁴

Rabelo e Silva Araújo argumentavam ainda que, no Brasil, ao contrário da Noruega, a adoção de tal medida profilática esbarrava no regime político e administrativo descentralizado, na ausência de vigilância sanitária, na baixa educação sanitária da população e no grande número de indigentes e de pessoas de poucos recursos que constituíam a massa de leprosos. Além disto, os médicos questionavam o peso que teria o isolamento domiciliar no regime de tratamento misto norueguês, que o combinava com o isolamento hospitalar, no decréscimo de casos no país. Segundo os autores, a lepra na Noruega teria diminuído em proporção direta ao número de doentes hospitalizados, o que os levava a não conferir nenhum valor ao isolamento domiciliar. Assim, Rabelo e Silva Araújo consideraram que o isolamento em domicílio deveria ser utilizado apenas em casos de exceção e quando houvesse uma eficiente vigilância sanitária, *“aceita pelo doente e contrastada pelas autoridades”*.⁵⁵

As resoluções finais da Comissão de Profilaxia da Lepra seguiriam, em linhas gerais, as proposições aprovadas pelo 1º Congresso Médico Paulista, de 1916, e as defendidas por Eduardo Rabelo e Silva Araújo. Na verdade, a diferença das duas proposições estava apenas no tom mais rigoroso que Rabelo e Silva Araújo haviam imprimido à discussão sobre o isolamento domiciliar e sua importância na profilaxia da lepra. Foi Eduardo Rabelo quem propôs à Seção de Higiene e Demografia que o 1º Congresso Médico Paulista procedesse à votação de uma moção, a ser deliberada na sessão geral, de que as medidas profiláticas propostas por Emílio Ribas fossem a base do apelo a ser encaminhado aos governos federal e estadual para que tomassem medidas de combate à lepra.⁵⁶

⁵⁴ Alguns médicos consideravam que o leproso só era perigoso quando em estado febril provocado pela bacilemia, com germes virulentos presentes no sangue, quando deveria ser isolado. Fora desse período, o leproso poderia desfrutar de maior liberdade. . Id., ib., p. 154.

⁵⁵ Id., ib., p. 155.

⁵⁶ Apud SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 195.

Porém, seria durante as discussões em torno do regulamento sanitário de 1920, tendo como mote os artigos do jornal *Brasil-Médico*, que poderemos acompanhar o abrandamento das reservas de Eduardo Rabelo quanto o isolamento domiciliar e seu papel na profilaxia da lepra. Além das críticas à mudança de princípios que deveriam ter orientado a atuação do DNSP prioritariamente para o saneamento rural, conforme analisamos anteriormente, o *Brasil-Médico* também se posicionara contrário às medidas adotadas no combate à tuberculose e à lepra, especialmente na questão referente ao isolamento obrigatório. O editorial de 24 de julho de 1920 recriminava as rigorosas medidas de profilaxia individual da tuberculose, ao mesmo tempo em que considerava as providências em relação à lepra “(...) *insuficientes, pouco rigorosas, invalidando a obra que se pretende realizar.*”⁵⁷ O periódico defendia o isolamento obrigatório de todos os leprosos, quaisquer que fossem suas condições sociais, rejeitando a possibilidade do isolamento domiciliar, só admissível em doenças agudas e de curta duração. A admissão do isolamento domiciliar nos casos de lepra impunha a medida complementar de vigilância sanitária dos suspeitos, isto é, todas as pessoas que partilharam o domicílio do leproso.⁵⁸

Em sessão da Academia Nacional de Medicina Eduardo Rabelo defenderia os princípios que norteariam a profilaxia da lepra, argumentando favoravelmente sobre o isolamento domiciliar como uma medida profilática moderna. Para tanto, Rabelo faria um extenso levantamento dos resultados epidemiológicos obtidos pelos países que praticavam o isolamento domiciliar, além de respaldar as prescrições do regulamento sanitário no tocante à lepra nos congressos médicos nacionais e internacionais. O médico repassaria as resoluções finais das duas conferências internacionais de lepra, em Berlim (1897) e Bergen (1909); do Congresso de Dermatologia e Sifilografia, em Berlim, (1904); as decisões do Office International d’Hygiene Publique e do Conselho de Higiene Pública da França, ambas de

⁵⁷ PROFILAXIA da lepra. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 34, n. 33, 24 de julho de 1920, p. 481.

⁵⁸ Id., ib., loc cit. A questão também apontada pelo editorial do *Brasil-Médico*, de 24 de julho de 1920, da dependência da profilaxia da lepra da assinatura de acordos entre a União e os governos estaduais, foi tratada no tópico anterior. Cf. 5.1 *Uma Inspetoria para a lepra*.

1914; da Conferência Sul-americana de Higiene e Microbiologia (1917), em Buenos Aires; e finalmente, da Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1918.⁵⁹

Segundo Rabelo, desde a Conferência de 1897 o isolamento domiciliar já fazia parte das prescrições profiláticas para a lepra, praticadas na Noruega desde 1885. Ao longo das décadas de 1910 e 1920, os encontros médicos internacionais corroborariam esta recomendação, indicando ser indispensável o isolamento nosocomial para os doentes indigentes e os que não pudessem se manter. Os resultados epidemiológicos favoráveis de países como Alemanha, Islândia, Noruega e Suécia, que adotariam preferencialmente o isolamento domiciliar, teriam estimulado que esta medida fosse indicada em todos estes encontros internacionais, onde já se discutia, inclusive, a possibilidade unicamente de vigilância médica para o leproso. Para o médico, mesmo na Noruega, o isolamento domiciliar em si não teria sido a medida mais eficiente, mas foi a possível. A vantagem da prática norueguesa, que resultou no isolamento do maior número foi justamente a adoção de medidas liberais na profilaxia da lepra, que fez crescer o número de indivíduos isolados ao:

“(...) colocar certos doentes nos domicílios em condições pelo menos de muito menor risco para a comunidade, e a segunda foi de, indiretamente, em condições de mais fácil aquiescência para a certa classe de indivíduos rebeldes, promover o isolamento nosocomial, já agora como sanção às infrações ao isolamento domiciliar que a princípio lhe fora voluntariamente concedido.”⁶⁰

O regulamento sanitário brasileiro, aprovado em 1920, seguiria de perto esta experiência norueguesa, ao definir a obrigatoriedade do isolamento do leproso. O regulamento determinava que, concluído o diagnóstico positivo da lepra e comunicado ao doente ou seu responsável, era-lhes notificado a obrigatoriedade do isolamento e a liberdade que ficava o doente de levá-lo a efeito em seu próprio domicílio ou no estabelecimento nosocomial que lhe

⁵⁹ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 12/08/1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 268-9.

⁶⁰ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 12 de agosto de 1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 270.

conviesse.⁶¹ Quanto à questão da vigilância sanitária dos comunicantes, Rabelo afirmava que esta vigilância era distinta da do leproso em domicílio, para quem era indicado exames a cada seis meses. Como o leproso em boas condições tinha uma vida média de sete anos, num total aproximado de dez mil casos, o médico considerava que não haveria muitos doentes em domicílio, nem muitos comunicantes, já que estes se sujeitavam regularmente à vigilância.⁶²

A resposta do *Brasil-Médico* se faria no jornal de 21 de agosto, cujo editorial discutia as considerações feitas por Eduardo Rabelo na sessão da Academia Nacional de Medicina. O artigo afirmava que a aceitação do isolamento domiciliar em casos excepcionais, tal como o aprovado nas resoluções finais da 1ª Conferência Internacional, e o seu estabelecimento em igualdade de condições com o isolamento nosocomial, como o praticado na Noruega, não tinha exatamente o mesmo significado. Segundo o editorial, entre as conclusões aconselhadas pela Comissão de Profilaxia da Lepra e as prescrições do regulamento sanitário do DNSP haveria sutis diferenças. E ainda, a Comissão concluíra que o isolamento em domicílio era uma medida de caráter excepcional, aplicável apenas quando o doente dispusesse de meios para o seu sustento e nas localidades de organização sanitária eficiente. Segundo o editorial, havia ainda uma outra questão a ser considerada na escolha do isolamento domiciliar em algumas experiências nacionais, isto é, sua excepcionalidade seria condizente com “(...) populações não civilizadas, com preconceitos religiosos difíceis de vencer.”⁶³ Da forma como estava preconizado no regulamento sanitário brasileiro, a grande maioria dos leprosos preferiria esta alternativa, restando o isolamento nosocomial apenas para os indigentes. De acordo com o periódico, seria “*preciso não se conhecer a pouca educação higiênica da nossa*

⁶¹ Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 244-493, 1921. (Art.393).

⁶² SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 12 de agosto de 1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 271.

⁶³ PROFILAXIA do câncer, lepra e doenças venéreas, resposta ao professor Eduardo Rabelo. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 34, n. 33, 21 de agosto de 1920, p. 556.

gente, o seu natural sentimentalismo, para não se ver logo que o isolamento domiciliar será entre nós burlado completamente (...).”⁶⁴

Para Rabelo, a experiência internacional já dera provas de que as prescrições liberais da profilaxia da lepra eram as que melhores resultados haviam produzido, da mesma forma que as conclusões da Comissão teriam sido integralmente atendidas pelo regulamento sanitário. De forma geral, o decreto estabelecia a possibilidade de escolha entre o isolamento nosocomial e o domiciliar, resguardadas algumas condições, o que favoreceria aos leprosos aceitarem as medidas de reclusão impostas na lei. Eram condições definidas no regulamento sanitário: a assídua vigilância sanitária; as condições da habitação do leproso, que não poderia ser habitação coletiva ou comércio; os doentes deveriam ter, pelo menos, um quarto de dormir pessoal; seus pertences de uso pessoal deveriam ser lavados e desinfetados na própria casa; seus aposentos deveriam ser cotidianamente desinfetados e protegidos de moscas e outros insetos.⁶⁵

Decidido o isolamento domiciliar, as autoridades sanitárias concederiam prazo razoável para adequação do doente à sua execução, cujas despesas seriam de sua responsabilidade, ficando desde logo sob a vigilância sanitária. Dispunha ainda o regulamento, ao contrário do defendido por Eduardo Rabelo e Silva Araújo em trabalho apresentado à Comissão de Profilaxia, que o isolamento domiciliar seria mais facilmente concedido aos doentes de forma nervosa ou anestésica pura.⁶⁶ Estas determinações profiláticas, ainda que

⁶⁴ Id., ib., loc. cit.

⁶⁵ BRASIL. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 244-493, 1921. (Art. 409).

⁶⁶ Id., ib., (Art. 391 e 407). Neste período não havia ainda consenso quanto a classificação dos tipos de lepra, de forma geral era reconhecida formas da doença nodular (tuberosa ou anestésica) e a lepromatosa (nervosa). Esta classificação era utilizada para ao dar o diagnóstico e identificar as forma contagiantes da lepra. Muitas outras classificações surgiram ao longo das três primeiras décadas do século XX, a questão seria definida no Congresso Internacional de Havana, em 1948, quando seria aprovada a classificação da lepra proposta por Eduardo Rabelo, em dois tipos polares: o lepromatoso e o tuberculóide, reconhecendo-se ainda um grupo de casos menos determinados, os indefinidos. Cf. REYES F., Oscar. Classificação da lepra. Resumo biográfico Disponível http://svdcd.org.br/revista/1982/Vol%2003%20y%2004/DV-1-1982-lepra.pdf/Acesso_24_junho_2007/ Ver também MACIEL, 2007, 219-21; 229.

baseadas na experiência norueguesa, haviam se adaptado às condições singulares da organização política e administrativa brasileira:

“Num país vasto como o nosso e federativo o maior escolho seria a eficiência da vigilância sanitária. Muito bem, pois, estabeleceu o regulamento que só seria concedido o isolamento em domicílio quando possível assídua vigilância, que de outro lado não ficará, como na Noruega, sujeita às municipalidades (...), pois do contrário, em país extenso e de regime administrativo diverso, não poderíamos alcançar nem mesmo o resultado relativamente demorado, embora pedisse a lei condições mais rigorosas, que facilmente seriam burladas.”⁶⁷

Segundo Rabelo, a dificuldade do isolamento em leprosários de todos os leprosos não estava fundada na falta de civilização ou preconceitos religiosos, como afirmara o artigo do *Brasil-Médico*. De acordo com este editorial, seria esta opinião de Patrick Manson ao lamentar as dificuldades encontradas para segregação dos leprosos na Índia. Rabelo corrigiria o periódico, afirmando que o médico britânico aconselhava o modelo profilático norueguês e que a impossibilidade da segregação compulsória esbarrava nos direitos individuais, nas finanças, na sonegação de casos, etc.⁶⁸ Na verdade, tal discussão a respeito dos direitos individuais dos leprosos e a segregação compulsória sempre esteve sobrepujada pela defesa dos direitos da população sã, neste caso visto como questões inconciliáveis.

Não pretendemos discutir o problema do isolamento sobre este aspecto, importa-nos pensá-lo como um modelo de intervenção profilático para a lepra que foi formatado a partir da conjunção de inúmeros elementos. Assim, a defesa do isolamento como uma política pública conduzida pelo Estado brasileiro é por nós pensada a partir de fatores que procuravam congregar o conhecimento científico sobre a doença, seu conteúdo simbólico e suas implicações sociais, políticas e econômicas. São estes os componentes que definirão os limites

⁶⁷ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 26 de agosto de 1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 273.

⁶⁸ Id., ib., p. 275.

impostos ao combate à lepra neste período, que ajuda-nos a compreender os pequenos deslocamentos e a trajetória do discurso médico sobre os modelos profiláticos disponíveis, resultado do esforço de conciliar idéias e ações.

Desta forma, o limite da liberdade individual dos leprosos estava circunscrito à possibilidade de escolha da forma que tomaria o isolamento obrigatório quando definido o diagnóstico da lepra: domiciliar ou em colônias. Carlos Chagas, na sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra, definiria com precisão o lugar desta discussão, mesmo entre aqueles favoráveis às medidas liberais na profilaxia da lepra:

*“É certo que não podemos atuar na lepra, para os efeitos desta medida [o isolamento dos leprosos] essencial, com as mesmas exigências indicáveis para outras doenças transmissíveis, de fácil contágio e rápida evolução. Não porque tenhamos de transigir com essas doutrinas anacrônicas de liberdade individual, nas quais naufragariam todas as conquistas de higiene moderna. Não é por isso, senão porque sabemos compreender que a evolução prolongada da lepra, doença que perdura, tantas vezes, toda uma existência, exige no método profilático modalidade de adaptação, de modo a retirar dele todo caráter vexatório e torná-lo compatível com o espírito liberal dos povos cultos.”*⁶⁹

Partilhando de opinião semelhante sobre os limites da liberdade individual sob o diagnóstico da lepra, Eduardo Rabelo rejeitaria qualquer “*mal fundado sentimentalismo*” na questão do isolamento da doença, pois a gravidade do problema no país impunha que o interesse coletivo primasse sobre o individual.⁷⁰ Definido o isolamento do leproso como a única alternativa profilática reconhecidamente eficaz, restava destituí-lo de seu caráter coercitivo e torná-lo uma opção voluntária do doente em busca de tratamento e melhores

⁶⁹ GHAGAS, Carlos. Discurso pronunciado na sessão inaugural da Conferência Americana da Lepra pelo Dr. Carlos Chagas, Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 8 de outubro de 1922 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 367.

⁷⁰ RABELO, Eduardo. Considerações sobre a profilaxia da lepra em São Paulo. Conferência realizada em 8 de abril de 1931, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 45, n. 17, 25 de abril de 1931, p. 371.

condições de vida. O isolamento deveria constituir-se, sob esta nova perspectiva, “(...) *num compromisso de honra firmado pelo Estado e a sociedade no sentido de um completo provimento de tudo que possa constituir as suas necessidades por ventura gozadas fora dele.*”⁷¹ Eduardo Rabelo, tal como outros nomes que defendiam a adoção de medidas mais liberais na profilaxia da lepra, considerava que o isolamento obrigatório dos leprosos deveria pautar-se na construção de grandes e modernos leprosários, onde o conforto e a liberdade suavizariam a segregação, especialmente para os doentes oriundos das camadas mais abastadas da sociedade. Esta seria uma situação ideal, longe de constituir a realidade de qualquer experiência nacional de combate à lepra, restando às autoridades sanitárias enfrentarem o problema da doença e a situação do isolamento do leproso de forma prática e plausível.

Rabelo, ao defender o regulamento sanitário das críticas do *Brasil-Médico*, mostrava uma posição mais pragmática da profilaxia da lepra que aquela assumida durante os trabalhos da Comissão de Profilaxia, onde fazia restrições à adoção do isolamento domiciliar no Brasil. Apesar de considerar esta uma medida profilática condizente com os modernos princípios da higiene, Rabelo também ressaltaria que “(...) *em matéria de isolamento, o melhor, quando possível, é em geral o mais rigoroso.*”⁷² Desta forma, a chave para a eficiência de um programa de combate à lepra estava em obter a cooperação da população na identificação de novos casos, que medidas discricionárias e a desinformação levavam-na a ocultar, o que contribuía para a disseminação da doença.

Segundo o médico, os novos conhecimentos científicos apontavam para a baixa contagiosidade da lepra, o contágio da doença ocorreria na maior parte das vezes entre aqueles que desfrutavam do contato íntimo e prolongado com o doente, sendo o organismo mais receptivo nas primeiras décadas de vida, o que obrigava a uma revisão dos procedimentos

⁷¹ MACHADO, Werneck; GOMES, Emílio. Lepra e profissão In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 150.

⁷² SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 26 de agosto de 1920 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 270.

profiláticos que segregavam indiscriminadamente todos os leprosos.⁷³ Uma profilaxia baseada nestas novas aquisições científicas teria como base a vigilância sanitária do leproso para o controle dos comunicantes e, por outro lado, o afastamento das crianças do foco de infecção leprosa depois de seu nascimento.⁷⁴

O que o jornal *Brasil-Médico* considerava como prescrições por demais liberais para profilaxia da lepra, baseada na vigilância sanitária e na educação higiênica, marcaria também a atuação de Eduardo Rabelo no campo da sifilografia. O modelo de intervenção defendido pelo médico para profilaxia da sífilis tinha por base a educação higiênica da população, suas propostas não previam a regulamentação ou a criminalização da prostituição, nem mesmo a promoção da abstinência sexual masculina.⁷⁵ Eduardo Rabelo considerava que o tratamento da sífilis deveria ser predominantemente ambulatorial, a internação voluntária seria realizada em discretas enfermarias especiais, localizadas em hospitais gerais.⁷⁶ Tal como argumentaria em relação à lepra, Eduardo Rabelo considerava que a tentativa de regulamentar a prostituição havia sido o grande empecilho à profilaxia da sífilis, que “(...) *poderia se manter no campo ‘puramente sanitário’, prescindindo de qualquer dimensão policial ou repressiva.*”⁷⁷ Segundo Carrara, no caso da sífilis o regulamento sanitário havia feito algumas conciliações entre diferentes modelos profiláticos para a doença, onde a proposta de Eduardo Rabelo, contrária à

⁷³ Cf. RABELO, Eduardo. Considerações sobre a profilaxia da lepra em São Paulo. Conferência realizada em 8 de abril de 1931, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 45, n. 17, 25 de abril de 1931, p. 371-2.

⁷⁴ Id., ib., p. 372. O regulamento sanitário de 1920 previa o afastamento das crianças que residissem ou permanecessem no domicílio do leproso, além de orientar que as crianças filhas de pais leproso isolados em domicílio não deveriam ser nutridas ao seio de uma ama ou amamentadas pela própria mãe, no caso desta ser leprosa. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 244-493, 1921. (Art. 409,h; Art. 412). No caso do isolamento nosocomial, os filhos dos leproso, ainda que apenas um fosse doente, seriam mantidos em seções especiais, anexas às áreas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde seriam transportados logo depois de nascidos. No caso do aleitamento, deveriam ser seguidas as mesmas determinações do isolamento domiciliar. Id., ib., (Art. 396).

⁷⁵ CARRARA, 1996, p. 195. Sobre as idéias profiláticas de Eduardo Rabelo sobre a sífilis Cf. Id., ib., p. 195-202.

⁷⁶ Id., ib., p. 196.

⁷⁷ Id., ib., loc. cit.

regulamentação da prostituição, harmonizou-se com a possibilidade expressa no decreto de um regime sanitário especial para as prostitutas.⁷⁸

De certa forma, esta conciliação entre prescrições liberais e proposições coercitivas no combate à lepra também esteve presente no regulamento sanitário de 1920. No decreto podemos identificar uma série de medidas que procuravam aplicar os modernos preceitos da higiene onde, além do isolamento domiciliar, encontraremos prescrições como: a confidencialidade da notificação do diagnóstico da lepra; a possibilidade do exame de confirmação do diagnóstico ser acompanhado por médico de confiança do suspeito ou doente; a possibilidade de recurso do diagnóstico para o Diretor-Geral do DNSP; a permissão de internamento de pessoa adulta que quisesse acompanhar o doente, desde que assumida suas despesas; a permissão para o doente isolado tratar-se com clínico de sua confiança; o consentimento, em casos excepcionais, da saída do leproso isolado em estabelecimento para visitar a família ou tratar de interesse próprio; a mesma medida seria aplicada ao isolado em domicílio, que poderia sair de acordo com o seu grau de infecciosidade.⁷⁹ Porém, também encontraríamos alguns resquícios repressivos, especialmente para os casos dos suspeitos negarem-se ao exame, quando poderia ser requisitado o auxílio da polícia para sua execução. Medida igualmente coercitiva era prescrita para o afastamento das crianças no caso de isolamento nosocomial de um dos pais, mesmo estando o outro saudável, ou o impedimento de entrada no país de imigrantes estrangeiros.⁸⁰

A necessidade desta conciliação ficaria clara no discurso de Eduardo Rabelo, ao ponderar que “(...) *ajudado nas modernas aquisições no terreno da epidemiologia e do tratamento da lepra, algo, mas não tudo, se retire das mais fortes medidas coercitivas e que,*

⁷⁸ Cf. Id., ib., p. 218-29.

⁷⁹ Cf. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 244-493, 1921. (Arts. 382; 390, § 5º; 392; 393; 399; 401 e 411).

⁸⁰ Id., ib., (Art.390, § 4º; art. 409, h; art. 412 e 423).

no fim, tudo se faça, justamente em prol da maior eficiência.”⁸¹ No entanto, consideramos que este pragmatismo não desvanece os princípios liberais propostas no regulamento sanitário de 1920. O reconhecimento de que as medidas da profilaxia da lepra que haviam sido aprovadas pela legislação sanitária brasileira estavam em consonância com que havia de mais moderno e eficaz no combate à doença seria referendado por ocasião da participação de Eduardo Rabelo na 3ª Conferência Internacional de Lepra, em Estrasburgo, na França. Rabelo e Joaquim Mota apresentaram as medidas de profilaxia contra a lepra que estavam sendo executadas pela Inspetoria, ressaltando que tais ações se orientaram pela adoção de uma legislação liberal que havia permitido o isolamento domiciliar e nosocomial, sob condições distintas.⁸²

É claro que podemos pensar que a fronteira de tal liberalismo estava na própria adoção do isolamento obrigatório do leproso, independente da forma que tomasse. Mas, não podemos esquecer que tais prescrições profiláticas e sua transformação numa política a ser dirigida pelo Estado, estavam informadas pelo conhecimento científico disponível à época, como também por inúmeros outros fatores de ordem social, política e econômica que circunscrevem seus limites. Neste debate que se travou nas duas primeiras décadas do século XX, sobre o lugar da

⁸¹ Cf. RABELO, Eduardo. Considerações sobre a profilaxia da lepra em São Paulo. Conferência realizada em 8 de abril de 1931, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 45, n. 17, 25 de abril de 1931, p. 371.

⁸² RABELO, E; MOTTA, J. Mesures de prophylaxie contre la lèpre au Brésil In 3ª Conférence Internationale de la Lèpre. Paris: Librairie J. –B. Baillière et fils, 1924. p. 363. Em 31 de dezembro de 1923 um novo regulamento sanitário seria aprovado, pelo Decreto nº 16.300. Até esta data estava em vigor o regulamento sanitário aprovado em 1920, já que a alteração sofrida em 1921, Decreto nº 15.003, de 15 de setembro, recebera também inúmeras críticas e fora tirado de circulação. Na verdade, o regulamento sanitário de 1923 promove sutis mudanças no que se refere à educação sanitária (Art. 122, § 3º e 4º; Art. 127); redefinia o âmbito de atuação imediata dos serviços da Inspetoria a zona urbana do Distrito (Art. 122); inclui parágrafo que concede preferência de isolamento nas leprosarias aos doentes domiciliados no estado ou município do estabelecimento (Art. 145, parágrafo único); previsão de acordo entre a Inspetoria e instituições privadas (Art. 150, parágrafo único); discrimina mais detalhadamente as determinações para o isolamento domiciliar (Art. 161); impedia a transferência de doentes de município ou Estado sem a prévia anuência das autoridades sanitária para onde se destina o leproso (Art. 168, parágrafo único); retirou artigo que tratava sobre o charlatanismo médico e farmacêutico em relação à lepra; incluiu a promoção do fabrico de agentes terapêuticos mais ativos contra a lepra (Art. 180, parágrafo único). Cf. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 244-493, 1921; Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 581-974, 1924.

lepra entre as endemias nacionais e sua relevância no quadro nosológico brasileiro, até sua inclusão na agenda sanitária no governo federal, houve um longo processo de negociação que moldaria as medidas profiláticas que seriam adotadas no país. Os princípios que dirigiram esta política, defendidos por Eduardo Rabelo, foram igualmente formatados por novas experiências profiláticas nacionais, que questionavam as duras medidas discricionárias, largamente adotadas após a 1ª Conferência Internacional, em Berlim, em 1897.

Fazendo um balanço das conclusões da 3ª Conferência Internacional, Eduardo Rabelo destaca dois importantes pontos deste encontro: o reconhecimento de que a maior eficácia do combate à lepra estava no estabelecimento de leis liberais e humanitárias, que permitiriam o tratamento de um número maior de doentes e a crença na possibilidade da cura da lepra.⁸³ Segundo Rabelo, as conclusões finais desta conferência corroboravam sua identidade de princípios com a legislação brasileira, o que realçava o valor das disposições sanitárias aprovadas pelo regulamento de 1920. Este liberalismo das idéias profiláticas defendidos por Eduardo Rabelo pode ser dimensionado em dois momentos distintos, tendo interlocutores bastante significativos na conjuntura da política sanitária do período. O primeiro seria Belisário Penna, o grande porta-voz do saneamento dos sertões e, o segundo, seria João Aguiar Pupo, chefe da Inspeção de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo.

A Academia Nacional de Medicina foi o cenário de um debate sobre a lepra, que colocava em campos opostos as propostas profiláticas de Belisário Penna e aquelas defendidas por Eduardo Rabelo à frente da Inspeção. Não podemos esquecer que Belisário Penna afastara-se da direção do Serviço de Profilaxia em 1922, justamente por discordar das orientações emanadas pelo DNSP, sob a direção de Carlos Chagas. Em 1926 Rabelo afastava-se da direção dos serviços da Inspeção de Profilaxia da Lepra, mas comparecera à sessão da Academia Nacional de Medicina para, ao lado de Silva Araújo que o substituiria, responder às críticas de Belisário Penna. Bem ao seu estilo, o ataque de Belisário Penna à atuação da

⁸³ RABELO, Eduardo. Profilaxia da lepra, do câncer e das doenças venéreas. 1º Congresso Brasileiro de Higiene. Rio de Janeiro, 1923 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 375.

Inspetoria de Profilaxia da Lepra tivera início nos jornais, tendo apresentado em junho de 1926 uma conferência na Academia Nacional de Medicina em que discutira inúmeros aspectos sobre a lepra, especialmente sua expansão e distribuição no país e a falta de um censo sobre a doença.⁸⁴ Pena faz um longo arrazoado do que considerava os resultados pífios da ação profilática da Inspetoria, condenava a opção terapêutica das colônias e propunha a criação de municípios destinados ao isolamento dos leprosos, o chamado Município da Redenção.⁸⁵

Eduardo Rabelo refutaria esta proposta de isolamento absoluto e extremamente rigoroso dos municípios propostos por Pena. Rabelo retomava os argumentos já conhecidos trazidos da moderna profilaxia da doença, que favorecia a manutenção do leproso junto à sua família, das experiências internacionais que reduziam o número de doentes com medidas mais liberais, da necessidade de multiplicação de locais de isolamento juntos aos focos da doença, dos progressos da terapêutica, da baixa contagiosidade e a possibilidade de cura clínica da lepra. Rabelo reafirmava os princípios liberais que haviam formatado o regulamento sanitário e a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, indicando que estes novos elementos que foram trazidos do avanço das pesquisas sobre a doença limitavam o isolamento do leproso. Segundo o médico, no estado atual da ciência, a lei federal garantiria o fim da lepra, “*humana e cientificamente*”.⁸⁶

Em 1931, novamente Eduardo Rabelo teria condições de reafirmar sua filiação aos princípios liberais que orientariam os trabalhos da Inspetoria de Profilaxia da Lepra. O médico realizou uma conferência na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, onde teceu considerações sobre a profilaxia da lepra neste estado. Por ocasião desta conferência ocupava

⁸⁴ Sobre a análise da importância da estatística e a geografia da doença ver o capítulo 3. *Uma profilaxia impar*.

⁸⁵ A proposta de Belisário Pena era que a Ilha Grande fosse transformada no Município da Redenção, destinado às vítimas de lepra. Segundo Pena, a Ilha Grande era ideal para localização do Município da Redenção “(...) *pela sua proximidade do continente e desta capital, sem que os doentes ali estabelecidos tenham a impressão de degedo, pela fertilidade do solo, pureza e abundância das águas e riqueza das matas é que esta ilha está em ótimas condições para dar cabal solução ao gravíssimo problema da lepra.*” Cf. COC/Fiocruz, Fundo Belisário Pena, BP.PI.TP.90002040.34a.

⁸⁶ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 24 de junho de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 428.

a direção da Inspeção de Profilaxia da Lepra do estado de São Paulo o médico João de Aguiar Pupo, partidário da política isolacionista e em cuja gestão, a partir de 1927, se estruturaria o chamado modelo profilático paulista.⁸⁷ Rabelo advogava um modelo de combate à lepra, para o Brasil e o estado de São Paulo, baseado no trabalho que Lonard Rogers vinha desenvolvendo na Índia, onde o tratamento profilático era diferenciado para cada grupo, não se adotando a segregação indistintamente. Segundo este modelo, o tratamento a ser dispensado estava de acordo com o risco de contágio e as condições individuais de cada doente, adotava-se para cada caso uma prescrição distinta, que poderia ser a vigilância sanitária, o tratamento em dispensários ou o isolamento, para uma parte mínima de doentes. Esta política era absolutamente diferente da que vinha sendo executada em São Paulo sob a administração de Aguiar Pupo, onde mesmo os pacientes de forma não contagiosas poderiam ser submetidos ao isolamento, o que levaria Rabelo a propor que ao programa profilático paulista deveria se juntar:

“(...) o tratamento intensivo e extensivo como arma profilática, aconselhado desde muito por Lindenberg, a criação de dispensário, com tanto calor e convicção advogada por Paula Souza, e, até mesmo, conforme as circunstâncias, a multiplicação de postos de isolamento temporário, com o fim de transformar em não bacilíferos o maior número possível de infectados”⁸⁸

⁸⁷ Em 1927 João de Aguiar Pupo substituiu, à frente da IPL, o médico José Maria Gomes, contrário à política isolacionista e que havia dado início ao serviço de dispensários para tratamento dos doentes não contagiosos no estado de São Paulo. Aguiar Pupo formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tornando-se catedrático de Clínica Dermatológica e Sifilografia, em 1929. Criou a Liga de Combate à Sífilis no estado e, na chefia da IPL concluiu as obras do asilo de Santo Ângelo, tendo iniciado ainda as obras de Cocais e Pirapitingui. Cf. AZULAY, R.D. et al. In memoriam – João Aguiar Pupo. Anais Brasileiro de Dermatologia, 55 (4): 212-7. Sobre o modelo profilático paulista ver MONTEIRO, 1995, p. 161-84; MACIEL, 2007, p.63-79; CUNHA, Vivian da Silva. O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). 2005. 142 p. Dissertação (História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. p.52-4.

⁸⁸ RABELO, Eduardo. Considerações sobre a profilaxia da lepra em São Paulo. Conferência realizada em 8 de abril de 1931, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 45, n. 17, 25 de abril de 1931, p. 375.

Eduardo Rabelo deixa claro seu ponto de discordância do modelo profilático paulista, onde o isolamento acabaria por se autonomizar dos pressupostos científicos enunciados no período, conforme veremos no próximo capítulo. O médico ressaltava a inoperância das medidas violentas e considerava que, mesmo as questões peculiares à São Paulo, como a mendicância de leprosos ou a questão dos detentos leprosos, deveriam se resolvidas dentro das “*normas de tolerância*.”⁸⁹ Segundo o médico, o desenvolvimento de tal programa profilático necessitava antes que se operasse uma modificação na forma de encarar o contágio da lepra, era preciso que se estabelecesse um equilíbrio que abolisse a indiferença e, ao mesmo tempo, a apreensão excessiva. Falando para a classe médica paulista Rabelo considerava que esta seria a chave para “*(...) retirar a lepra desse regime de exceção em que ela está, e integrar a campanha profilática, dentro das normas traçadas pelos conhecimentos científicos que já possuímos sobre a infecção leprosa*.”⁹⁰

Este chamado para que o estado de São Paulo se integrasse ao programa executado pela União, sob a responsabilidade técnica da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, indica o compromisso de Rabelo com as prescrições liberais expressas no regulamento sanitário. É fundamental compreendermos tal compromisso para que possamos perceber os elementos que comporiam a política de combate à lepra que será dirigida pela Inspetoria, distinguindo-os dos limites políticos e econômicos de sua ação. Por outro lado, a análise de tais determinações profiláticas advogadas por Eduardo Rabelo, nos permitirá ainda acompanhar a negociação realizada com os diferentes estados da federação, não só para adesão aos acordos, mas, especialmente, para mantê-los sob a centralização política proposta na legislação.

⁸⁹ Id., ib., loc. cit.

⁹⁰ Id., ib., p. 376.

5.3 A lepra nos domínios da administração sanitária

“(...) o leprosário nessas legislações, como na nossa é uma espécie de sanção. O indivíduo escolhe uma ou outra providência. Se não pode evidentemente preencher as condições rigorosas, mas necessárias do isolamento domiciliar, incorre na sanção – vai para o hospital. É evidentemente a força moral que terá a Saúde Pública para tomar essa providência, porque aí já se trata de um indivíduo que foi insubmisso que, por uma condição ou outra não se isolou em sua residência.”⁹¹

(Eduardo Rabelo)

Ao longo de sua existência, entre os anos de 1920 e 1934, a execução da profilaxia da lepra pela Inspetoria seria o grande desafio às prescrições liberais defendidas por Eduardo Rabelo e seu sucessor, Oscar da Silva Araújo. A defesa de suas posições no tocante ao combate à lepra, dispostas no regulamento sanitário, seriam frequentemente açodada pelas vozes derrotadas no embate que se tornara a questão do isolamento e o tratamento do leproso no período. Neste aspecto, consideramos importante destacar que a compreensão das diferentes nuances que compuseram a luta contra a lepra no Brasil, neste período, pode ser dimensionada pela ação da Inspetoria, mas devemos também estar atentos aos outros elementos que moldaram a adoção destas medidas.

Se, por um lado, precisamos levar em conta o argumento usual de que as limitações orçamentárias da União seriam responsáveis pelo que Belisário Penna classificava como uma “*conspiração do silêncio*”, ao se referir ao desempenho da Inspetoria na profilaxia da lepra no país, por outro lado, acreditamos que isto não encerra a discussão sobre a atuação deste órgão. Assim, pretendemos analisar a ação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas sob os princípios profiláticos que a orientaram, fator essencial para compreendermos o alcance

⁹¹ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 24 de junho de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 423.

e a elevação dos tons da crítica à política sanitária empreendida pelo órgão, a partir da segunda metade da década de 1920, e o significado de sua extinção, em 1934.

Criada a Inspetoria em 1920 e definida suas atribuições como a orientação e direção técnica do combate à lepra e doenças venéreas em todo território nacional e ao câncer no Distrito Federal, coube a Eduardo Rabelo a direção de tais serviços até 1926, quando seria substituído pelo médico Oscar da Silva Araújo. Segundo o decreto de 1923, a profilaxia da lepra e doenças venéreas seria diretamente executada pela Inspetoria no Distrito Federal e nos estados tal tarefa caberia à Diretoria de Saneamento Rural, mediante a realização de acordos com os respectivos governos, que se comprometiam a submeterem-se à legislação sanitária e à orientação técnica do órgão federal. Nos estados ou municípios onde não houvesse o serviço de saneamento rural, o combate à lepra e às doenças venéreas seria executado pelas comissões técnicas designadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, diretamente subordinadas à Inspetoria.⁹²

Segundo Silva Araújo informaria em sessão da Academia Nacional de Medicina, o pacto federativo criava dificuldades e “*sérios embaraços à ação sanitária federal*”, que demandara longo tempo de negociação e consultas com os governos estaduais para implantação e organização dos serviços regionais de profilaxia da lepra e doenças venéreas.⁹³ O médico afirmara que havia sido gasto um ano e meio neste processo, onde “*(...) o governo federal sempre cumpria com seus deveres, às vezes até pagando antecipadamente certas contribuições.*”⁹⁴ Belisário Penna, então diretor da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural do DNSP, mostrava-se entusiasmado com a execução destes trabalhos em 1921. Em seu discurso de posse na Academia Nacional de Medicina anunciava que os serviços de saneamento rural já eram executados desde 1918 no Distrito Federal, Maranhão, Minas Gérias

⁹² Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Coleção de Leis do Brasil, v. 3, p. 581-974. (Art. 121, 122 e 123)

⁹³ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 24 de junho de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 420.

⁹⁴ Id., ib., p. 423.

e Paraná; a partir de 1919 teria iniciado no estado do Rio de Janeiro; em 1921 no Pará, Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco. Segundo o médico, a missão sanitária do Ceará levaria tais serviços para Fortaleza, ainda em setembro de 1921 se instalaria em Alagoas e Bahia, antes de novembro em Amazonas, Espírito Santo, Mato Grosso e Santa Catarina.⁹⁵ Em 1923, por ocasião da 3ª Conferência Internacional de Lepra, Eduardo Rabelo e Joaquim Mota apresentaram trabalho onde comunicavam que o serviço de profilaxia da lepra já era executado no Distrito Federal e em 18 estados brasileiros, estando em negociações com dois outros.⁹⁶ Estes eram os estados de São Paulo e Goiás, que não estabeleceriam acordo com a Inspeção para a profilaxia da lepra e doenças venéreas, mantendo as suas próprias expensas estes serviços.⁹⁷

Assim, em 1923 seria atingido o limite de dezoito estados cobertos pela ação da Inspeção no combate à lepra. Porém, conforme o relatório da Inspeção de 1927, as dificuldades financeiras de alguns destes estados impediram-nos de manter o acordo firmado com a União, tendo baixado para 14 os que mantiveram a ação de profilaxia da lepra e doenças venéreas, que seriam: Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Sergipe, Espírito Santo e Rio Grande do Sul.⁹⁸ Deste universo de 14 estados, dois deles mantiveram o acordo diretamente com a Inspeção, no Espírito Santo era feito integralmente o serviço de profilaxia da lepra e

⁹⁵ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 15 de setembro de 1921. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1921, jan.-nov., p. 194.

⁹⁶ RABELO; MOTTA, 1924, p. 367.

⁹⁷ A estatística dos leprosos até 1925, apresentada pela Inspeção de Profilaxia da Lepra no relatório de 1927, contabilizava o fichamento de apenas dois doentes no estado de Goiás. Segundo Souza Araújo, em 1929 foi inaugurado um dispensário de lepra, que chegaria a registrar o tratamento de 89 doentes. Cf. ARAÚJO, 1927, p. 36; SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 507. Somente em 1937 o governo federal iniciaria a construção de uma colônia no estado de Goiás, a Santa Marta, inaugurada em 1943, com capacidade para 500 doentes. Cf. Barreto, J B. Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde: IX.- Serviço Nacional de Lepra - B.- Despesas do Governo Federal com a Rede Nacional de Leprosários: Goiás – Colônia Santa Marta. *Arquivos de Higiene*, 1943:13 (1) 222 e COLÔNIA SANTA MARTA. *Bol. Serv. Nac. Lepra*, 1943:2 (2) 89.

⁹⁸ ARAÚJO, Oscar da Silva. Inspeção de Profilaxia da lepra e Doenças Venéreas. *Arquivos de Higiene*, 1928: 2 (1) 208.

doenças venéreas e, no Rio Grande do Sul, apenas o de doenças venéreas.⁹⁹ Logo, o combate à lepra sob orientação técnica da Inspetoria era realizado em 13 estados da federação, no restante ou a ação era feita de forma autônoma pelos órgãos sanitários estaduais, como em São Paulo, Goiás e Rio Grande do Sul, ou simplesmente inexistia.

É importante observar que cada realidade estadual deve ser analisada individualmente, pois, se em alguns casos o limite financeiro do estado impôs a extinção do combate à lepra como uma medida conjunta com a União, isto não prescinde de analisá-la sob a perspectiva do lugar que a doença ocupava dentre as prioridades sanitárias da região. Por outro lado, a renúncia ao acordo sanitário pode também ser analisada como fruto da discordância das autoridades sanitárias locais à orientação técnica da Inspetoria que, a partir da segunda metade da década de 1920, sofreria uma crítica mais contundente de sua atuação. Este levantamento extrapola os limites de nossa análise, mas a produção de trabalhos circunscritos ao problema da lepra nos estados é fundamental para que possamos ouvir outras vozes e ampliar a compreensão não só das opções profiláticas locais, como também do alinhamento e das dissidências à política federal empreendidas para o combate à doença.

A atuação da Inspetoria no combate à lepra pautava-se pelas prescrições profiláticas definidas no regulamento sanitário de 1920, prevendo a notificação obrigatória, o exame periódico dos comunicantes e o isolamento, nosocomial ou domiciliário, de acordo com as condições definidas no texto legal e ao arbítrio das autoridades sanitárias.¹⁰⁰ Nesta definição do sistema profilático adotado pela Inspetoria é importante ressaltar que o isolamento, não só da forma que fora proposto na lei, mas também a maneira como seria executado pelo órgão, obedecia ao princípio de multiplicação de lugares de segregação. Ao contrário da experiência profilática executada em muitos países que construíram grandes leprosários em áreas afastadas dos centros urbanos, que tinha muitos adeptos no Brasil, Eduardo Rabelo defendia que o

⁹⁹ ARAÚJO, Oscar da Silva. *A profilaxia da lepra e das doenças venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Oficina Gráfica da Inspetoria de Dermografia Sanitária, 1927. p. 13.

¹⁰⁰ ARAÚJO, 1927, p. 5.

isolamento deveria se dar nas vizinhanças da residência do leproso, fosse na forma domiciliar ou em colônias, conforme a escolha do doente e a anuência da autoridade sanitária. O leprosário é tratado como uma espécie de sanção imposta aos leprosos que não pudessem preencher “(...) *as condições rigorosas, mas necessárias do isolamento domiciliar*”¹⁰¹, forma em que o isolamento perde a conotação de coação. Rabelo considerava que o isolamento domiciliar não era uma medida destinada apenas aos mais abastados, o médico não acreditava que este tipo de isolamento fosse tão difícil de fazer, pois haveria mesmo na capital federal “(...) *gente pobre perfeitamente isolada, embora sejam casos excepcionais.*”¹⁰²

Esta compreensão do isolamento em leprosário como pena por desobediência às normas prescritas seria confirmada por Silva Araújo no relatório da Inspetoria de 1927. O médico informa-nos que, estando a Inspetoria proibida de aplicar integralmente o regulamento sanitário por falta de instalações adequadas, fora estabelecido um regime de vigilância sanitária para os doentes em domicílio, adotando o recolhimento ao nosocômio como sanção aos leprosos que não se sujeitavam às exigências legais.¹⁰³ Segundo este relatório, dos 761 leprosos existentes no Distrito Federal apenas 257 estavam isolados em hospital, sendo 157 no São Sebastião e 82 no Hospital dos Lázaros, os doentes colocados em regime de vigilância teriam recebido 5.212 visitas sanitárias de profissionais da Inspetoria.¹⁰⁴ Apesar dos números expostos, Silva Araújo não considerava que o isolamento domiciliar viesse sendo, de fato, executado na capital federal. Respondendo às críticas de Belisário Penna ao modo como este tipo de isolamento seria praticado pela Inspetoria, Araújo responderia:

“E isso pela razão muito simples que o isolamento domiciliar só será permitido aos doentes que se submeterem rigorosamente às determinações prescritas pelo regulamento. Ora, não havendo locais adequados para o isolamento hospitalar, não é possível ipso facto

¹⁰¹ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 5 de agosto de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 431.

¹⁰² Id., ib., loc. cit.

¹⁰³ ARAÚJO, 1928, p. 12.

¹⁰⁴ Id., ib., p. 58.

permitir o isolamento domiciliário desde que não pudemos aplicar as sanções que por ventura incorressem os doentes submetidos a esse regime de exceção. De acordo ainda com o regulamento, estão os doentes em vigilância sanitária.”¹⁰⁵

Organizados os serviços da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, seus trabalhos foram iniciados ainda em fins de 1920, sendo as primeiras medidas no combate à lepra, o início do censo em todos os estados que assinaram os acordos; a organização do registro clínico e epidemiológico dos doentes e a distribuição; e aplicação dos ésteres etílicos do óleo de chaumoolgra. Conforme vimos anteriormente, a realização de um censo da doença no país era uma antiga reivindicação dos leprólogos, constituindo-se na base necessária para estruturação de um programa de combate. No entanto, se os números da lepra serviram como instrumental necessário à mobilização em torno da doença, expressando sua disseminação e a urgência de medidas concretas para seu controle, também se instituiriam como uma medida da eficácia da ação governamental. O estabelecimento de um órgão federal para execução e orientação técnica na profilaxia da lepra em todo território nacional provocou uma cisão dentre os leprólogos, convertendo a estatística da doença num objeto de disputas e um mercado livre para especulações dos que advogavam a pouca eficácia do programa executado pela Inspetoria.¹⁰⁶ O censo da lepra seria uma das mais propagadas medidas que a Inspetoria executaria ao longo de sua existência, sua divulgação em encontros nacionais e internacionais buscava opor-se àqueles que produziam quadros alarmantes sobre o avanço da doença no país e reafirmar o modelo de profilaxia executado pelo órgão.

Porém, além do censo outras importantes medidas foram realizadas pela Inspetoria neste período, procurando dar conta do que fora prescrito no regulamento sanitário. Sendo a lepra uma doença freqüente no país, Silva Araújo considerava que as atividades de controle interno seriam mais importantes que aquelas que procuravam impedir a entrada de

¹⁰⁵ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 24 de junho de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 421.

¹⁰⁶ Sobre a estatística da lepra ver 4.2 *Uma batalha estatística*.

estrangeiros leprosos no Brasil, ainda que isto estivesse previsto no regulamento sanitário.¹⁰⁷ Isto significava uma complexa gama de ações a serem implementadas pela Inspetoria, que não se restringia somente ao isolamento dos doentes. Uma das primeiras providências foi a publicação no Diário Oficial, nos jornais médicos e na imprensa diária de avisos sobre a notificação obrigatória dos casos de lepra, acompanhados de orientações a quem e como deveria ser feita tal notificação.¹⁰⁸ De acordo com a proposta de educação higiênica popular expressa no regulamento, a Inspetoria também procurou tornar conhecidas as formas de contágio da doença, promovendo campanha pela imprensa diária sobre o assunto, realizando conferências públicas, distribuindo cartazes e folhetos especiais sobre as regras a que estavam sujeitos os doentes isolados em domicílio.¹⁰⁹ Especial atenção recebia a campanha em torno da identificação de casos entre os trabalhadores, como resultado desta ação a Inspetoria afastara 518 doentes do exercício profissional.¹¹⁰ A Inspetoria demonstrava um cuidado particular com os funcionários públicos e os empregados domésticos, a quem conferia um papel especial na introdução e endemidade da lepra em determinadas regiões. Para o caso específico dos trabalhadores domésticos, a Inspetoria vinha fazendo propaganda nos jornais instruindo a população sobre o assunto, propondo para seu controle a adoção de uma caderneta de saúde a ser exigida pelos patrões.¹¹¹

Mas, seria a construção de leprosários que serviria, aos seus críticos, como medida da eficácia da atuação da Inspetoria ao longo do período. Eduardo Rabelo anunciara em 1923 o

¹⁰⁷ ARAÚJO, 1928, p. 6.

¹⁰⁸ SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 525.

¹⁰⁹ Id., ib., p. 6 e 59.

¹¹⁰ Id., ib., p. 47. O exercício profissional de leprosos era uma das maiores preocupações dos especialistas, tendo sido um dos temas estudados pela Comissão de Profilaxia da Lepra. Se a identificação, notificação e afastamento do exercício profissional dos trabalhadores com lepra eram as medidas indicadas pela Inspetoria, houve também uma grande preocupação com a questão social que envolvia tal ação. As atividades de assistência aos leprosos, desempenhadas pela Inspetoria, incluíam a tentativa de decretação de lei especial que assegurasse a extensão do benefício de reforma e aposentadoria com benefício integral aos funcionários públicos leprosos. Cf. ARAÚJO, 1927, p. 48-51.

¹¹¹ Sobre lepra e funcionários públicos ver Id., ib., p. 48-9, sobre lepra e empregados domésticos ver Id., ib., p. 51-2.

início da construção de três colônias agrícolas: uma para 2.000 doentes, no Pará; a segunda para 600 doentes, no Maranhão; a terceira para 500 doentes, no Ceará. Seria construída também uma colônia para 1.500 leprosos em Minas Gerais, onde se faria ainda duas outras colônias, para 500 doentes cada uma, num prazo de cinco anos. No Distrito Federal o médico divulgara que a Inspetoria começara a construir uma colônia para 1.000 leprosos, nos estados do sul estava em estudo um projeto de colônia para 500 doentes e, finalmente, o estado de São Paulo começava também a construir sua colônia que teria capacidade para 1.000 doentes '*em condições incomparáveis*'.

Estas colônias seriam construídas com recursos provenientes da União e dos estados, graças ao Fundo Especial da Lepra, aprovado pelo Congresso Nacional, com a taxação sobre bebidas alcoólicas.¹¹² Este plano de construções, considerado por Eduardo Rabelo como suficiente para resolução integral do problema da lepra no país, previra atender com colônias agrícolas os principais focos da doença: na região norte, os estados de Amazonas, Pará e Maranhão; na região sul, os estados de Minas Gerais e São Paulo; nos focos secundários seriam atendidos o Distrito Federal, o Ceará e o Paraná.¹¹³ No entanto, o Fundo Especial para Lepra, que se destinara exclusivamente à profilaxia da doença, acabara sendo utilizado para outros fins, até ser finalmente extinto.¹¹⁴

Se o desempenho da Inspetoria costumava ser avaliado no discurso de seus críticos pela construção dos leprosários nos focos de maior endemicidade da doença, devemos levar em conta a moldura legal que definira os acordos que permitiam sua atuação nos estados. Não podemos esquecer que a legislação determinava a voluntariedade da adesão dos estados aos acordos e que os custos da profilaxia da lepra e doenças venéreas era uma responsabilidade a

¹¹² RABELO, MOTA, 1924, p. 373.

¹¹³ ARAÚJO, 1928, p. 14.

¹¹⁴ Belisário Pena propôs, em 1926, a criação de uma Taxa da Saúde, proposta que deveria ser encaminhada pela Academia Nacional de Medicina "*aos poderes da República*". Eduardo Rabelo discordou da criação de tal taxa, nos moldes propostos por Belisário Pena, e apresentou proposta o restabelecimento do Fundo da Lepra, vencendo a votação no plenário da Academia Nacional de Medicina. Ver Sessão de 24 de julho de 1926 e Sessão de 5 de agosto de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 411-34.

ser financeiramente partilhada entre as partes, mas que, na realidade, acabava sendo quase integralmente assumida pela União.¹¹⁵ Logo, às dificuldades orçamentárias do governo federal somavam-se ainda os problemas financeiros dos estados e a prioridade que tinha o combate à lepra em cada realidade regional. Por outro lado, é importante observar que não bastava que o estado tivesse entre aqueles onde a doença fora considerada mais freqüente ou que fizesse parte do plano de construções de leprosários ou colônias da Inspetoria, era necessário que a lepra tivesse relevância sanitária também naquele contexto local para adesão ao projeto da Inspetoria. Fruto desta conjugação de pré-requisitos foi o estabelecimento da primeira colônia-agrícola, o Lazarópolis do Prata, no estado do Pará, inaugurado em 24 de junho de 1924, com capacidade para 600 leprosos.¹¹⁶ No Maranhão, as obras do leprosário São Luiz iniciaram em 1920 e foram várias vezes suspensas, até sua paralisação definitiva em 1927.¹¹⁷ Em Minas Gerais, no ano de 1922, foi lançada a pedra fundamental da Colônia Santa Isabel, que teria condições de abrigar 500 leprosos, que seria inaugurado somente em 1931, após uma série de vicissitudes.¹¹⁸

Ao avaliarmos a atuação da Inspetoria apenas pelo seu plano de construção de leprosários podemos constatar que, sem sombra de dúvida, suas realizações se mostraram bastante aquém do que fora previsto por Eduardo Rabelo em 1923. No entanto, além da construção de novas unidades para o isolamento dos leprosos a Inspetoria também realizou melhoramentos e adaptações em prédios já existentes, transformando-os em leprosários. Neste

¹¹⁵ Segundo Hochman, a partir da criação do DNSP a necessidade dos estados arcarem com parte dos recursos nos serviços de profilaxia rural, executados mediante os acordos, tornaram-se uma retórica. Os custos necessários à sua implementação exigiam a organização de serviços que estavam além das possibilidades técnicas, humanas e materiais dos estados, que permitiam uma maior presença do governo federal em seu território, em troca dos ganhos significativos para solução de seus problemas sanitários. Cf. HOCHMAN, 1998, p. 170-83.

¹¹⁶ Sobre o Lazarópolis do Prata ver SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 544-56. Do mesmo autor há ainda o livro SOUZA ARAÚJO, Heráclides César de. *Lazarópolis do Prata: a primeira colônia-agrícola de leprosos fundada no Brasil*. Belém: Empresa Gráfica Amazônia, 1924.

¹¹⁷ A Leprosaria de São Luiz foi alvo de intensas críticas no estado do Maranhão pelo prédio não adequar-se às funções de um leprosário, sendo muito grande e seu projeto ser ainda do tipo asilo. Cf. SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 556.

¹¹⁸ SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 567-72.

caso temos o Leprosário de Umirisal, no Amazonas, inaugurado em 1908, que vinha recebendo verbas federais para o melhoramento de suas instalações. Ainda no Amazonas, o governo do estado vendeu à União os prédios e terrenos do presídio Afonso Pena, transformado no Leprosário de Paricatuba.¹¹⁹ A Inspetoria também se fazia presente, nos estados com que havia assinado acordo, através do estabelecimento de dispensários para o tratamento de leproso. Segundo Hochman, em 1922 já havia sido instalados 27 dispensários para o tratamento da sífilis e doenças venéreas, pelo menos um em cada uma das capitais de catorze estados da federação, que tinham firmado acordos para profilaxia destas duas doenças, fora os do Distrito Federal.¹²⁰ Sob a direção de Heráclides César de Souza Araújo, foi criado no Pará o primeiro dispensário de lepra do país, em 1921 e, em 1922, um novo dispensário seria fundado neste mesmo estado.¹²¹ No Maranhão foram criados os dispensários da capital, em 1922; de Viana, em 1923; e o de Pedreiras, em 1924.¹²² O Ceará também teria dois dispensários de lepra, um em Fortaleza e outro em Sobral.¹²³

Sobre a atuação diferenciada da Inspetoria nos estados é importante ressaltar o caso de São Paulo, já bastante estudado pela historiografia como uma exceção no tocante à saúde pública. A questão da lepra receberia um tratamento similar aos problemas sanitários que São Paulo vinha enfrentando, ou seja, o estado assumiria para si os encargos técnicos e financeiros para sua profilaxia. A análise desta questão segue as linhas gerais de argumentação, já consideradas clássicas, que estudam o pioneirismo da reforma sanitária empreendida pelo estado. Tal reforma, que aparelhou São Paulo com uma estrutura administrativa e legal voltada

¹¹⁹ Id., ib., SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 536-37; ARAÚJO, 1928, p. 14; CASTRO, Elizabeth Amorim de. *O leprosário São Roque e a modernidade: uma abordagem da hanseníase na perspectiva espaço-tempo*. 2005. 135 p. Dissertação (Geografia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005. p. 63-4. Disponível http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/1878/1/Disserta%3F%3Fo_Elizabeth.pdf /Acesso 2 março 2007/

¹²⁰ HOCHMAN, 1998, p. 188.

¹²¹ SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 519; ARAÚJO, 1928, p. 14.

¹²² Cf. SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 556. O dispensário de Viana funcionava nas instalações do que seria o leprosário São Luiz, no sítio Sá Viana, cujas obras foram paralisadas pelo governo.

¹²³ SOUZA ARAÚJO, 1956, p.558-63.

para implementação de políticas e programas de saúde pública, ocorreu sob a o impacto de fatores diversos como os interesses da oligarquia cafeeira, o impacto da imigração estrangeira e o ambiente intelectual favorável ao progresso científico e à ação do Estado.¹²⁴ Por outro lado, Hochman chama a atenção que a exceção paulista foi parte integrante dos mecanismos impostos pela consciência de interdependência dos problemas sanitários, constituindo-se também como uma resposta a estes problemas. Num primeiro momento a reforma dos serviços sanitários em São Paulo deve ser compreendida como o resultado das necessidades específicas de seu desenvolvimento econômico e, ao mesmo tempo, como a tentativa do estado em assumir os seus custos sanitários sem o auxílio federal. No entanto, os efeitos e a complexidade desta interdependência sanitária e a constatação de que a maioria dos estados não apresentava condições técnicas ou econômicas para administrá-la teve resposta no aumento do poder de intervenção do governo federal nestes estados. O novo arranjo institucional moldado em 1920, que permitiu uma maior ingerência da União na administração dos problemas sanitários dos estados pela adesão voluntária aos acordos, forneceu os elementos necessários para implementação de políticas públicas na área da saúde.¹²⁵

Ao analisarmos como se evidencia esta excepcionalidade paulista no tocante à lepra podemos constatar que a montagem de seu aparato profilático foi fruto do reconhecimento da alta endemicidade da doença e de seus efeitos negativos na saúde pública do estado. Neste caso, São Paulo era um dos únicos estados da federação a dispor de condições reais – técnicas, financeiras e políticas – para implementação de um serviço sanitário independente do auxílio do governo federal. Porém, esta independência não significou sua autonomização dos problemas sanitário enfrentados pelo resto do país, a estruturação de um aparato administrativo voltado para profilaxia da lepra esteve em consonância com a emergência da doença como um problema sanitário relevante no país, o que exigia a ação conjunto dos

¹²⁴ CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. *A Reforma Sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX*. Dados: Revista de Ciências Sociais, v.36, n.3, p.361-392, 1993.

¹²⁵ HOCHMAN, 1998, p. 209-42.

estados.¹²⁶ Assim, São Paulo constituiria uma das mais extensas redes de leprosas, inaugurando o asilo Santo Ângelo em 1928, considerado um modelo para o isolamento de leprosos, exclusivamente com verbas do estado, dos municípios e da iniciativa privada.¹²⁷

Logo, o sucesso da modernização dos serviços sanitários de São Paulo forneceu ao estado as condições necessárias para que mantivesse sua autonomia frente à ingerência técnica da Inspetoria de Profilaxia as Lepra e Doenças Venéreas. Um outro exemplo diferenciado de combate à lepra seria o executado pelo estado do Paraná, que muito precocemente estabeleceu medidas de profilaxia para a doença, antes mesmo do governo federal. O Paraná, ao lado de Minas Gerais, incluiu a lepra nos acordos firmados com a União para o combate às endemias rurais, em 1918. O combate à lepra teve um papel destacado nas ações sanitárias empreendidas no Paraná, não só com a realização do censo de leprosos do estado, como também com o estabelecimento de uma legislação específica que regulamentava a profilaxia da doença.¹²⁸ Em 1926 o governo do Paraná inauguraria, com verbas próprias, o Leprosário São Roque, com capacidade para 600 doentes, dentro dos moldes de uma colônia agrícola, moderna e modelar.¹²⁹ No caso de Minas Gerais, estado considerado de alta endemicidade de lepra, a

¹²⁶ São Paulo já vinha enfrentando o problema da lepra desde a gestão de Emílio Ribas como diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, que apresentou em 1916 um plano profilático para o estado. Em 1924 foi criado o Serviço de Profilaxia da Lepra, transformado na Inspetoria de Profilaxia da Lepra em 1925, ficando este Serviço subordinado ao Serviço Sanitário. A administração do modelo profilático paulista seria executada pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra de São Paulo, cuja centralização de poderes acabaria por aumentar sua importância administrativa, transformando-se no Departamento de Profilaxia da Lepra, em 1935. Cf. MONTEIRO, 1995, 162-69; MACIEL, 2007, p. 63-80.

¹²⁷ O Asilo Santo Ângelo foi construído para ser uma leprosar modelo, a sua história retrata, significadamente, a montagem do chamado 'modelo profilático paulista'. Além dos pequenos asilos já existentes no final do século XIX (Guapira, Itu, Campinas, Piracicaba, Jundiá), São Paulo contaria ainda com a construção de quatro grandes asilos-colônia, cuja arquitetura foi inspirada no modelo norte-americano de Carville: Santo Ângelo, Cocais, Pirapitingui, Aimorés e o sanatório Padre Bento. Sobre a história do Asilo Santo Ângelo ver SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 329-31; 245-55; MONTEIRO, 1995, p.162; MACIEL, 2007, p. 63-79.

¹²⁸ O programa de profilaxia da lepra no Paraná esteve sob a direção de Souza Araújo. Sobre a profilaxia da lepra no Paraná ver SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 241-5; 342-51.

¹²⁹ A construção do Leprosário São Roque fez parte de um projeto maior que previu uma rede de instituições de isolamento (hospital de isolamento, leprosar e sanatório) que atendesse os doentes pobres. Este projeto integrou o processo de modernização de Curitiba, que priorizou a melhora da estrutura sanitária e o controle das doenças transmissíveis como um de seus princípios. Sobre esta questão ver CASTRO, Elizabeth Amorim de. O Leprosário São Roque e a modernidade: uma abordagem da hanseníase na relação espaço-tempo. Cf. *RA'E GA - O Espaço Geográfico em Análise*, n. 10, 2005, p. 9-32. Disponível em <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/viewFile/3396/3771/> Acesso em 10 de abril de 2007/

doença estava incluída entre suas prioridades sanitárias desde 1918, sendo igualmente objeto do regulamento sanitário estadual aprovado em 1927.¹³⁰ Criada a Inspetoria, seus serviços no estado seriam executados mediante acordo, tendo sido instalado um dispensário misto, de combate à lepra e às doenças venéreas, em Belo Horizonte, sob a direção de Antônio Aleixo.¹³¹ Em 1927, a estatística de doentes apresentada pela Inspetoria contabilizava apenas 601 casos de lepra no estado, número que não fora apurado pelo serviço sanitário federal, mas pelo governo estadual há anos.¹³² Apesar de considerada um importante foco de lepra e, como tal, a doença estar incluída dentre aquelas a serem combatidas com o auxílio da União, a Colônia Santa Isabel, que tivera lançada sua pedra fundamental em 1922, somente seria inaugurado em 1931.

O que podemos perceber é que a Inspetoria teve atuação em todos os estados que realizaram acordo para o combate à lepra, moldurada por uma série de fatores como a legislação sanitária, as relações políticas entre os governos federal e estadual, as peculiaridades locais, as limitadas condições econômicas, como também, os princípios profiláticos que nortearam a ação do órgão. Ainda que tenha estabelecido como prioridade a construção de leprosas onde estavam os focos de maior endemicidade da doença, sua ação seria mais determinante através dos dispensários que foram criados ou dos postos de profilaxia rural. Naqueles estados que não foram estabelecidos dispensários exclusivos para a lepra, a notificação, o fichamento e o atendimento dos leprosos eram realizados através dos postos de profilaxia rural, como, por exemplo, nos estados do Espírito Santo, Pernambuco, Paraíba ou Alagoas. Nestes estados o isolamento do doente era feito em asilos que já existiam, mantidos pelo governo estadual e pela iniciativa privada, geralmente ordens religiosas ou associações de proteção aos leprosos.

¹³⁰ Sobre o regulamento sanitário do estado de Minas Gerais Cf. SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 570-1.

¹³¹ SERVIÇO NACIONAL DA LEPROSA. O problema da lepra no estado de Minas Gerais. Arquivo Gustavo Capanema, CPDOC, FGV, GC h 35.09.02. Segundo este relatório, até 1930 em vários postos de profilaxia rural havia dispensários de lepra e doenças venéreas, mas, em geral, só cuidavam das doenças venéreas. Id., ib., p. 2.

¹³² ARAÚJO, 1927, p. 36.

O caso do Distrito Federal era considerado especial, à carência de recursos sobrepunha-se o temor de que uma leprosaria aumentasse o fluxo de doentes de outros estados para a capital em busca de tratamento, o que já era observado desde o final do século passado. Desta forma, a Inspetoria não havia cogitado inicialmente a construção de uma leprosaria no Distrito Federal, decisão também reforçada pelo fato da cidade dispor do Hospital dos Lázaros, sob a administração da iniciativa privada, e do Hospital São Sebastião.¹³³ Iniciados os serviços da Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas, em 1921 foram adaptados três pavilhões provisórios do Hospital São Sebastião para o internamento dos leprosos, “(...) *que inteiramente remodelados, puderam em curto prazo receber numerosos doentes, sendo mesmo ultrapassada sua lotação (...)*”.¹³⁴ Os pavilhões adaptados tinham capacidade para receber 150 doentes e destinavam-se especialmente a atender aqueles que não tinham condições de cumprir as exigências do isolamento domiciliar, ou seja, a população miserável e ambulante. Esta acomodação procurava somar-se ao atendimento já prestado pelo Hospital dos Lázaros, que possuía vaga para 100 doentes. Ainda que não fosse considerada uma área de alta endemicidade e não houvesse sido projetada a construção imediata de uma leprosaria no Distrito Federal, o sítio de Curupaití foi adquirido pela União e lançada sua pedra fundamental em 1922, durante a 1ª Conferência Americana da Lepra. O sítio, localizado em Jacarepaguá, já possuía seis prédios construídos por ocasião de sua compra, mas somente seriam transferidos os primeiros doentes do Hospital São Sebastião para o novo hospital colônia em 15 de outubro de 1928.¹³⁵

A Inspetoria organizara desde o início dos seus trabalhos o registro clínico e epidemiológico de todos os leprosos, que servia como controle do tratamento e dos medicamentos que vinham sendo dispensados ao doente. Ainda em 1927 foi iniciado um

¹³³ Id., ib., p. 15.

¹³⁴ ARAÚJO, 1928, p. 12. Em 1923, no trabalho apresentado na 3ª Conferência Internacional de Lepra, Rabelo informa que um pavilhão do Hospital São Sebastião havia sido adaptado para isolamento dos leprosos, no relatório de 1927 Silva Araújo já informa que três pavilhões do hospital foram separados para este fim. Cf. RABELO, MOTA, 1923, p. 533.

¹³⁵ O hospital colônia seria formalmente inaugurado em 1º de janeiro de 1929. Cf. Id., ib., loc. cit.

serviço de registro dos comunicantes, que deveriam ser examinados periodicamente por um inspetor sanitário, destinado à descoberta de casos “*frustros ou incipientes*” naqueles que conviviam intimamente com os leprosos já diagnosticados.¹³⁶ A Inspetoria também dedicava especial atenção ao problema da lepra na infância, privilegiando o exame das crianças “(...) *que freqüentam asilos e escolas onde se verificam casos de lepra.*”¹³⁷ Esta atenção especial fez parte da compreensão de que a lepra no Brasil apresentava uma feição peculiar, acometendo os naturais do país preferencialmente na infância, pois, a contaminação em adultos seria mais freqüente entre os estrangeiros.¹³⁸ A Inspetoria ainda procurava desenvolver atividades de assistência aos doentes e seus familiares, distribuindo dinheiro aos leprosos isolados no Hospital São Sebastião, buscando emprego para os familiares que por conta da lepra ficaram sem o arrimo de família ou se empenhando para manter os proventos daqueles afastados de seus empregos.¹³⁹

Porém, um dos pilares das atividades da Inspetoria se constituiria o tratamento dos leprosos pelo óleo de chaulmogra, questão que se tornaria também o centro das críticas que receberia. O programa profilático empreendido pela Inspetoria considerava que, ainda que não se pudesse basear exclusivamente sua ação no tratamento do doente, este era um importante meio auxiliar a ser utilizado. Rabelo defenderia este ponto de vista em diferentes momentos de sua trajetória profissional, não só enquanto esteve à frente da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, como também após seu afastamento do cargo. A eficácia do tratamento dos leprosos pelo chaulmogra foi atestada por Rabelo e Isaac Vernet, chefe do Serviço Clínico da Lepra do Hospital São Sebastião, em trabalho conjunto apresentado na 3ª Conferência Internacional de Lepra. Os médicos não só teriam observado a melhora em mais de uma centena de doentes que foram tratados com injeções do éster etílico de chaumoolgra, como afirmaram que o

¹³⁶ ARAÚJO, 1927, p. 16; Id., 1928, p. 209.

¹³⁷ ARAÚJO, 1928, p. 209.

¹³⁸ Id., ib., loc. cit.; ARAÚJO, 1927, p. 52-5.

¹³⁹ Id., 1927, p. 47-8.

medicamento contribuía com uma notável eficácia para solução do problema da profilaxia da lepra.¹⁴⁰

Ao analisarmos a posição assumida por Rabelo e Silva Araújo na direção dos trabalhos da Inspeção a primeira questão a ser considerada é sua defesa da cura da lepra e o crédito ao papel determinante do chaulmogra neste processo, que seria “(...) capaz de influir de maneira formal e decisiva no isolamento.”¹⁴¹ Estes seriam pressupostos relevantes que influenciariam decisivamente as ações profiláticas executadas pelo Inspeção, pois se a lepra era uma doença de baixa contagiosidade, com possibilidade de cura e com um medicamento disponível cujos resultados eram bastante promissores, o isolamento dos leproso não poderia ser ditado por medidas discricionárias e coercitivas. As idéias defendidas por Rabelo estiveram presentes na atuação da Inspeção durante sua gestão e de seu sucessor, Silva Araújo, que expressaria da seguinte maneira o papel do tratamento na profilaxia da lepra:

“O tratamento profilático facilita a ação do sanitário, não só por tornar menos longo o isolamento obrigatório, como por servir de incentivo e pretexto para torná-lo mais viável, sendo a esperança de uma cura possível lenitivo a invocar ao decretar a reclusão em colônias ou sanatórios.”¹⁴²

O tratamento do leproso poderia reduzir as fontes mais freqüentes de infecção da doença, notadamente no ambiente familiar, melhorar as condições dos doentes, além de ser um recurso profilático de muito menor custo que o isolamento integral, medida que a experiência internacional dava mostras de ser inexecutável.¹⁴³ Justamente por julgar relevante o papel a ser desempenhado pela terapêutica dos doentes é que os dispensários assumiriam um lugar especial no programa profilático da Inspeção, permitindo o tratamento do leproso a um custo

¹⁴⁰ RABELO, Eduardo; VERNET, Isaac. Note sur le traitement de la lèpre In 3^a Conférence Internationale de la Lèpre. Paris: Librairie J. –B. Baillière et fils, 1924. p. 305-14.

¹⁴¹ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 24 de junho de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 424.

¹⁴² ARAÚJO, 1927, p. 40.

¹⁴³ Id., ib., loc. cit.

financeiro e material muito menor. Seria através dos dispensários que a Inspetoria examinava os casos suspeitos, registrava os doentes, distribuía e aplicava os ésteres de chaulmogra, realizava exames clínicos periódicos nos comunicantes e levantava os dados para o censo da lepra no Distrito Federal e nos estados. Os dispensários funcionavam também como uma importante fonte de informações científicas para os leprólogos, onde os médicos poderiam testar novos medicamentos nos leprosos fichados e obter dados clínicos sobre a evolução dos casos.

Os dispensários foram freqüentemente acusados de produzirem um espetáculo grotesco pela romaria diária de leprosos e de se constituírem chamarizes de doentes. Tentando contornar tal problema a Inspetoria organizara um serviço de tratamento domiciliar, feito por enfermeiras visitadoras sob a orientação e direção técnica dos médicos do órgão. Segundo o relatório de 1927, dentro do possível os dispensários atendiam apenas os doentes “*não bacilíferos e anestésicos*”, recomendando o tratamento em domicílio aos leprosos que apresentavam lesões cutâneas e os “*eliminadores de bacilos*”. A Inspetoria ainda prescrevia as normas de tratamento aos doentes recenseados, fornecendo medicamentos que poderiam ser aplicados por médicos particulares ou enfermeiros.¹⁴⁴ Dada a importância que o tratamento dos leprosos tinha no programa profilático da Inspetoria foi constituída uma comissão para estudar o preparo dos ésteres etílicos do óleo de chaulmogra e, sobretudo, dos ésteres que pudessem ser obtidos a partir de plantas brasileiras, composta por: Fernando Terra, diretor do Hospital dos Lázaros; os médicos Carneiro Felipe e Costa Cruz, do Instituto Oswaldo Cruz. A Inspetoria firmou um acordo com o Instituto Oswaldo Cruz para fornecimento de medicamento necessário ao tratamento dos leprosos.¹⁴⁵

Silva Araújo considerava também que, mais do que um órgão de orientação e execução técnica da profilaxia da lepra, à Inspetoria cabia um papel de centro de estudos, com seu corpo

¹⁴⁴ Id., ib., p. 41.

¹⁴⁵ Id., ib., p. 17. Sobre o resultados das pesquisas sobre a ação terapêutica das plantas brasileiras, especialmente a sapucainha (carpatroche brasiliensis) ver Id., ib., p. 42-7.

técnico apresentando trabalhos científicos em encontros nacionais e internacionais. O Relatório informava também a realização de pesquisas “(...) *com referência ao aperfeiçoamento da técnica das reações sorológicas, assim como à obtenção e preparo de medicamentos destinados ao tratamento da sífilis.*”¹⁴⁶ Além da participação em eventos da área pertinente aos seus trabalhos – lepra, doenças venéreas e câncer – coube ainda à Inspetoria a organização da 1ª Conferência Americana da Lepra, que contou com a participação de delegados de quase todos os países americanos e europeus, “*com colônias no novo continente*”.¹⁴⁷

Como vemos, analisar a atuação da Inspetoria na profilaxia da lepra apenas pela construção de leprosários não só reduz o papel que o órgão desempenhou no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para o controle das doenças transmissíveis, como também perde de perspectiva os princípios profiláticos que orientaram sua ação. É claro que as dificuldades financeiras enfrentadas pelo governo federal e pelos estados, ao longo deste período, serviram como importantes limitadores das medidas que a Inspetoria pretendia desenvolver no combate à lepra. Silva Araújo não se furtara a declarar que tais dificuldades haviam impedido a instalação de um leprosário federal no Distrito Federal, pela suspensão de novas obras que havia sido determinada pela União,¹⁴⁸ bem como de inúmeros outros projetos nos estados onde atuava. Por outro lado, se já eram poucos os recursos financeiros disponíveis para atuação da Inspetoria, Silva Araújo informava que não se havia gastado muito dinheiro com a lepra, pois toda a verba orçamentária havia sido usada na sífilis. No caso da lepra, o maior montante da verba para sua profilaxia destinava-se à construção de leprosários, obras que dependiam dos acordos e também das condições econômicas do governo federal.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Id., ib., p. 55.

¹⁴⁷ Id., ib., p. 57.

¹⁴⁸ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 24 de junho de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 420.

¹⁴⁹ Id., ib., p. 423.

Mas, devemos considerar também que, ainda que as dificuldades financeiras tenham impedido a realização do plano de construções divulgado em 1923, este não correspondia aos anseios de seus principais críticos. As prescrições profiláticas da Inspetoria consideravam o isolamento nosocomial apenas um de seus aspectos e, ainda assim, seria um componente que funcionaria como uma sanção àqueles que infringissem as determinações do isolamento domiciliar. A crença na baixa contagiosidade da doença, defendida por Rabelo e Silva Araújo, colocava em xeque qualquer medida de segregação repressiva, tendo optado a Inspetoria pelas formas mais brandas de isolamento, idéia reforçada pelas dificuldades inerentes ao isolamento compulsórios e seus já propagados resultados infrutíferos. Por outro lado, corroborava estes princípios ainda a idéia defendida por Rabelo e Silva Araújo da cura da lepra e do papel determinante desempenhado pelo óleo de chaumoolgra, que se tornara um poderoso auxiliar na sua profilaxia, sendo mesmo considerado o medicamento específico da doença, capaz inclusive de diminuir os custos do isolamento.

A alternativa aos grandes leprosários seria o dispensário e a multiplicação de locais de isolamento, que manteriam os leprosos próximos de suas famílias. Na verdade, segundo Eduardo Rabelo, estas colônias de leprosos constituíam-se mais por uma questão social que puramente clínica, destinavam-se prioritariamente aos leprosos pobres que precisam de isolamento e, “(...) *principalmente de um lugar em que morem, durmam e comam.*”¹⁵⁰ Assim, podemos compreender claramente a opção pelo estabelecimento dos dispensários no combate à lepra, funcionando como o mais importante recurso sanitário por congregar a possibilidade de uma séria de ações que seriam a base do programa profilático advogado na reforma de 1920: o tratamento dos leprosos pelo chaumoolgra, a educação sanitária do doente e sua família, o controle dos comunicantes. Mas não tardaria para que o desempenho da Inspetoria fosse alvo de intensas críticas, veremos como o final da década de 1920 colocaria em questão novos elementos, promovendo uma revisão dos princípios profiláticos que nortearam sua ação.

¹⁵⁰ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 5 de agosto de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 427.

5.4 Os princípios liberais e a ação profilática

“É profundamente lamentável e estranhável que a 3ª Conferência Internacional de Lepra tenha transigido com os partidários do isolamento domiciliar, em atenção aos usos, abusos, crendices e condições sociais dos doentes. Para aquela Conferência só são passíveis de Isolamento compulsório, os vagabundos, os mendigos, e, em geral, os indivíduos sem domicílio fixo, exatamente os doentes menos perigosos, como já frisamos, porque são repelidos por toda gente e em toda parte, levando uma vida separada em sítios isolados e distantes das povoações”¹⁵¹
(Belisário Penna)

Ao final da década de 1920 as críticas sobre a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas se tornariam bastante contundentes. A análise dos problemas enfrentados pela Inspetoria para realização de seu programa de combate à lepra e, ao mesmo tempo, a compreensão do conteúdo e da motivação que elevariam o tom destas censuras, neste período, nos ajudará a traçar o quadro em que ocorreu sua extinção e seu significado para a profilaxia da doença no país. Em 1928 o relatório da Inspetoria dava conta da lentidão dos trabalhos de profilaxia da lepra, que seria proporcional *“(...) aos sérios contratemplos que derivam da vastidão do território do país, parca densidade da população, sua pobreza e atraso.”*¹⁵² Se a dimensão do empreendimento sanitário que competia à Inspetoria era agravada pelo tamanho do país e pelas características inerentes ao seu povo, situação distinta da que fora enfrentada pela Noruega, considerada um contraponto e um ideal profilático a ser alcançado, havia ainda os sérios problemas orçamentário enfrentados pelo órgão. O sempre combatido orçamento nacional disponível para a saúde pública parecia estar bastante aquém das necessidades que foram estabelecidas pelo DNSP, cuja criação viera aos encontros dos

¹⁵¹ PENNA, Belisário. O problema da lepra - Município de S. Lázaro. COC/FIOCRUZ, Fundo Belisário Penna, BP/PI/TP/90002040-30.

¹⁵² ARAÚJO, 1928, p. 208.

anseios de médicos e intelectuais que reivindicaram maior centralização e intervenção da União no enfrentamento dos problemas sanitários do país. Tornada a saúde um problema público e nacional, o governo federal trouxe para si, em parceria com os estados, a responsabilidade não apenas do combate às endemias rurais, que desde 1918 já recebia atenções de sua parte, mas também o controle de doenças que até então não haviam sido objeto de políticas do Estado como a lepra, as doenças venéreas e a tuberculose.

Os recursos materiais destinados ao combate à lepra não eram condizentes com o programa profilático traçado pela Inspetoria, que envolvia uma gama variada de ações como educação sanitária, distribuição de medicamentos, realização de censo de doentes, abertura de dispensários, acompanhamento dos doentes em isolamento domiciliar e a construção de leprosarias em áreas de maior incidência da doença. Estas medidas importavam na aplicação de elevadas quantias iniciais, que não dispuseram de apoio fácil entre os governos estaduais ou a iniciativa privada. Inicialmente ficara estabelecido que o custeio do combate à lepra seria proveniente do fundo especial criado para a profilaxia rural e as obras de saneamento do interior do Brasil, conforme disposto no decreto que reorganizara os serviços sanitários federais e criara o DNSP.¹⁵³ Porém, já em 1921 seria criado um fundo especial para a construção e manutenção de leprosários a cargo do DNSP, o chamado Fundo Especial da Lepra, com verbas provenientes da taxa de 30% da renda do imposto sobre o consumo da aguardente, ou qualquer outra bebida alcoólica, preparada pela destilação da cana de açúcar.¹⁵⁴

Em 1926, em debate na Academia Nacional de Medicina, Eduardo Rabelo e Silva Araújo prestaram contas das dificuldades orçamentárias da Inspetoria, que limitavam a execução das medidas necessárias à profilaxia da lepra. Segundo Rabelo, a profilaxia da lepra vinha sendo restringida por dois grandes problemas: o fundo especial destinado à construção e manutenção dos leprosários acabou sendo utilizado para outros fins, até ser finalmente extinto,

¹⁵³ Decreto nº 3.987, de 20 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 1-5, 1921. (Art. 12).

¹⁵⁴ Lei nº 4.440, de 31 de dezembro de 1921. Orça a receita geral da República dos Estados Unidos do Brasil para 1922. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 372, 1922. (Art. 11)

e grande parcela do orçamento da Inspetoria havia sido utilizada na sífilis, restando poucos recursos para a lepra.¹⁵⁵ O que podemos perceber diante deste quadro é que a Inspetoria seria duramente cobrada por não executar completamente as medidas que se propusera, especialmente pela morosidade e a paralisação da construção dos leprosários prometidos aos estados. Seria esta a medida que dava maior visibilidade à ação da Inspetoria e que balizaria o crescimento gradual das críticas ao órgão, especialmente a partir da segunda metade da década de 1920. O descumprimento do programa de construção de grandes unidades regionais de isolamento de leproso nas áreas com os maiores índices da doença faria aumentar a percepção de que falharam as medidas profiláticas executadas, reforçando o argumento da necessidade de maior rigor na segregação dos doentes. Souza Araújo, crítico de primeira hora do modelo profilático adotado pela Inspetoria fornece-nos um ótimo testemunho desta avaliação:

“Muito se esperava da Inspetoria da Profilaxia da Lepra, criada em 1920, mas o fundo especial com que ela contava (Lei Figueiredo Rodrigues) para execução dum plano geral de profilaxia, foi extinto muito cedo, e o serviço ‘burocratizou-se’ como tantos outros criados nas melhores intenções ... Todas as esperanças nas suas ações foram frustradas, pois já se passaram oito anos sem que ela construísse sequer um leprosário! Praticamente não se faz profilaxia da lepra no Brasil. Existe apenas um amplíssimo e rigoroso regulamento ‘pour épater les bourgeois’, como disse Jeanselme, se referindo a idênticos regulamentos franceses.”¹⁵⁶

No entanto, esta compreensão de um desempenho tímido ou ineficiente da Inspetoria, tão bem expressa por Souza Araújo, deve ser analisada de forma bastante cuidadosa. De forma geral, este discurso fez parte de uma estrutura argumentativa que compreendia que a construção de leprosários e, conseqüentemente o isolamento nosocomial dos doentes, deveria ser a base da profilaxia da lepra. Logo, sob este ponto de vista, a avaliação dos serviços da

¹⁵⁵ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 24 de junho de 1926 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 420 e p. 423.

¹⁵⁶ SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 31 de maio de 1928. Discurso de posse de Souza Araújo na Academia Nacional de Medicina In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 438.

Inspetoria se daria estritamente pela construção de unidades de isolamento de leprosos, o que acabava por reduzir sua atuação e negar os possíveis resultados a serem obtidos pelo modelo profilático que vinha sendo adotado pelo órgão. Se as dificuldades financeiras serviam como importantes limitadores para construção de leprosarias, conforme atestariam em diferentes situações Eduardo Rabelo e Silva Araújo, outros recursos profiláticos foram adotados, como os dispensários mistos utilizados no combate à lepra e às doenças venéreas. Devemos lembrar que Rabelo e Silva Araújo defendiam que o isolamento nosocomial funcionaria como uma punição aos doentes que não obedecessem às determinações a serem adotadas para o isolamento domiciliar, destinando-se mais especificamente a uma população de miseráveis e indigentes.

O que devemos tentar distinguir, nas críticas que a Inspetoria passou a ser alvo, são as censuras em função dos poucos recursos destinados pelo governo federal ao combate à lepra, do questionamento ao modelo profilático que fora adotado com o regulamento de 1923. Neste segundo caso, o que estava especialmente em questão eram as prescrições liberais defendidas por Eduardo Rabelo ao longo de sua gestão à frente da Inspetoria, que foram consideradas a base da profilaxia da lepra no Brasil, e seria objeto de futura revisão. Vimos que uma das primeiras questões a ser abordada pelos críticos da atuação da Inspetoria foi o modelo de combate à lepra através de acordos celebrados entre a União e os estados. Ainda que esta fosse a moldura legal possível muitos argumentavam que tais acordos acabavam por não serem cumpridos, contribuindo para isso as dificuldades financeiras dos estados e o regime voluntário da adesão.

Se a criação de uma Inspetoria para a lepra contribuía parcialmente com a necessidade de centralização técnica e administrativa das medidas concernentes à profilaxia da doença, tal formato de ação ainda não fora suficiente para estabelecer medidas conjuntas e harmônicas por parte dos estados. O contorno legal que permitiu à União intervir nos problemas sanitários dos estados não garantiu uma uniformidade de ação, que seria o mote discursivo da política profilática a ser adotada a partir de 1935. Por outro lado, havia também aqueles que

condenavam tal uniformidade de ação numa campanha contra a lepra, que deveria obedecer a incidência variável da doença e “(...) *as condições sociais dos atingidos pelo mal, bem assim a situação financeira da maioria dos nossos estados diferindo profundamente, vêm mostrar que a solução deve visar, preliminarmente, certas particularidades regionais.*”¹⁵⁷ Estas peculiaridades locais, que envolviam inúmeras variáveis além da orçamentária, levaram à diminuição do número de acordos celebrados entre os estados e o governo federal, baixando de 18 para 14 e, em 1927, os serviços de profilaxia da lepra eram cumpridos apenas em 13 destes estados.¹⁵⁸

Um outro ponto freqüentemente combatido era que o tratamento da lepra pelo óleo de chaumoolgra fosse considerado uma medida profilática. Esta seria a posição assumida por Belisário Penna, que se tornaria uma das principais vozes dos descontentes com a política que vinha sendo executado pela Inspetoria. Com posições sempre muito extremadas em relação à profilaxia da lepra, Penna discordava das orientações da Inspetoria que considerava o uso do chaumoolgra um importante meio auxiliar a ser utilizado no combate à lepra. Conforme analisamos, esta postura defendida por Rabelo e Silva Araújo partia do pressuposto da baixa contagiosidade e da possibilidade de cura da lepra, opinião divergente de Penna, que argumentava:

*“Insistem os leprólogos oficiais em confiar na terapêutica pelos preparados de óleo de chaumoolgra, como elemento profilático ou entravador da marcha do mal, quando nem como elemento curativo devem ser considerados, pelo longo tempo de aplicação que demandam, e pelas repetidas recidivas em alguns casos de cura clínica, não podendo nenhum leprólogo consciencioso atestar a cura definitiva de um só leproso, após longo e penoso tratamento.”*¹⁵⁹

¹⁵⁷ MEDEIROS, Luiz. Organização da luta contra lepra. 5º Congresso Brasileiro de Higiene, 1929 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 400.

¹⁵⁸ ARAÚJO, 1928, p. 208.

¹⁵⁹ PENNA, Belisário. A lepra e a República. COC/FIOCRUZ, Fundo Belisario Penna, BP/PI/TP/90002040-11. p. 3.

Se a questão da eficácia do tratamento da lepra pelo chaumoolgra sempre suscitara muitas discussões entre os leprólogos, com a criação dos dispensários este assunto ganharia outra dimensão. A terapêutica da doença tornara-se um importante ponto do modelo profilático adotado pela Inspetoria, a criação de dispensários nos principais focos de lepra no país testemunhava o papel conferido ao tratamento clínico, priorizado em detrimento do isolamento nosocomial. A sua relevância na profilaxia da lepra pode ser dimensionada não só pela distribuição e generalização do chaumogra, mas também pelo investimento em pesquisa sobre a ação terapêutica de plantas medicinais brasileiras e o contrato firmado com o Instituto Oswaldo Cruz para a fabricação de medicamentos para o tratamento da doença.¹⁶⁰ Por outro lado, havia ainda um outro ponto a ser considerado, freqüentemente levantado pelas autoridades sanitárias: o custo econômico que significava uma profilaxia que tinha a ação terapêutica como um importante instrumento auxiliar, muito mais reduzido que o investimento na construção e manutenção de leprosários. Além disto, a possibilidade de cura com o uso de medicamento esvaziava a discussão sobre o isolamento dos leprosos que, apesar de revestir-se de ideais humanitários, guardava ainda fortemente a idéia de degredo social. Havia ainda muitos leprólogos que, tal como Souza Araújo, apesar de defenderem o uso dos éteres de chaumoolgra no tratamento da lepra, considerava-o um poderoso instrumento auxiliar da “(...) *velha profilaxia pelo isolamento dos leprosos.*”¹⁶¹

É neste período também que o custo econômico da lepra começa a ganhar corpo no discurso médico e das autoridades sanitárias. O investimento financeiro requerido no combate

¹⁶⁰ Havia no mercado nacional dois preparados tendo por base os éteres etílicos da sapucainha, planta brasileira, com os nomes de Karpotran e Carpotreno. O Instituto Oswaldo Cruz iniciara a preparação de comprimidos com base em sais sódicos de chaumoolgra e a indústria farmacêutica produzia medicamentos com a marca Antilebrina, Alepol, Moogrol e Antileprol. A discussão do uso de diferentes marcas envolvia questões como a maior ou menor tolerância do paciente com seu uso oral ou através de injeções, a eficácia e o preço para seu uso em larga escala. Cf. ARAUJO, Marcelo Grossi. 1925 - 2005 Evolution and current status of leprosy chemotherapy. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, 2005. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000200014&lng=en&nrm=iso /Acesso 14 maio 2007; SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 9 de agosto de 1928. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 100, abr./jun. 1928, p. 535-40.

¹⁶¹ SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. O problema da lepra no Brasil em 1928. *Jornal do Comércio*, 25 de março de 1928. COC/Fiocruz, Fundo Souza Araújo, SA/RJ/1911125.

à doença passa a ser contabilizado pelos altos valores necessário para sua profilaxia, com a distribuição de medicamentos, o estabelecimento de dispensários e de unidades de isolamento. Esta questão ganhava maior relevância por tratar-se de uma doença dificilmente curável, crônica, de longa evolução e cujo contágio, segundo os médicos, se dava preferencialmente na infância. Além disto, era considerado ainda o fato da doença indispor o leproso para qualquer atividade econômica a partir de seus primeiros sinais, tornando-o uma responsabilidade do Estado até o fim de sua vida, que poderia significar longos anos de inatividade. Outro importante problema, que seria característico da lepra e ganharia maior proporção na mesma medida em que o isolamento nosocomial era instituído como prática dominante, era o que fazer com a massa dos não contaminados que acompanhava os doentes pobres e os indigentes. Sob o pretexto de não disporem de meios para sobrevivência com a segregação do chefe da família, pessoas sadias isolavam-se voluntariamente, aumentando enormemente o custo do doente para o governo. O médico Luiz Medeiros havia tentado coibir tal prática no hospital-colônia São Roque, no Paraná, mas, segundo ele:

“Além de ser profundamente desumano votar-se ao abandono àqueles que pertencem a desgraçados que sacrificaram a sua liberdade em defesa da coletividade ameaçada, quando lhe privamos da família os doentes se tornam irritados, revoltados mesmo, não mais aceitando o isolamento, recorrendo, então à fuga.”¹⁶²

Se a utilização do tratamento clínico por chaumoolgra como uma das bases da profilaxia da lepra era bastante criticada pelos opositores da condução da política sanitária da Inspetoria, o mesmo acontecia com o emprego de dispensários para tal fim. A Inspetoria, desde sua criação, havia estabelecido dispensários mistos, utilizados para o tratamento da lepra e das doenças venéreas, em todos os estados com que celebrara acordos e no Distrito Federal. Segundo o relatório de 1928, Silva Araújo informava que na cidade do Rio de Janeiro a

¹⁶² MEDEIROS, Luiz, Organização da luta contra lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 401.

terapêutica dos doentes de lepra era realizada quase exclusivamente em um dos dispensários antivenéreos, onde os leprosos eram atendidos em horas especiais, sendo rotineiramente freqüentados. Tal dispensário estava localizado num dos bairros onde residia o maior número de doentes, sendo distante para aqueles que habitavam outras zonas, dificultando a vinda regular destes leprosos, que tinha ainda o inconveniente de ter de atravessar grande extensão da cidade. Esta questão foi apontada neste relatório justamente por sua relevância nas críticas sofridas pela Inspetoria, os dispensários eram freqüentemente acusados de propiciarem o trânsito de doentes pela cidade, oferecendo “*um espetáculo desagradável e aterrorizador para o público.*”¹⁶³

Conforme vimos, Silva Araújo defendia o importante papel a ser desempenhado pelos dispensários na profilaxia da lepra, por sua possibilidade de diminuir os custos econômicos da doença para o Estado. Os dispensários permitiriam o tratamento do doente com uma despesa muito menor, além de possibilitar a detecção de novos casos e o exame clínico periódico nos comunicantes. A função dos dispensários na profilaxia da lepra não se constituía ainda uma unanimidade entre os leprólogos neste período. Havia aqueles que, como Antônio Aleixo, consideravam que a medicação desempenhava um pequeno papel profilático, tal a lentidão e os baixos resultados obtidos, o que reduzia o papel dos dispensários na luta contra a lepra.¹⁶⁴ Posições como esta, que ressaltavam mais os danos que os dispensários causavam na propagação da doença, partiam do princípio que o isolamento era o “*verdadeiro e único recurso eficaz na luta profilática contra a lepra.*”¹⁶⁵

Esta percepção do dispensário como veículo de disseminação da lepra era partilhada com a idéia de que estas unidades de tratamento funcionavam como chamarizes de leprosos, o que tornava maior a recriminação de sua localização em centros urbanos, mesmo entre aqueles

¹⁶³ ARAÚJO, 1927, p. 41.

¹⁶⁴ ALEIXO, Antônio. O isolamento domiciliar e a vigilância sanitária na luta profilática contra a lepra. 2º Congresso Brasileiro de Higiene, 1924 In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 380.

¹⁶⁵ Id., ib., loc. cit.

que consideravam-nos como um auxiliar na educação sanitária e na descoberta e registro de novos casos. O médico Luiz Medeiros avaliava que deveria haver restrições à localização de dispensários nas cidades, não só por não aceitar ser a lepra uma doença menos contagiosa que a tuberculose, mas principalmente pelo leproso ser “(...) *um doente mal tolerado pela coletividade, e que, por isso mesmo, é um eterno revoltado que não escolhe ensanchas para manifestar o seu ódio, chegando mesmo a extremos verdadeiramente trágicos.*”¹⁶⁶ No entanto, tratando-se especificamente dos dispensários mantidos pela Inspeção na cidade do Rio de Janeiro, Belisário Penna faria uma crítica mais direta e incisiva:

*“(...) os dispensários instituídos nesta capital e em outras, não passam de chamarizes de leprosos; os asilos e pseudoleprosários existentes no país, exceto o do Prata, no Pará, e o Hospital dos Lázaros, nesta capital, não passam de abjetas hospedarias gratuitas para morféticos, que se locomovem livremente, freqüentam bordéis e lugares públicos à vontade, transformados esses antros em tremendo foco de contaminação do flagelo.”*¹⁶⁷

A falta de dispensários na capital federal fora objeto de atenção de Carlos Chagas em 1928, então diretor do Instituto Oswaldo Cruz. Chagas enviou carta à Clementino Fraga, diretor do DNSP, solicitando a disponibilização de um espaço que pudesse servir de dispensário de lepra já que muitos leprosos procuravam o Instituto Oswaldo Cruz em busca de tratamento, obrigando-o muitas vezes a atendê-los no lugar do médico Souza Araújo, não sendo possível pelo “(...) *receio coletivo continuar receber tais doentes no Instituto.*”¹⁶⁸ Segundo Souza Araújo, Fraga encaminhou-o à Inspeção de Lepra onde encontrou um “*apertado e mal instalado consultório*” onde o “(...) *médico fichava os doentes no sobrado e as injeções eram feitas no térreo por um enfermeiro.*”¹⁶⁹ Em vista de tal situação, Souza

¹⁶⁶ MEDEIROS, Luiz. Organização da luta contra a lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 401.

¹⁶⁷ PENNA, Belisário. O problema da lepra no Brasil. COC/Fiocruz, Fundo Belisário Penna, BPP/PI/TP/90002040-1.

¹⁶⁸ Carlos Chagas *Apud* SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 532.

¹⁶⁹ Id., ib., loc. cit.

Araújo preferiu continuar a atender os leprosos em seu consultório no IOC. Na verdade, a atuação da Inspetoria no Distrito Federal era alvo de críticas não só pelos dispensários, mas também pela situação do Hospital São Sebastião. Em 1924, em editorial da Revista Médico-Cirúrgica, Carlos Seidl, diretor deste hospital, criticava a falta de leprosários na capital federal e, sobre o isolamento de leprosos no São Sebastião informava:

“(...) a manutenção no Hospital São Sebastião de três pavilhões de madeira, superlotados, determinando uma situação anti-higiênica verdadeiramente inominável. Esta medida, que fora tomada a título provisório, não pude, até agora, ser modificada, não sendo crível que o venha ser aproximadamente, a despeito dos desejos e esforços dos técnicos responsáveis pela gestão da saúde pública, porquanto a todos estes anhelos se antepõe a alegação de abertura financeira presente (...)”¹⁷⁰

A situação dos leprosos no Hospital São Sebastião seria motivo de constantes queixas, o então interno Garfield de Almeida voltaria a levantar a questão em relatório ao diretor do hospital, atentando para o *“(...) absurdo da criação da Inspetoria da Lepra, nas condições em que foi feita, sem que paralelamente tivesse resolvida a questão do leprosário, havia de fatalmente redundar no atual estado de coisas, por todos os títulos lamentáveis (...)”*.¹⁷¹ A questão do isolamento provisório de leprosos no São Sebastião somente seria resolvida em 1928, quando os primeiros pacientes foram transferidos para o hospital-colônia de Curupaiti.

Estas críticas da ineficiência e do descuido da Inspetoria com a profilaxia da lepra ganhariam uma maior projeção pública em 1927, com a proposta feita por Eduardo Guinle de construir um leprosário no Distrito Federal. Notícia rapidamente veiculada pela imprensa, a criação de um hospital voltado exclusivamente para o atendimento de leprosos da capital federal, colocava em discussão não apenas a benemerência de Eduardo Guinle, mas a política executada pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra. Tal leprosário seria construído no estilo

¹⁷⁰ *Apud* SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 528.

¹⁷¹ *Apud* Id., *ib.*, p. 531.

asilo-hospital, como o São Roque, do Paraná, que seguia o mesmo modelo do norte-americano de Carville, em Louisiana. A discussão em torno do leprosário Guinle serviria de pretexto também para Souza Araújo apresentar sugestões para a campanha contra a lepra no Brasil, propondo a criação de asilos e colônias para os leprosos indigentes ou pobres e sanatórios para os mais abastados, fundados e mantidos exclusivamente pelo governo federal, à custa de um fundo especial a ser instituído para este fim.¹⁷²

Para construção do leprosário patrocinado por Guinle a questão fundamental tornar-se-ia a escolha de sua localização, que levantaria uma ferrenha discussão pela imprensa e uma batalha entre os médicos envolvidos na profilaxia da lepra no Rio de Janeiro. Foram divulgadas notícias sobre estudos de terrenos ao longo da linha auxiliar da E. F. Central do Brasil, em Bonfim, Cerro Azul, Sacra Família e Triunfo. A oferta do sítio Monte Azul, nas proximidades da estação de Belém, chegou a ser anunciada, da mesma forma que a fazenda Cachoeira, em Vassouras, o que suscitaria apelos por parte da população contra a pretensa instalação de um leprosário nestas regiões.¹⁷³ O debate sobre a localização do leprosário colocava novamente em questão os ideais profiláticos baseados numa exclusão mais rigorosa do doente, pondo em xeque a ação da Inspetoria e ressuscitando a ilha como o ideal de segregação do leproso.

O relatório da Inspetoria de Lepra de 1928 divulgou que depois de frustradas algumas tentativas de compra de terrenos para localização do leprosário, a contrapartida do governo do estado do Rio de Janeiro no financiamento que seria feito por Guinle, parecia ter ficado estabelecido que tal construção se daria numa ilha da baía da Guanabara. De fato, Carlos Seidl, em correspondência para Souza Araújo, apoiava a sugestão de instalar o leprosário na ilha do Fundão, pelo isolamento dos leprosos dar “*melhor resultado*” em ilhas. A ilha de Itacuricá também seria visitada para tal fim, sugerindo Seidl em correspondência que Souza

¹⁷² SOUZA ARAÚJO, Heráclides C. Sugestões para a campanha contra a lepra no Brasil In Id., 1956, p. 511-2.

¹⁷³ Sobre as notícias publicadas em torno do projeto de criação do leprosário que seria financiado por Eduardo Guinle ver Id., 1956, p. 510-6.

Araújo insistisse na imprensa pela instalação do leprosário insular, cuja idéia seria rechaçada por Clementino Fraga, diretor do DNSP.¹⁷⁴ Este imaginário de exclusão sanitária absoluta do leproso não seria abandonado tão facilmente, em 1931 novamente a opinião pública seria agitada com a possibilidade de construção de um leprosário na Ilha Grande. Porém, no Brasil, a perfeição profilática que representava o isolamento insular dos leproso seria cumprida pelo asilo-colônia, instituição idealizada para ser o equivalente terrestre às ilhas. O asilo-colônia, cuja estrutura deveria reproduzir a vida em sociedade, serviria para propiciar o rigoroso isolamento social do doente, respeitando princípios humanitários e de conforto, ao mesmo tempo em que garantiria a proteção da população sã.

Se a reprovação à atuação da Inspeção emergiu com força na segunda metade da década de 1920, um outro elemento contribuiria de forma substancial para reforçar e conferir maior contundência a estas críticas: a experiência paulista no combate à lepra. São Paulo sempre fora reconhecida, ao lado de Minas Gerais, como um estado de alta endemicidade de lepra. Tal constatação fizera com que o governo paulista incumbisse, em 1913, Emílio Ribas de realizar estudos sobre a lepra. À frente do Serviço Sanitário de São Paulo o médico apresentou um plano profilático onde adotava posição bastante próxima às idéias sustentadas por Eduardo Rabelo, durante o 1º Congresso Médico Paulista, em 1916. Ribas considerava que o problema deveria ser atacado em moldes “*liberais e científicos*”, mostrava-se contrário ao isolamento nosocomial compulsório dos leproso e favorável ao isolamento domiciliar, desde que houvesse condições para tal, defendendo a construção de asilos-colônias numa ação conjunta entre Estado, municípios e cooperativa privada.¹⁷⁵

Mas, seria a reforma do arcabouço de saúde pública paulista, iniciada sob a direção de Artur Neiva no Serviço Sanitário, que possibilitaria a montagem de uma estrutura sanitária, o que permitiria ao estado de São Paulo a implementação de políticas e programas de saúde

¹⁷⁴ Cf. SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 530.

¹⁷⁵ MONTEIRO, 1995, 138; ALMEIDA, 2003, p. 181-97; RIBAS, Emílio. Frequência da lepra em São Paulo - Profilaxia da lepra - Contagem dos atacados de lepra In SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 233-41.

independentes do auxílio do governo federal.¹⁷⁶ Este pioneirismo sanitário forneceu condições para que o governo estadual estruturasse a profilaxia da lepra em bases próprias, incluindo a promulgação de um Código Sanitário, em 1920, que funcionava como um importante instrumento legal para implantação de tais medidas sanitárias no estado. Em relação à lepra, o código acompanhava o que fora definido no regulamento sanitário federal, aprovado neste mesmo ano, prevendo o isolamento domiciliar ou nosocomial para os acometidos pela doença.

Ainda em 1920, com a saída de Arthur Neiva, seria designado para o cargo de Diretor-geral do Serviço Sanitário o médico Geraldo de Paula Souza, responsável por uma importante reforma nas orientações sanitárias em São Paulo. Paula Souza foi o pioneiro na implantação de centros de saúde em São Paulo, que deveriam funcionar como pontos onde a “população deveria ter acesso a um conjunto de ações integradas e permanentes, fortemente voltadas para a prevenção via educação sanitária.”¹⁷⁷ Paula Souza seria também o responsável pela criação do Serviço de Profilaxia da Lepra, em 1924, quando se verifica a organização de uma estrutura administrativa exclusiva de combate à doença em São Paulo. Em 1925 este órgão seria transformado na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e teria à frente o médico José Maria Gomes que, tal como Paula Souza, seria um adversário do isolamento compulsório dos doentes, traçando um plano de combate à doença baseado no tratamento dos leprosos em dispensários.¹⁷⁸ Gomes implementaria em São Paulo o serviço de dispensários em 1924, que deveria ser a base do programa de profilaxia da lepra, suas ações no combate à doença guardavam muitas semelhanças com as medidas defendidas e aplicadas pela Inspetoria de

¹⁷⁶ Segundo Castro Santos, as três principais reformas do aparelho estaduais de saúde pública de São Paulo se deram em 1906, 1911 e 1917. “A primeira manteve e reforçou o ‘centralismo’ da legislação Campo Sales, a segunda tentou reverter as tendências à intervenção estadual em saúde pública e a terceira resgatou o espírito intervencionista e centralizador das normas anteriores a 1911”. CASTRO SANTOS, 1993, p. 374.

¹⁷⁷ Cf. TEIXEIRA, Luiz Antonio. Rodolfo Mascarenhas and public health history in São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100004&lng=en&nrm=iso /Acesso 19 março 2007. Ver também MACIEL, 2007, p. 70-5.

¹⁷⁸ Cf. MONTEIRO, 1995, p. 162; MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. History of public health in the S. Paulo State, Brazil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100002&lng=en&nrm=iso /Acesso 18 março 2007.

Profilaxia da Lepra no Distrito Federal e nos estados, através dos acordos. Segundo Mascarenhas, dentre as muitas inovações introduzidas por Paula Souza nos serviços sanitários paulistas podemos destacar a revogação do art. 654 do Código Sanitário, que tornava compulsório o isolamento dos leprosos, quer seja domiciliar ou nosocomial, o que nos fornece a dimensão das ações profiláticas executadas em São Paulo durante sua gestão.¹⁷⁹

Porém, em dezembro de 1926, uma lei tornaria o isolamento do leproso novamente obrigatório, o que marcou também o início de uma reorientação do programa profilático paulista. Podemos considerar que a posse do médico João de Aguiar Pupo, na direção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra do estado de São Paulo, em 1927, baliza a estruturação do que ficaria conhecido como 'modelo profilático paulista', política distinta da que vinha sendo executada até então por José Maria Gomes. A alteração da legislação conferiu condições legais para que o governo paulista executasse a política isolacionista que seria a base de tal programa, no qual São Paulo foi mais uma vez o pioneiro. O novo programa sanitário defendido por Aguiar Pupo materializou-se na retirada dos dispensários da organização profilática, na normalização do isolamento, na extrema centralização das ações profiláticas e das informações sobre os doentes e, o mais importante em tal modelo, a construção das grandes unidades de segregação dos leprosos, os asilos-colônias no interior do estado.¹⁸⁰ Tal estrutura de combate à lepra ficaria conhecida como modelo tripé, onde se estabeleceram instituições com funções bastante definidas e complementares: o hospital especializado, onde era isolado o leproso; o dispensário, onde eram detectados os novos casos e controlados os

¹⁷⁹ Id., ib., loc. cit.; MONTEIRO, 1995, p. 163-4. Segundo Castro Santos, a reforma organizacional ocorrida em 1925, durante o governo de Carlos de Campos, consolidou os serviços sanitários em São Paulo. Tal reforma se baseava no progresso alcançado durante a gestão de Emílio Ribas, mas continha melhoras significativas propostas por Paula Souza, atingindo um grande número de áreas da saúde pública e alcançando campos de atuação em que os serviços sanitários tinha caminhado lentamente. Cf. CASTRO SANTOS, 1993, p. 376-7.

¹⁸⁰ Sobre a reorganização da Inspetoria na gestão de Aguiar Pupo ver CAMPOS, Nelson Souza. A campanha contra a lepra no estado de São Paulo. Disponível em <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v13n5p480.pdf> /Acesso 2 abril 2007/

comunicantes; os preventórios, onde eram recolhidos e mantidos sob observação os filhos dos infectados.¹⁸¹

Neste aspecto, torna-se importante analisarmos como e porque se daria a constituição de novas prescrições para o combate à lepra. A conjuntura em que se desenrolaria tal processo, que começa a ser gerido ao final da década de 1920, se estrutura a partir de duas referências: a primeira partiria da percepção de que a Inspetoria falhara na execução de medidas profiláticas sob princípios liberais e, a segunda, teria em São Paulo sua grande referência de organização sanitária eficiente. Em primeiro lugar, parece-nos claro que, qualquer que fosse a orientação da política profilática a ser adotada no controle à doença, o pioneirismo de São Paulo deve ser compreendido como resultado das mesmas condições que fizera com que empreendesse tão precocemente uma reforma sanitária ainda na década de 1910. Por outro lado, a lepra ter se tornado objeto de uma política pública fez parte do processo de melhoria das condições sanitárias do estado, fruto das necessidades específicas de seu desenvolvimento econômico, mas integrou ainda a resposta paulista ao reconhecimento da alta endemicidade da doença no estado e a necessidade da adoção de medidas que contivesse o trânsito de leprosos nos estados vizinhos. A pressão sobre São Paulo e Minas Gerais, estados onde era observada uma grande frequência de lepra, se fazia sentir desde o final do século XIX. No entanto, apenas São Paulo reunira condições para fazer face aos custos políticos, econômicos e técnicos que o combate à doença exigia, o que lhe dera a dianteira na formulação de uma profilaxia da lepra distinta das orientações técnicas e ajuda econômica do governo federal.

Se São Paulo reunira condições materiais para dar início à luta contra a lepra, devemos pensar também que elementos podem ter contribuído para mudança na orientação de sua política. Consideramos que esta modificação no modelo profilático adotado pelo estado deva ser compreendida como consequência da conjunção de inúmeros fatores, mas, principalmente, pelo reconhecimento dos altos custos sociais da lepra, pela grande visibilidade que a doença

¹⁸¹ MONTEIRO, 1995, p. 164.

adquirira na década de 1920 e pela ascensão de um grupo de médicos que rejeitava as mais recentes orientações profiláticas que relativizava a eficácia do isolamento para o seu controle. Estes médicos, que assumiram a condução da política de combate à lepra em São Paulo, estavam mais alinhados às proposições que defendiam que o isolamento compulsório era a única medida profilática comprovadamente segura, somente a construção de unidades de segregação de leprosos poderia conter a disseminação da doença no estado. A discussão em torno das resoluções da 3ª Conferência Internacional de Lepra evidencia o embate entre os adeptos do isolamento rigoroso do leproso e aqueles que começavam a admitir que medidas mais brandas pudessem ser adotadas sob determinadas condições. Porém, seria justamente um grupo profundamente ligado aos pressupostos isolacionista, que defendiam a adoção de medidas coercitivas de isolamento em casos de lepra, que ascenderia aos postos de comando da política sanitária em São Paulo, contribuindo para que se fortalecesse uma cultura isolacionista que sobreviveria inclusive às transformações que a década de 1940 traria no tratamento da doença, especialmente com o advento das sulfonas.

É importante observarmos que a lepra deixara o círculo médico de debates para tornar-se um problema social de maior destaque, saíra dos periódicos especializados para ganhar as páginas dos jornais de circulação diária, a popularização do debate em torno do censo de leprosos e o discurso sobre a necessidade de que a sociedade assumisse para si a tarefa do combate à doença criara certo apelo para uma ação mais contundente do governo. A tolerância social para com o trânsito de doentes, que se verificara na década de 1910, aos poucos foi sendo substituída por um discurso que incorporara que a saúde era uma questão pública, logo, uma obrigação do Estado. Doravante a caridade organizar-se-ia em entidades dirigidas por proeminentes senhoras da sociedade, no entanto, o cuidado e a ação caritativa com os leprosos pressupunham seu isolamento em condições confortáveis, sendo essencial que seus direitos fossem subordinados aos da população sã. A importância que a doença adquirira no cenário sanitário paulista pode ser dimensionada pelo pioneirismo também da cooperação privada no combate à lepra, a criação de entidades para assistência ao leproso e sua família em São Paulo

serviriam de modelo para similares em todo o país. Na década de 1920, a lepra transformara-se numa doença visível e conhecida, o *'flagelo nacional'* materializara-se geográfica e numericamente e, conseqüentemente, tornara-se também temida. Como tal, a doença conquistou um lugar entre as endemias nacionais e foi alçada a objeto das políticas públicas executadas pelo Estado, no mesmo processo em que o governo federal procurava ampliar sua presença e seu controle sanitário nos estados. O pioneirismo sanitário e especificidade com que seria conduzida a administração da saúde pública por São Paulo acabariam por constituir um modelo de atuação, um paradigma para o desempenho da Inspetoria de Profilaxia da Lepra do governo federal, contribuindo para que as críticas à sua ação se fizessem mais severas. Sobre esta questão Souza Araújo afirmaria em entrevista ao Jornal do Comércio, em 1928:

*“São Paulo parece ter agora tomado melhor caminho. Consta-me que os municípios atingidos pelo flagelo se associaram para construir e manter os leprosários regionais, cada um contribuindo com um décimo de sua receita geral para a campanha redentora da extinção da lepra.”*¹⁸²

Em 1931, Eduardo Rabelo apresentou uma conferência sobre a profilaxia paulista da lepra na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, onde fez um longo levantamento das recentes orientações internacionais no combate à doença. Segundo o médico, o abandono das experiências pautadas em medidas coercitivas de isolamento e o impacto das novas aquisições científicas, com as noções de baixa contagiosidade e a curabilidade da doença, contribuíram determinantemente para o abrandamento da campanha contra a lepra. O médico resgata a atualidade e a importância dos princípios profiláticos defendidos por Emílio Ribas e Paula Souza e, elogiando a *“administração modelar”* de Aguiar Pupo, destaca que a esta deveria juntar-se a criação de dispensários e, até mesmo, a multiplicação de postos de isolamento temporário. Nada mais distante das orientações de Paula Souza e Eduardo Rabelo, ferrenhos

¹⁸² SOUZA ARAÚJO, H. C. O problema da lepra em 1928. Jornal do Comércio, 25 de março de 1928. COC/Fiocruz, Fundo Souza Araújo, SA/RJ/19111125.

defensores dos dispensários, do que as medidas profiláticas que vinham sendo adotadas por Aguiar Pupo em São Paulo e, mais tarde, ampliadas por seu sucessor, Francisco de Salles Gomes Júnior.¹⁸³ Com a Revolução de 1930, o grupo defensor do isolamento compulsório de leprosos em São Paulo obteria as condições necessárias para a segregação em larga escala em asilos-colônias que seriam rapidamente construídos. A nova conjuntura política que se desenha no pós-30 também produziria mudanças na organização dos serviços sanitários federais, reestruturando sob novos parâmetros a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, o que significaria o ocaso das prescrições profiláticas defendidas por Eduardo Rabelo e Silva Araújo.

5.5 O ocaso de uma política de combate à lepra

*“Não conhecemos contraste mais flagrante entre prática e doutrina, nos domínios da administração pública. Pesa-nos a exteriorização destes conceitos, que aliás os de toda gente de senso: pesa-nos sobretudo porque eles nos levam a uma decepção comum àqueles que como nós, esperavam do Dr. Belisário Penna, na alta direção da Saúde Pública, a confirmação de seus propósitos de velho entusiasta das coisas sanitárias.”*¹⁸⁴

(*Brasil-Médico*, 1931)

As críticas à política de combate à lepra conduzida pela Inspetoria tornaram-se mais contundentes ao final da década de 1920, formatada pela falta de consenso sobre a profilaxia da lepra entre os leprólogos, o que levaria a uma oposição às medidas executadas pelo órgão. A este quadro somavam-se as dificuldades orçamentárias do órgão e o surgimento de um novo modelo profilático nacional, baseado em ações mais rigorosas e no isolamento compulsório

¹⁸³ Em 1930 Aguiar Pupo seria demitido e em seu lugar foi convidado Souza Araújo que, impedido de tomar posse por estar na Europa, seria substituído pelo interino, o cirurgião Salles Gomes. Cf. MONTEIRO, 1995, p. 165-6.

¹⁸⁴ COMENTÁRIOS. Departamento Nacional de Saúde Pública. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 45, n. 6, 7 de fevereiro de 1931, p. 138.

dos leprosos, executas pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra de São Paulo. Porém, o golpe de misericórdia às prescrições profiláticas defendidas por Rabelo, viria com as mudanças políticas verificadas na década de 1930, quando a questão da saúde pública ganharia um novo contorno.

O processo político, que culminaria na Revolução de 1930 e na mudança da ordem política brasileira, teria profundas conseqüências na área de saúde pública. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública nos dá a medida do grande valor que o problema havia adquirido no cenário político nacional. Tivemos oportunidade de analisar como as duas primeiras décadas do século XX foram fundamentais para que a saúde se tornasse um assunto relevante na pauta das políticas públicas, o movimento sanitarista trouxera para o cenário nacional as péssimas condições sanitárias e sociais em que estava mergulhada a população que vivia fora dos grandes centros urbanos. A *'descoberta dos sertões'* transformara a saúde em ponto de interesse do Estado, propiciando que se erigisse uma estrutura administrativa responsável pela execução do que fora considerado um grande problema nacional: as endemias rurais. Ao final da década de 1920, outras doenças foram integrando-se à órbita das preocupações do Estado, como a lepra, a tuberculose e as doenças venéreas, evidenciando a intensificação e a ampliação dos objetos de atenção sobre a saúde da população. Assim, ao mesmo tempo em que era traçada uma política de saúde de abrangência nacional, atendendo às reivindicações expressas pelo movimento sanitarista, houve a constituição de um aparato institucional que procurava atender às novas questões impostas ao Estado.¹⁸⁵

Se a grande reivindicação pela constituição de um Ministério da Saúde não vingara, o combate às endemias rurais dera o arcabouço necessário à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920. Sua grande complexidade pretendia dar conta das novas

¹⁸⁵ Cf. Sobre o legado da República Velha ao primeiro governo Vargas ver HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos Capanema: continuidades e inovações In GOMES, Ângela de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 129-33. Sobre o processo de constituição de políticas públicas de saúde no Brasil, a partir dos anos 1930, ver FONSECA, CRISTINA M. *Local e nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-45)*. 2005. 298 p. Tese (Doutorado) em Ciência Política, IUPERJ. 2005.

atribuições exigidas da União, uma maior intervenção dos serviços sanitários federais nos estados, permitida pela adesão voluntária a convênios.¹⁸⁶ Um novo passo seria dado com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), para onde seria transferido o DNSP e todas as suas atribuições, mantendo inicialmente a agenda sanitária que fora formatada ainda no âmbito do movimento sanitarista.¹⁸⁷ Na verdade, a criação do MESP e a ampla reforma da administração pública, que se verificou já nos primeiros dias do governo provisório, estiveram apontadas na plataforma de campanha eleitoral da Aliança Liberal, fazendo parte de um projeto de constituição de um Estado forte e centralizado, onde a poder executivo deveria se fazer presente em todo território nacional.¹⁸⁸

Vitorioso o movimento de 1930, a administração pública passaria por uma série de reformas, a criação do MESP retira da órbita do Ministério da Justiça e Negócios Interiores a questão da saúde, então em sua pasta. A instabilidade política que marcaria os primeiros anos do governo provisório retardaria as mudanças mais significativas na área da saúde, que somente seriam efetivadas após 1934. Se, inicialmente, não houve nenhuma alteração mais substancial na saúde pública, com a incorporação do DNSP e todas as suas atribuições ao novo ministério, o tratamento que teria o saneamento rural abalaria profundamente a continuidade de algumas atividades sanitárias.¹⁸⁹ Clementino Fraga, então diretor do DNSP, seria substituído pelo grande artífice do movimento sanitarista, Belisário Penna. Pena congregava todos os ideais defendidos pelo movimento em torno do saneamento rural, tornado questão crucial para a nacionalidade brasileira e o grande entrave à modernização do país. Crítico feroz e grande opositor de Carlos Chagas e, posteriormente, de Clementino Fraga à frente do

¹⁸⁶ Id., ib., p. 130-1.

¹⁸⁷ Decreto nº 19.444, de 1º de dezembro de 1930. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 53-5, 1931.

¹⁸⁸ HOCHMAN, 2000, p. 134; FONSECA, 2005, 27-34; Uma obra clássica sobre a administração pública no governo Vargas e, mais especificamente, sobre a reforma de 1934 é WARLICH, Beatriz. M. de S. *Reforma administrativa na era Vargas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1983.

¹⁸⁹ Para uma análise mais pormenorizada da reforma administrativa na área da saúde, iniciada entre 1930-34 ver WARLICH, 1983, p. 18-29; FONSECA, 2005, p. 116-8.

DNSP, a posse de Pena seria saudada como uma nova era no saneamento rural, vítima de uma grande descaso por parte deste departamento.¹⁹⁰

A Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas seria um dos órgãos que teve suas atividades atropeladas pela mudança da condução administrativa do DNSP. Segundo Souza Araújo, um telegrama circular, datado de 30 de novembro de 1930, denunciava todos os acordos da União com os estados, extinguindo os serviços de saneamento rural e de profilaxia da lepra e doenças venéreas. Os interventores de alguns estados assumiriam tais serviços, como no Acre, Ceará, Pernambuco e Espírito Santo, ainda que de forma descontínua, em outros estados tais serviços seriam completamente paralisados.¹⁹¹ O periódico *Brasil-Médico* registraria da seguinte forma a decisão de Belisário Penna de extinguir os acordos com os estados:

*“Consentiu que se acabasse com o serviço contra as endemias rurais, lepra e doenças venéreas nos estados, para depois, segundo afirma, restaura-los subsidiados somente pela União. Naturalmente sorriu ao governo a idéia, porque realizava assim grande economia. Mas, se este o intuito, quando permitirão as nossas decadentes finanças o movimento salutar? E depois, como encontrará o Departamento o copioso material agora entregue ao uso e gozo dos governos estaduais?”*¹⁹²

Segundo o periódico, liquidados os serviços nos estados, o Rio de Janeiro ficara dependendo a verba vultosa da Diretoria do Saneamento Rural e com numeroso pessoal burocrático, dirigindo sozinha os postos do Distrito Federal, “(...) para além de Cascadura e subúrbios da ‘Leopoldina’.”¹⁹³ Logo, a extinção dos serviços de saneamento rural nos estados significou também a descontinuidade ou a interrupção dos esforços por empreender uma

¹⁹⁰ SÁ, 1999, p. 134-5; FONSECAS, 2005, p. 119-20.

¹⁹¹ SOUZA ARAÚJO, 1956, p. 597.

¹⁹² COMENTÁRIOS. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 45, n. 8, 21 de fevereiro de 1931, p. 280.

¹⁹³ Id., ib., loc. cit.

profilaxia da lepra em nível nacional, ainda que com os limites impostos pelo pacto federativo. O esvaziamento da Inspeção seria acompanhado pela intensa burocratização de seus serviços, sendo mesmo considerado por alguns autores que, desde janeiro de 1931, o órgão estaria sem qualquer atividade.¹⁹⁴

Além disto, a gestão de Belisário Penna à frente do DNSP seria marcada ainda por uma série de conturbações, sua posse daria início a uma devassa que mandara proceder em todas as repartições do órgão, assinalando o início de uma profunda desorganização característica dos meses pós-revolucionário. Logo se levantariam as vozes dos defensores de Clementino Fraga e seu antecessor, Carlos Chagas, contra as suspeitas levantadas pelo ato de Belisário Penna, que seriam registradas pelas páginas do *Brasil-Médico*.¹⁹⁵ Em muitos momentos o periódico colocara-se na oposição de Chagas e Fraga na direção dos serviços sanitários, devemos lembrar como transcorreu a discussão em torno do regulamento sanitário de 1920, que fora considerado um descaminho da missão precípua que deveria ter o DNSP, o saneamento rural. Porém, as primeiras medidas de Pena à frente do departamento levaram o periódico médico a considerar o esforço que empreendera Chagas e Fraga no sentido de “*consolidar o regime sanitário*”, fazendo um levantamento de suas gestões concluiria:

“Chega a vez de Belisário Penna. Que faz S. S.? Nada mais que verdadeira obra de demolição; em pouco mais de dois meses reduziu o Departamento Nacional à antiga “Diretoria”, pois a tanto importa ter acabado com os serviços de profilaxia rural. Onde as promessas do apostolado Dr. Pena, justamente o primeiro chefe do Saneamento Rural, o velho propagandista, que ainda há pouco nos rincões do Sul falava a governantes e governados sobre as vantagens de combater as endemias rurais, e que entretanto acaba, ou consente acabar, com os

¹⁹⁴ BRASIL. SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA. Manual de Leprologia. Rio de Janeiro: SNL, 1960. p. 16.

¹⁹⁵ Belisário Penna seria acusado ainda de empregar parentes no DNSP, além de ter enfrentado críticas mais duras por uma desastrosa ação de combate ao amarelão que teria matado uma série de pessoas. Cf. SÁ, 1999, p. 137.

serviços nos estados, reduzindo o Departamento aos serviços no Distrito Federal.”¹⁹⁶

A contenda entre Belisário Penna e Clementino Fraga se arrastaria pelos anos de 1931 e 1932, pesando contra o primeiro o fato de ter desarticulado completamente os serviços sanitários, antes executados pelo DNSP. Em 1932, em coluna do *Brasil-Médico*, o médico Solano Neto encaminhava publicamente correspondência à Belisário Penna onde advertia que, dada a notícia de que pretendia reorganizar os serviços de saneamento rural nos estados, lembrasse também de cogitar a profilaxia da lepra. No entanto, a reorganização da profilaxia da lepra somente ocorreria em 1935, sob a gestão do Ministro Gustavo Capanema. O certo é que, na conjuntura imediata do pós-30, os cortes orçamentários do MESP atingiram diretamente o funcionamento dos postos de profilaxia rural, agravando ainda mais a situação que Belisário Penna identificara ao longo da década de 1920, ou seja, a concentração dos serviços sanitários no Distrito Federal. Ironicamente, a maior crítica do *Brasil-Médico* da atuação de Belisário Penna à frente do DNSP, era justamente por ter reduzido o órgão a uma “*simples diretoria de saúde do Distrito Federal*”.¹⁹⁷

Na verdade, o próprio Belisário Penna concordaria com tal julgamento, avaliando em carta a Getúlio Vargas que o DNSP estava de fato reduzido à atuação no Distrito Federal e, “(...) *ainda assim, por motivos profundos, e alguns radicais cortes de verba, muito prejudicado na sua eficiência.*”¹⁹⁸ Pena, o grande arauto do saneamento dos sertões, um dos principais opositores da política profilática executada pelo DNSP, não conseguiu em seu comando converter em resultados práticos todo o ideário sobre saúde pública que vinha divulgando desde a década de 1910.¹⁹⁹ Os cortes orçamentários, que havia reduzido a já

¹⁹⁶ DEPARTAMENTO Nacional de Saúde Pública? *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 45, n. 6, p. 138, 7 fev. 1931.

¹⁹⁷ SAÚDE Pública. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 46, n. 37, 10 set. 1932, p. 801.

¹⁹⁸ Carta de 2 de julho de 1931, de Belisário Penna a Getúlio Vargas. COC/Fiocruz, Fundo Belisário Penna, BP/TB/19141140.

¹⁹⁹ Sobre as realizações da gestão de Belisário Penna à frente do DNSP ver FONSECA, 2005, p. 120-4.

limitada participação da União nos serviços sanitários dos estados, e atritos com o novo ministro, Washigton Pires, em torno do destino das verbas do selo sanitário e o fim da autonomia administrativa do DNSP, levariam Belisário Penna a exonera-se da direção do órgão, em 1932.²⁰⁰

O DNSP se ressentiria profundamente do quadro político que se desenhara nos primeiros anos do governo provisório, os *Arquivos de Higiene*, órgão oficial do departamento, teria sua publicação suspensa em 1930, sendo retomada apenas em 1935. A paralisação ou a diminuição das atividades em alguns órgãos subordinados ao DNSP contribuiria para sua conseqüente perda de prestígio, o que seria mais intensamente sentido nos estados que dependiam da União para execução de serviços sanitários locais. Assim, ao mesmo tempo em que se criava um ministério para tratar das questões de saúde, antiga reivindicação do movimento sanitarista, a amplitude de tal medida administrativa não se converteria em melhorias dos serviços então prestados pelo DNSP. Ao longo do período 1930-34 o ministério seria ocupado por três diferentes ministros, as incertezas políticas e dificuldades orçamentárias contribuiriam para que chegasse “(...) ao final do chamado Governo Provisório sem objetivos definidos para sua estrutura administrativa e sem claras linhas de ação.”²⁰¹

A desarticulação das atividades de profilaxia da lepra nos estados, a partir de 1930, seria acompanhada por um esforço em manter algumas de suas funções, em especial a manutenção de leprosários, a partir de 1932. Neste ano seriam despendidas verbas para o Distrito Federal e o estado do Maranhão; em 1933 seriam contemplados além do Distrito

²⁰⁰ Durante dois breves períodos, em setembro de 1931 e dezembro de 1932, Belisário Pena ocupou interinamente o Ministério da Educação e Saúde. Em março de 1931 Belisário Pena incorporou-se à Comissão Central Brasileira de Eugenia, interligando as questões da eugenia ao ideário do saneamento por que lutara. Em seguida, em 1932, ingressou na Ação Integralista Brasileira (AIB), organização política brasileira inspirada no fascismo italiano. Foi membro da Câmara dos 40, organismo consultivo da Ação Integralista Brasileira, cuja função era deliberar e sugerir soluções para os problemas nacionais. Cf. SÁ, 1999, p. 128-41. Sobre a exoneração de Belisário Pena do DNSP e os atritos com Washington Pires ver FONSECA, 2005, p. 124-6.

²⁰¹ Ver WARLICH, 1983, p. 24. Os ministros que ocuparam a pasta do MESP entre 1930 e 1934 foram Francisco Campos, Belisário Pena e Washington Pires. Sobre as mudanças institucionais e as mudanças políticas no primeiro governo Vargas ver HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945) In *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR Disponível em <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/viewFile/2242/1874> /Acesso 14 maio 2007/

Federal e Maranhão, o Espírito Santo e Minas Gerais; em 1934 Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Maranhão, Espírito Santo e Rio de Janeiro.²⁰² Ainda que os valores gastos com a lepra fossem crescentes, segundo relatórios dos técnicos do ministério, esta verba não obedecia a qualquer “(...) plano delineado previamente e se traduzia por auxílios concedidos para construção de leprosários e para melhoramentos e manutenção dos já existentes, de acordo com solicitações recebidas.”²⁰³ Se por um lado, podemos constatar a desarticulação de um programa profilático que fora desenvolvido pela Inspetoria, sob inspiração dos princípios estabelecidos no regulamento sanitário de 1920, por outro lado, já encontramos evidências daquilo que seria o principal foco da atuação do governo federal no combate à lepra: a construção de leprosários nos estados e o isolamento nosocomial dos leprosos.

Esta desarticulação dos serviços da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e, ao mesmo tempo, a inexistência de qualquer outro programa profilático seria discutida em sessão da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 11 de março de 1937, ocasião em que Gustavo Capanema comparece para discutir o projeto de construção do leprosário de Iguá, em Itaboraí. Capanema informava que, ao assumir o ministério em 1934, não encontrara qualquer plano traçado para o combate à lepra, pouco era realizado no Distrito Federal e, nos estados, a cooperação financeira enviada pela União era utilizada segundo critérios das administrações locais. Tal afirmativa de Capanema suscitaria um debate com o deputado Abelardo Marinho, que salientava que no Distrito Federal a ação de profilaxia da lepra em 1930 não seria inconsistente ou escassa:

²⁰² Em 1932 foram despendidos 400:000\$000, com o estado do Maranhão e Distrito Federal; em 1933, foram 800:000\$000 para o Maranhão, 200:000\$000 para o Espírito Santo, 100:000\$000 para Minas Gerais e 30:000\$000 para a alimentação dos internos de Curupaiti, no Rio de Janeiro; em 1934 os valores foram 600:000\$000 para Minas Gerais, 75:000\$000 para Rio Grande do Norte, 400:000\$000 para o Maranhão, 300:000\$000 para o Espírito Santo, 200:000\$000 para o estado do Rio de Janeiro e 70:00\$000 para Curupaiti. A verba do Rio de Janeiro destinava-se ao leprosário de Curupaiti e ao leprosário de Iguá, em Itaboraí. Cf. DIVISÃO DE SAÚDE PÚBLICA. Notas sobre a ação do governo federal de 1931 a 1940. Fundo Gustavo Capanema, CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02.

²⁰³ Notas sobre a ação do governo federal de 1931 a 1940. CPDOC/FGV, Fundo Gustavo Capanema, GC h 1935.09.02.

“Sobretudo o serviço de vigilância domiciliar era notável. Além disso a pesquisa de leprosos se fazia intensa na Inspetoria da Lepra. (...) Seria, pois, a meu ver, interessante que o Sr. Ministro, com os recursos informativos de que dispõe e aos quais há pouco aludiu, procurasse descobrir os responsáveis por essa decadência, quais aqueles que, entre 1930 e 1934 tiveram sobre os ombros a incumbência de orientar a profilaxia da lepra.”²⁰⁴

De fato, parece-nos que ter sido entre 1930-1934 o período em que a Inspetoria de Profilaxia da Lepra teve sua atuação desorganizada, caracterizando-se pela dificuldade em manter-se em atividade ou corresponder aos princípios que formatara sua atuação. Sua intensa burocratização, crítica frequentemente encontrada na avaliação dos contemporâneos, foi o resultado das incertezas políticas do período e do vácuo de projeto profilático de combate à lepra. Desestruturada as bases que moldaram seu desempenho ao longo da década de 1920, não fora formulado um novo projeto que substituísse as determinações profiláticas dos serviços sanitários que executava. A União não dispunha ainda de instrumentos capazes de se fazer presente em todos os estados da federação e assumir integralmente o combate à lepra, por outro lado, a renúncia dos acordos inviabilizara que a profilaxia da doença se mantivesse dentro dos parâmetros legais possíveis naquele momento.

Ao mesmo tempo, São Paulo emergira como um exemplo de administração sanitária eficiente sobre a endemia leprosa, seus asilo-colônias, os preventórios e dispensários formariam um modelo que governo federal assumiria como ideal de organização de serviços profiláticos para a lepra. É igualmente importante observarmos também que a Revolução de 1930, não por coincidência, trouxera para a administração sanitária nomes identificados com a defesa do isolamento dos leprosos como a mais eficaz arma profilática no combate à doença como, por exemplo, Belisário Penna no Rio de Janeiro, Salles Gomes em São Paulo, Antônio Aleixo, em Minas Gerais. O que podemos perceber é que, de forma geral, não haveria a recusa

²⁰⁴ COMISSÃO DE SAÚDE. Sessão de 11 de março de 1937. Fundo Gustavo Capanema, CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02

em considerar a importância do tratamento por chaulmoogra ou o valor dos dispensários, como já vinha demonstrando a experiência internacional, a diferença estava na dimensão de cada um destes elementos teria na luta contra a lepra e a preponderância adquirida pelo isolamento nosocomial na profilaxia da doença.

Em 1933 ocorreria um importante evento no Rio de Janeiro, a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus organizou a 1ª Conferência Nacional de Lepra, cujo objetivo era a uniformização dos métodos profiláticos contra a doença no Brasil. Este encontro apresentaria um plano geral de campanha uniforme contra a doença, que dependeria de um corpo técnico especializado, com dedicação exclusiva ao problema, além de verbas suficientes para o custeio de novos organismos que seriam criados: o Departamento Nacional de Profilaxia da Lepra, órgão técnico central que coordenaria e orientaria as atividades em todo o país, e o Conselho Nacional de Profilaxia da Lepra, no qual deveriam colaborar os governos federal, estadual e municipal.²⁰⁵ Porém, apesar da constatação que a Inspetoria passara por uma desorganização de seus serviços, o que deixara o problema da lepra sem um órgão condutor de sua profilaxia nos estados, a Inspetoria seria extinta em 1934.

Com a posse do novo ministro Washington Pires, em 1932, seriam designadas comissões de estudo para a reforma dos serviços sanitários, que ocorreria ao final do governo provisório.²⁰⁶ A gestão de Washington Pires conduziria uma remodelação dos serviços sanitários, a primeira desde 1923, quando fora reorganizado o DNSP. A reforma empreendida por Pires pretendia centralizar e articular todos os serviços relativos à saúde pública no Brasil, aumentando a participação do executivo federal nas administrações dos serviços sanitários

²⁰⁵ CONFERÊNCIA DE UNIFORMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA LEPRA NO BRASIL. Sessão da Academia Nacional de Medicina de 28 de setembro de 1933, p. 357-90; PLANO GERAL DA CAMPANHA CONTRA A LEPRA NO BRASIL. Sessão da Academia Nacional de Medicina de 5 de outubro de 1933. p. 415-22.

²⁰⁶ Cf. *Estudo enviado a Gustavo Capanema contendo dados dos órgãos de direção de saúde pública no Brasil de 1521 a 1935*. CPDOC/FGV, Fundo Gustavo Capanema, GC pi Parreiras, D 1936.09.02.

estaduais e municipais.²⁰⁷ O DNSP seria extinto, suas atribuições ficariam a cargo da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, órgão responsável pela:

*“(...)orientação, coordenação e fiscalização superiores de todos os serviços da saúde pública e assistência médico-social executados diretamente pela União, ou por esta em cooperação com outros poderes administrativos, e ao qual caberá ainda estabelecer entendimento com as organizações sanitárias regionais no sentido de uniformizar, articular e ampliar as providências técnico-administrativas que atendam ao mesmo interesse coletivo nacional.”*²⁰⁸

Segundo este decreto, na reorganização dos serviços técnico-administrativos, que estavam na alçada do extinto Departamento Nacional de Saúde Pública, deveria ser atendido *“(...) os interesses da defesa sanitária, da assistência e prevenção médico-sociais, na Capital da República e nos Estados, e, ainda, a execução em todo o território nacional das medidas destinadas ao combate às grandes endemias.”*²⁰⁹ O novo departamento, teria em sua estrutura duas secções técnicas gerais, denominadas respectivamente de Saúde Pública e de Assistência Médico-Social. Segundo o decreto, seriam aproveitados na Diretoria Nacional, como assistentes das secções técnicas gerais, os atuais inspetores de serviços do antigo DNSP, cujas Inspetorias não forem mantidas ou foram transformadas na atual reorganização administrativa.²¹⁰ Os serviços de profilaxia da lepra ficaram a cargo de duas diferentes diretorias: no Distrito Federal seriam executados pela Diretoria da Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República, através da Inspetoria dos Centros de Saúde; nos

²⁰⁷ FONSECA, 2005, p. 126.

²⁰⁸ Decreto nº 24.438, de 21 de junho de 1934. Dispõe sobre a reorganização, sem aumento de despesa, da Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública e das repartições dependentes e dá outras providências. Coleção de Leis dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 647-9, 1935. (Art. 2º). Sobre a reforma do MESP ao final do governo provisório ver também WARLICH, 1983, p. 22-3.

²⁰⁹ Decreto nº 24.814, de 14 de julho de 1934. Estabelece, na conformidade do decreto nº 24.438, de 21 de junho último, o plano geral de organização dos serviços de saúde pública e assistência médico social, e dá outras providências, sem aumento de despesa. Coleção de Leis dos Estados Unidos do Brasil, v. 4, p. 1401, 1935. (Art. 2º, § 1º)

²¹⁰ Id., ib., (Art. 6º, § 3º)

estados, pela Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados, responsável pelos serviços de profilaxia das grandes endemias rurais, especificadamente o paludismo (malária) e a ancilostomose.²¹¹ Conforme dispunha o decreto, a esta diretoria competia a:

“(...) direção e a execução de todas as providências de natureza preventiva ou de assistência, tendentes a restringir nos Estados a difusão e o contágio da lepra e a proporcionar condições favoráveis ao isolamento dos leprosos atendidas as indicações primordiais da defesa coletiva contra essa doença.”²¹²

Com o fim da Inspetoria, partir de 1935 novos referenciais seriam mobilizados para o combate à lepra. As orientações que nortearam a sua profilaxia até 1930 seriam substituídas por uma campanha pautada na construção de uma ampla rede asilar, decorrência da ascensão do isolamento nosocomial como principal arma no controle da doença. Sem dúvida, a desorganização da Inspetoria entre 1930-34 parece ter contribuído de forma relevante para a compreensão de que pouco ou nada havia sido feito em relação à lepra até a gestão de Gustavo Capanema no MESP, favorecendo que se estabelecesse a profilaxia em outras bases. A avaliação da ausência de política federal para a lepra reforçaria a necessidade de ações mais rigorosas, de um isolamento mais coercitivo do que fora até então realizado no Distrito Federal e nos estados.

Vimos que os embates entre as diferentes posições que os leprólogos assumiram no decorrer da construção da lepra como um problema sanitário nacional seriam acrescidas de

²¹¹ Id., ib., loc. cit. (Arts. 8º e 9º). O Rio de Janeiro ficou dividido em 12 distritos sanitários, cada qual com um centro de saúde, a saber: CS 1 (Gávea, Copacabana e Lagoa), CS 2 (Glória e Santa Tereza), CS 3 (Santo Antônio, Sant’Ana e Espírito Santo), CS 4 (Gamboa, Santa Rita, Candelária, Sacramento e São José), CS 5 (São Cristóvão, Engenho Velho), CS 6 (Andaraí, Tijuca), CS 7 (Engenho Novo, Méier), CS 8 (Inhaúma), CS (Jacarepaguá e antigo Irajá Sul), CS 10 (o resto de Irajá e Ilhas), CS 11 (Madureira e parte de Realengo, com sub-centros em Anchieta), CS 12 (o resto de Realengo, Campo Grande e Santa Cruz, com sub-centros em Campo Grande e Santa Cruz). Estes centros que apresentava os seguintes serviços: administração, pré-natal, higiene da criança, doenças contagiosas, tuberculose, doenças venéreas, lepra, saneamento e polícia sanitária, higiene da alimentação, higiene do trabalho, exames de saúde, laboratório e serviço de enfermeiras. Cf. *Arquivos de Higiene*. Os centros de Saúde no Rio de Janeiro, 1936:6(2), p. 155-60; idem 83-89.

²¹² Id., ib., loc. cit. (Art. 9º, b)

uma outra cisão a partir de 1920, entre os médicos que assumiram postos na burocracia estatal e aqueles que se mantiveram apenas na militância clínica e sanitária. Na mesma proporção em que a lepra ganhara visibilidade e fora tornada objeto de políticas públicas executadas pelo Estado, aumentaria também o fosso que separaria estes dois grupos e, conseqüentemente, a tensão sobre questões como o censo dos leprosos, a utilização de medicamentos como base da profilaxia da lepra, a função dos dispensários e do isolamento nosocomial.

Ao final da década de 1920 as discordâncias das orientações profiláticas da Inspetoria seriam acrescidas de críticas à sua incapacidade de dar conta do programa de construção de leprosários nas áreas de maior freqüência da lepra, o que acabaria por elevar o tom dos debates em torno destas questões. A experiência paulista no combate à lepra, especialmente a partir de 1927, quando se estabeleceria sob pressupostos distintos da política executada pelo órgão federal, seria um elemento aglutinador para os críticos da Inspetoria, constituindo-se num paradigma nacional bem sucedido de organização sanitária e isolamento compulsório de leprosos. O fato de tal experiência ter se realizado à revelia das orientações federais seria mais um fator a ser considerado como demonstração do fracasso da ação de centralização e orientação técnica que o órgão federal deveria exercer nos estados. A maior visibilidade da doença seria também acompanhada pela reivindicação de medidas mais rigorosas para conter a endemia, cujo crescimento parecia estar além dos recursos técnicos e financeiros de que dispunha a Inspetoria.

A partir de 1930, as dificuldades financeiras levaram a uma redução das atividades sanitárias à cargo da União nos estados. A posse de Belisário Penna no DNSP marcou a desmobilização das atividades de profilaxia da lepra nos estados, conseqüência da suspensão dos convênios celebrados para o saneamento rural. A partir daí houve uma desestruturação dos serviços da Inspetoria, que se mantiveram precariamente no Distrito Federal e nos estados que assumiram de forma independente tais encargos, que somente seriam retomados pela União a partir de 1935, sob novos pressupostos. Em 1932, sob a gestão de Washington Pires no MESP, teve início uma mudança da estrutura administrativa que procurava conferir uma nova

orientação aos trabalhos do novo ministério, visando uma maior centralização e abrangência da atuação do governo federal no campo da saúde pública. Esta reforma administrativa, ainda que procurasse transformar os serviços de saúde do executivo federal num instrumento da expansão da autoridade pública sobre o território nacional, seria também o reflexo de um período de transição política do país. Conviveriam em seu texto dois modelos distintos de ação, um mais centralizador e intervencionista e aquele que vigorara até então, que respeitava a autonomia dos poderes locais na implementação de políticas públicas de saúde. A reforma de 1934 foi o primeiro passo para o processo de consolidação de uma política nacional de saúde, que ocorreria durante a gestão de Gustavo Capanema, que procurava fortalecer o elo entre a União e os estados, assegurando a presença do poder público no interior do país.²¹³

Portanto, seria somente na gestão de Gustavo Capanema que um plano de combate à lepra de âmbito nacional seria elaborado, pretendendo ser “*a solução definitiva para tão grave problema*”. Procurava-se obter a uniformidade e continuidade da ação, já que a campanha deveria abranger todo o território nacional e só poderia ser levada a “*bom termo após ininterrupto esforço de vários anos.*”²¹⁴ Ainda que nenhum estado brasileiro tenha isolado tanto e de forma tão coercitiva quanto São Paulo, tal empreendimento seria observado em todos os estados brasileiro, fruto da mudança de orientação profilática que passaria a conduzir a execução das medidas de combate à lepra pelo governo federal. O plano nacional de combate à doença obedeceria a quatro princípios básicos: construção pela União de leprosários suficientes, preferencialmente do tipo asilo-colônia; ampliação e melhoramento dos leprosários já existentes; hospitalização dos doentes de formas contagiantes, dos mendigos e indigentes, mesmo apresentando formas fechadas, por motivo profilático ou assistencial, o que representaria 65% dos doentes a internar; obrigação dos estados assumirem a instalação de dispensários, cessão de terreno para construção e instalação de leprosários, manutenção de

²¹³ Id., ib., p. 177.

²¹⁴ BARRETO, João de Barros. A 3ª Conferência Pan-americana de Diretores Nacionais de Saúde. *Arquivos de Higiene*, 1936:6(2), p. 173.

metade das despesas com doentes isolados, adoção da legislação federal sobre profilaxia da lepra e subordinação técnica ao serviço federal. Os preventórios para o isolamento de filhos sadios de doentes de lepra, instalados a partir de 1931, seriam quase todos construídos e mantidos pela iniciativa privada, administrados pelas sociedades de assistência aos leprosos, com o auxílio de verbas do governo federal.²¹⁵

O profícuo debate que se travou, ao longo da década de 1920, sobre a profilaxia da lepra e os melhores meios de combater a doença no país, as medidas planejadas e executadas pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra, o caráter inovador e contemporâneo que tiveram os regulamentos sanitários de 1920 e 1923 seriam ofuscados pela total desarticulação do órgão em 1930. Na verdade, ao longo da trajetória da lepra, a questão do isolamento esteve desde sempre colocada como um significativo meio profilático, ganhando maior ou menor relevância em consonância ao debate em torno de sua etiologia e transmissibilidade. Durante as três décadas do século XX, quando de fato a doença se torna objeto de políticas públicas no Brasil, as disputas entre grupos que defendiam diferentes hipóteses sobre a transmissibilidade da doença foram suplantadas pelo debate sobre as ações a serem executadas na luta contra a lepra no país. Na medida em que questões como a etiologia e os mecanismos de transmissibilidade da doença se tornaram um campo mais restrito aos pesquisadores em laboratórios especializados, que a doença ganhava maior visibilidade e tornava-se uma ameaça sanitária, houve um deslocamento do foco da discussão para sua profilaxia e sua necessária conversão em objeto dos serviços sanitários do Estado.

Vários foram os elementos que compuseram as estratégias discursivas que incorporariam a lepra à estrutura da administração sanitária, a frequência e a disseminação da doença se constituíram no foco dos debates na década de 1910, até que o estabelecimento de ações profiláticas se definisse como uma das prioridades da política de saúde federal. Doravante seria em torno das medidas mais adequadas para o seu combate que se daria o

²¹⁵ Cf. SERVIÇO NACIONAL DA LEPROSA, 1960, p. 18-9.

embate entre leprólogos, o isolamento compulsório dos doentes como base de sua profilaxia instituiu-se como o ponto de maior cisão entre estes especialistas. Na década de 1920 se experimentaria um modelo profilático baseado em prescrições liberais, pautadas na curabilidade e baixa contagiosidade da lepra, mas novos elementos contribuiriam para que a doença fosse emoldurada sob novos pressupostos, mais rigorosos e coercitivos. O mesmo aparato legal que conduziu a atuação da Inspetoria na década de 1920 orientaria a profilaxia da doença na década de 1930, o que mudou foram os condutores da política federal de combate à lepra e, conseqüentemente, a disposição em tornar o isolamento nosocomial do leproso em asilos-colônias a base da profilaxia da doença no Brasil.

CONCLUSÃO

A conclusão de um trabalho é sempre o momento em que fazemos o balanço dos objetivos inicialmente traçados, aqueles alcançados e, mais especialmente, onde fazemos uma avaliação das opções que se apresentaram ao longo de seu desenvolvimento e suas conseqüências. Assim, ao retornar às questões que nortearam este estudo e os caminhos por onde orientamos nossa investigação devemos resgatar nossa proposta inicial que foi a estruturação do conceito de lepra no meio médico brasileiro, as diferentes medidas de intervenções apresentadas para o controle da doença e a montagem de um aparato burocrático exclusivo com este fim, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Definimos como marcos cronológicos de nossa análise os anos de 1894, quando se estabeleceu o Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, e 1934, quando foi extinta a Inspetoria de Profilaxia da Lepra. Em torno destas balizas constituíram-se perspectivas distintas e indissociáveis de análise que conduziram o processo de instituição da lepra como um fenômeno patológico singular, seu estabelecimento como uma ameaça sanitária e as respostas institucionais que o Estado brasileiro formulou para torná-la objeto de suas políticas públicas. A análise dos elementos que foram utilizados e os esforços realizados para tal empreendimento obedeceu do princípio que estas variáveis eram a feição externa de um mesmo processo.

A definição da lepra como nosso objeto partiu da perspectiva de que a doença constituía-se uma possibilidade ímpar de análise, sua instituição como uma entidade clinicamente distinguível estabeleceu-lhe um lugar na agenda científica do final do século XIX, da mesma forma que lhe conferiu novos conteúdos. O que procuramos identificar foram os fatores que contribuíram para a renovação dos estudos científicos sobre a doença neste período, processo que foi integrado também pela relevância que adquiriu no cenário sanitário

internacional, o que seria fundamental para demarcar-lhe um lugar e significado na sociedade. Estes pressupostos levaram-nos a iniciar nossa análise pela tentativa de circunscrever a lepra ao final do século XIX, cujo significado estava fortemente comprometido pelo debate em torno de sua etiologia. Foi necessário que resgatássemos os sistemas de compreensão da doença que foram abalados pelos novos paradigmas científicos e as novas hipóteses sobre sua etiologia, especialmente após as pesquisas que vinham desenvolvendo-se na Noruega desde a década de 1840. O exame do cenário científico em que se desenrolou o processo de ressurgimento da lepra foi fundamental para que compreendêssemos o novo formato que a doença adquirira, o que daria um outro impacto à descoberta do bacilo *leprae*. O que procurávamos perceber eram as muitas dimensões que envolveram a instituição da lepra como um problema sanitário internacional, perspectiva que não pode ser dissociada das questões cognitivas e do forte apelo social que uma doença tão estigmatizante produziria. Procurei destacar ainda que a luta contra a lepra obedeceria também a determinantes locais, produzindo diferentes modelos sanitários, como o norueguês e o havaiano, pautados em vivências histórico-sociais distintas. Além disto, foi fundamental que ao lado destes modelos singulares de combate à lepra analisássemos a importância da 1ª Conferência Internacional de Lepra, ocorrida em Berlim, em 1897, ápice de um processo que reconstruiu conceitualmente a doença e estabeleceu o isolamento compulsório como o ideal profilático.

A partir deste quadro procuramos entender a singularidade da experiência brasileira com a lepra, onde a produção do conhecimento médico e sua inclusão como alvo de atenção das políticas de saúde foram elementos compreendidos como resultado da negociação entre os condicionantes históricos internacionais e os locais. Ressaltamos em nossa análise como, já na primeira metade do século XIX, a medicina brasileira empreenderia esforços para estabelecer uma unidade conceitual para a doença. Este fato deveu-se à hipótese de que encontraríamos no Brasil um modelo cognitivo que dialogava com a produção científica internacional, mas apresentaria contornos peculiares que relacionaria à causa da doença as especificidades nacionais. Procuramos destacar os empreendimentos realizados pelos médicos do período em

estabelecer a distinção clínica da lepra que, mobilizando diferentes elementos, acabariam por produzir um conhecimento científico absolutamente particular sobre sua etiologia no país. Priorizamos ainda em nosso estudo como a formulação de tal conhecimento seria acompanhada pela preocupação em buscar tratamentos mais eficazes para a lepra, o que nos levou a acompanhar as mudanças significativas na condução da terapêutica e das pesquisas sobre a lepra nas décadas finais do século XIX.

Esta perspectiva de análise orientou nossa observação para o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, instituição que era o mais importante centro de tratamento e de investigações sobre a doença no Brasil. O Hospital dos Lázaros nos forneceu a chance, não só de acompanhar as transformações no tratamento da doença, mas também de verificar como a descoberta do bacilo seria incorporada ao universo clínico da doença. O estabelecimento de um laboratório bacteriológico, em 1894, nos deu a oportunidade de perceber como a pesquisa nacional sobre a lepra esteve em consonância com os novos referenciais científicos da medicina. Observamos que o Laboratório Bacteriológico acompanharia as exigências em torno de uma maior especialização profissional, o que acabaria por tentar circunscrever a exclusividade médica na condução do processo terapêutico da lepra. Assim, pudemos perceber os diversos elementos que comporiam os debates travados em torno da curabilidade e da eficácia dos diferentes métodos de tratamento adotados para a lepra no final do século XIX. O que demarcava o processo de consolidação da medicina experimental e do laboratório como seu pólo dinâmico e precursor, permitindo-nos perceber a paulatina mudança em torno dos padrões cognitivos, das práticas médicas e do que conferia autoridade científica sobre a lepra no período.

Neste estudo procuramos destacar a importância que a doença adquiriu ao final do século XIX, o que levou-nos a tentar reconhecer os diversos elementos que compuseram este quadro, desde sua definição como uma entidade clínica ao estabelecimento de diferentes modelos profiláticos. Partimos da análise de uma experiência internacional com a lepra e da estruturação do temor que os focos da doença no mundo colonial dessem início a uma

pandemia, para compreendermos a especificidade que os estudos sobre a doença adquiriram no Brasil. Elegemos como um dos pontos de nosso estudo a construção do consenso médico da natureza bacteriana da lepra e, conseqüentemente, a substituição da complexa explicação multicausal da doença pela causa única, segundo o paradigma pastoriano. Tal possibilidade analítica permitiu-nos perceber que não houve uma ruptura com a hipótese hereditária na patogenia da lepra, mas seu deslizamento da etiologia para condição de elemento predisponente ao contágio. A compreensão destes fatores foi essencial para que circunscrevêssemos o novo campo de embates sobre a doença: a sua transmissibilidade. Foi em torno do problema da transmissibilidade que se estruturariam as propostas profiláticas para a lepra, esta percepção permitiu-nos resgatar a historicidade do debate sobre o isolamento no Brasil, desnaturalizando a questão da sua adoção como base das políticas públicas que seriam seguidas para a luta contra a doença no Brasil. Nossa proposta era dimensionar o movediço terreno que se constituía o isolamento e focar as nuances que integravam o debate em torno da segregação dos leprosos, que esteve longe de se constituir na única alternativa profilática apresentada neste período.

Por outro lado, a construção do consenso sobre a natureza bacilar e contagiosa da lepra foi peça essencial para que se produzisse um discurso onde a doença seria instituída como uma terrível ameaça ao futuro da nação brasileira. Esta retórica fez parte dos recursos que seriam mobilizados para reforçar o perigo que a lepra constituía e reivindicar que sua profilaxia fosse convertida em política pública dirigida pelo Estado. Procuramos conciliar os diferentes elementos que integraram esta negociação entre medicina, sociedade e Estado para a determinação de princípios profiláticos que orientariam o controle da lepra no país. Nesse ponto, seria capital tentar entender qual o lugar que a doença ocuparia entre as endemias nacionais, tornadas bandeira de luta do movimento sanitarista. Para responder a esta questão procuramos relacionar a especificidade da luta pela profilaxia da lepra no Brasil ao importante papel que a saúde pública assumiria nas duas primeiras décadas do século XX. A dimensão e o significado da lepra na sociedade brasileira foi o resultado de enormes investimentos –

científicos, políticos e simbólicos – que buscavam garantir seu lugar como um problema sanitário, em contraposição a outras doenças que assolavam a população brasileira neste período. Acompanhar a estruturação da lepra como um *'flagelo nacional'* permitiu-nos perceber que os leprólogos partilharam de um mesmo campo discursivo que se cindiria, parte integrante do processo em que a doença ganhava maior relevância e atenção do Estado.

Se as endemias rurais foram transformadas numa questão política relevante e seu combate seria assumido como uma das principais demandas da intelectualidade brasileira, por que a lepra não fora priorizada como objeto de atenção do Estado ao longo da década de 1910? Nossa hipótese era de que o esforço por dimensionar a ameaça que a lepra significava ao quadro sanitário nacional contribuiu para torná-la uma doença considerada distinta das demais endemias brasileira, reforçando o argumento de que sua profilaxia exigia medidas igualmente particulares. Pudemos perceber que, apesar de haver reconhecimento da gravidade e da crescente disseminação da lepra, sua relevância sanitária não ganhara ainda contornos precisos, a lepra não só tinha pouca visibilidade, como se mantinha ainda aprisionada pela complexidade de sua transmissão e pela baixa eficácia de sua terapêutica. No entanto, este cenário seria alterado em 1920, quando foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Foi justamente para tentar compreender esta questão que procuramos identificar que elementos foram utilizados para dar concretude ao problema da lepra, contribuindo para criação de uma estrutura administrativa exclusiva para conduzir a profilaxia da lepra e as doenças venéreas no Brasil. A resposta desta questão deveria levar em conta o esforço empreendido pelos leprólogos para representar numericamente e geograficamente a extensão do perigo que a lepra representava à saúde pública brasileira, expressa nos censos parciais e na nas tentativas de precisar sua frequência e distribuição no país.

Se a lepra não fora estabelecida como uma prioridade sanitária na década de 1910, ficando a execução de seu combate sob a responsabilidade dos governos estaduais em parceria com as entidades filantrópicas, em 1920 a Inspetoria de Profilaxia da Lepra teria a seu cargo a

centralização e a condução, administrativa e técnica, da campanha contra a lepra em todo o país, sublinhando o momento em que a doença tornou-se uma questão sanitária nacional. Procuramos destacar que a criação desta Inspetoria nos indicava também a mudança e a ampliação dos objetos de atenção do Estado, que incorporaria ainda em seus serviços sanitários, além da lepra, outras doenças como, por exemplo, as venéreas e a tuberculose. Nosso esforço foi demonstrar que a montagem desta estrutura administrativa deve compreendida como resultado da trajetória histórica da doença e, ao mesmo tempo, como produto também de uma conjuntura política mais ampla que reivindicara da União uma maior centralização e intervenção nas questões sanitárias nos estados. Em nossa análise procuramos destacar que a eficácia do combate à lepra seria entendida pelos leprólogos como decorrente não apenas da construção de leprosarias, mas essencialmente da adoção de medidas harmônicas entre os diferentes governos estaduais. Logo, a questão da lepra não se dissociava do que seria observado na compreensão das causas dos problemas de saúde pública enfrentados no país, onde a condição para superação da disseminação da doença estaria no seu enfrentamento coletivo pelos governos estaduais e o federal.

Porém, observamos que a inclusão do combate à lepra dentre os objetivos do governo federal acabaria por marcar também a instituição de mais um campo de disputas entre os leprólogos, colocando em questão o modelo de profilaxia da lepra que seria adotado pelo Estado. O aspecto que buscamos frisar nesta análise é que a política empreendida pelo governo federal durante a década de 1920 não foi apenas o resultado das dificuldades orçamentárias da Inspetoria, esta seria uma perspectiva bastante reducionista da ação do órgão. O que defendemos em nosso trabalho foi que a atuação da Inspetoria na profilaxia da lepra foi, acima de tudo, decorrência de uma escolha política que orientaria a campanha contra a doença para prescrições mais liberais, onde o isolamento nosocomial do leproso não se constituía a base de suas determinações. Sob este argumento é que procuramos entender as alternativas profiláticas que estavam colocadas aos condutores da política contra a lepra e os princípios científicos que apoiavam tais escolhas, dispostos no regulamento sanitário de 1920 e

executados pela Inspetoria até 1930. Os princípios profiláticos que orientaram a atuação da Inspetoria consideravam o isolamento nosocomial uma sanção aos leprosos que infringissem as determinações do isolamento domiciliar, a defesa da baixa contagiosidade da lepra esvaziava a adoção de qualquer medida de segregação repressiva, a crença em sua cura e no papel determinante desempenhado pelo óleo de chaumoolgra reforçaria esta perspectiva sanitária.

A partir da conjuntura em que houve uma maior centralização dos serviços sanitários pelo governo federal, processo que foi acompanhada também pelo alargamento de sua área de atuação, dentro do formato legal permitido no período, é que podemos compreender também o pioneirismo de São Paulo na condução da profilaxia da lepra. O caso de São Paulo torna-se um elemento importante para entendermos os fatores que contribuiriam para a derrocada do modelo profilático que fora estabelecido com a reforma sanitária federal, em 1920. Procuramos desenvolver o argumento de que a extinção da Inspetoria se daria a partir de dois referenciais: o primeiro é de que o órgão falhara na execução de medidas sob os princípios liberais, percepção sustentada pela crítica às suas prescrições profiláticas que não priorizaram a construção de leprosários para o isolamento dos doentes; o segundo seria o discurso da eficiência da administração sanitária paulista na condução do combate à lepra, especialmente a partir de 1927, quando o isolamento compulsório em asilos-colônias se constituiria o foco de sua ação. Esta questão se agudizaria na década de 1930, quando a conjuntura política favoreceu a desorganização dos serviços executados pela Inspetoria, produzindo um vácuo na política sanitária federal para lepra. Logo, ao mesmo tempo em que verificamos a paralisação ou a diminuição das atividades de profilaxia da lepra nos estados, em São Paulo a reorientação de sua política e a construção de asilos-colônias regionais, com um alto investimento no isolamento compulsório de doentes, aumentava a percepção de que a Inspetoria federal fracassara e que a solução do problema da lepra no país estava no modelo profilático paulista. A hipótese que desenvolvemos é a de que estes foram elementos determinantes para a compreensão da extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e a

formulação de novas orientações profiláticas para a condução de política nacional de combate à doença. Doravante a campanha contra a lepra se faria sob novas bases, novos referenciais seriam empregados, pautados num isolamento mais coercitivo e na construção de uma ampla rede asilar no país.

Ao longo de nosso trabalho pretendemos colocar em questão como se deu a montagem de uma política de combate à lepra no Brasil e que fatores contribuíram para tal estruturação. Algumas preocupações orientaram toda a elaboração deste estudo, especialmente por pretendermos refletir sobre certa naturalização que assume a questão do isolamento no caso da lepra, o que acaba por reforçar uma impressão de continuidade nas propostas formuladas para seu controle em diferentes épocas. Consideramos que é de absoluta importância perceber que o isolamento do leproso foi conformado, ao longo da história da doença, por teorias e categorias médicas distintas, da mesma forma que sua função assumiu aspectos e conteúdos diferenciados. Sob esta perspectiva é que consideramos relevante evidenciar como se estabeleceu no Brasil um pólo dinâmico de pesquisas sobre a lepra, o que demonstrava a importância sanitária que a doença paulatinamente assumia no país. As pesquisas bacteriológicas e terapêuticas formataram um campo de estudos onde a lepra se instituiu como um objeto de estudos que mobilizaria profissionais que lutaram pelo seu reconhecimento como uma importante questão sanitária e, conseqüentemente, como alvo de atenção do Estado. Somente a compreensão dos muitos elementos que compuseram a trajetória da lepra, que conferiu diferentes conteúdos à doença ao longo do período estudado, poderia nos auxiliar na análise da composição de uma estrutura administrativa para conduzir a luta contra à doença no Brasil.

Para entendermos que o isolamento do leproso assumiu diferentes significados no discurso médico, foi fundamental também perceber que o combate à lepra foi o resultado de opções profiláticas, que se tornaram o centro de um profundo debate que se deu ao longo das duas primeiras décadas do século XX. A atuação da Inspeção de Profilaxia da Lepra foi produto destas escolhas, as medidas executadas pelo órgão foram a expressão das posições

defendidas por nomes como Eduardo Rabelo e Silva Araújo, e das prescrições profiláticas que conduziram a campanha contra a doença até a década de 1930. A experiência nacional com a lepra até esta data foi moldada levando em conta a defesa da cura e da baixa contagiosidade da doença, além do questionamento da eficácia da segregação dos leprosos e os enormes custos financeiros e sociais de sua manutenção. Mas, apesar disto, é sob o mesmo princípio de que a compreensão sobre a formulação de políticas públicas para o controle de uma doença envolve diferentes níveis de análise, cujas escolhas e determinações são o resultado de muitos condicionantes históricos, é que podemos compreender as novas orientações para a profilaxia da lepra no Brasil que se estabeleceram após 1934, quando a Inspetoria de Profilaxia da lepra foi extinta, dando lugar a montagem de um novo modelo de atuação do Estado brasileiro no combate à doença.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

Arquivos

Arquivo Pessoal Belisário Penna, Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz)

Arquivo Pessoal Heráclides de Souza-Araújo, Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz)

Arquivo Gustavo Capanema, Centro de Pesquisa e Documentação Histórica (CPDOC/FGV)

Anais de Congressos e Conferências

Boletim do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

2º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia. Montevideu: Imprenta El Siglo Ilustrado, 1922.

3ª Conférence Internationale de la Lèpre. Communications et débats. Paris: Librairie J. –B. Baillière et fils, 1924.

Anais da 4ª Conferência Sul-americana de Higiene, Microbiologia e Patologia. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1932.

Primeira Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázarus. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

Periódicos

Anais Brasileiro de Dermatologia e Sifilografia

Anais da Academia de Medicina do Rio de Janeiro

Arquivos de Higiene

Arquivos Mineiros de Leprologia,

Boletim da Academia Nacional de Medicina

Brasil-Médico

Relatórios apresentados à Irmandade do S. S. da Freguesia de Nossa Senhora da Candelária

Legislação

Decreto nº 5.156, de 08 de março de 1904. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 205-301, 1907.

Decreto nº 13.000, de 1º de maio de 1918. Cria o serviço de quinina oficial, profilático da malária, inicial ao dos medicamentos do Estado, necessários ao do saneamento do Brasil. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 533-4, 1919.

Decreto nº 13.001, de 1 de maio de 1918. Dispõe sobre a organização das comissões de médicos e auxiliares para o serviço de profilaxia rural. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 535-6, 1919.

Decreto nº 13.055, de 6 de junho 1918. Adita providências aos decretos ns. 13.000 e 13.001, de 1º de maio de 1918. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 597, 1919.

Decreto nº 13.139, de 16 de agosto de 1918. Modifica e amplia os decretos ns. 13.001 e 13.055, de 1º de maio e 6 de junho de 1918, relativo aos serviços de profilaxia rural no Distrito Federal e nos estado. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 43-4, 1919.

Decreto nº 13.538, de 9 de abril de 1919. Reorganiza o serviço de profilaxia rural. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 393-7, 1920.

Decreto nº 3.987, de 20 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 1-6, 1921.

Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 244-493, 1921.

Lei nº 4.440, de 31 de dezembro de 1921. Orça a receita geral da República dos Estados Unidos do Brasil para 1922. BRASIL. Coleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 372, 1922.

Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 16-7, 1930.

Decreto nº 19.444, de 1º de dezembro de 1930. Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública, e dá outras providências. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 2, p. 53-5, 1930.

Decreto nº 19.560, de 5 de janeiro de 1931. Aprova o regulamento que organiza a Secretaria de Estado do Ministério da Educação e Saúde Pública. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 1, p. 3, 1931.

Decreto nº 20.563, de 26 de outubro de 1931. Modifica o Departamento Nacional de Assistência Pública, passando os respectivos serviços a constituir uma diretoria do Departamento Nacional de Saúde Pública. BRASIL. Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 330-2, 1931.

Decreto nº 24.438. de 21 de junho de 1934. Dispõe sobre a reorganização, sem aumento de despesa, da Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública e das repartições dependentes e

dá outras providências. BRASIL. Coleção de Leis dos Estados Unidos do Brasil, v. 3, p. 647, 1935.

Decreto nº 24.814, de 14 de julho de 1934. Estabelece, na conformidade do decreto nº 24.438, de 21 de junho ultimo, o plano geral de organização dos serviços de saúde pública e assistência médico social, e dá outras providências, sem aumento de despesa. BRASIL. Coleção de Leis dos Estados Unidos do Brasil, v. 4, p. 1401-9, 1935.

Fontes

ARAÚJO, Marcelo Grossi. 1925 – 2005. Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase. *An Bras Dermatol*, 80(2):199-202, 2005.

ARAÚJO, Oscar da Silva. *A profilaxia da lepra e das doenças venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Oficina Gráfica da Inspetoria de Dermografia Sanitária, 1927.

_____. Inspetoria de Profilaxia da lepra e Doenças Venéreas. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 1, p. 1928: 2 (1) 208.

AUTRAN, Henrique. Contagiosidade da lepra. *Anais da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 68, p. 43-55, 1903.

BARBOSA, Plácido; REZENDE, Cássio Barbosa de. *Os serviços de Saúde Pública no Brasil*. Especialmente na cidade do Rio de Janeiro de 1808 a 1907. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

Barreto, João de Barros. Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde: IX.- Serviço Nacional de Lepra - B.- Despesas do Governo Federal com a Rede Nacional de Leprosários: Goiás – Colônia Santa Marta. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, ano 13, n. 1, p. 222, 1943.

_____. Problemas Nacionais, I – Lepra. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, ano 5, n. 1, p. 119-30, 1935.

_____. Organização moderna da luta contra a lepra: campanha no Brasil. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, ano 8, n. 2, p. 245-61, 1938.

_____. A organização da saúde pública no Brasil. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, ano 12, n. 2, p. 169-215, 1942.

_____. Os centros de Saúde no Rio de Janeiro. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, p. 83-160, 1936.

BARRETO, João de Barros; FONTENELLE, J. P. O sistema dos centros de saúde no Rio de Janeiro. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, ano 5, n. 1, p. 83-115, 1935.

BARTHÉLEMY, T. Relations entre la scrofule et la tuberculose. Section de Dermatologie et syphiligraphie du Huitième Congrès International des Science Médicales de Copenhague (10-16 août 1884). *Annales de Dermatologie et de Syphilographie*. Paris: G. Masson, 1884. Tomo V, p. 625-32.

BECHELLI, Luis Marino. Advances in leprosy control in the last 100 years. *International Journal of Leprosy*, 41(3), p. 285-297, 1973.

_____. *Compêndio de leprologia*. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Lepra, 1951.

BECHELLI, L. M., ROTBERG, A. *Compêndio de leprologia*. São Paulo: Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais Ltda, 1951.

BECHELLI, L. M; ROTBERG, A; MAURANO, F. *Tratado de Leprologia*. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra; 1944.

BECKER, Johann; PAZTMANN, Löre; GROSS, Talita. Correspondência de Adolpho Lutz: cartas selecionadas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10, no.1, p.313-361, Jan./Abr. 2003.

BESNIER, Ernest. Role Etiologique. *Mittheilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-conferenz zu Berlin*. Berlim: Verlag von August Hirschwald, 1897. v 2, p. 325-55.

BIBLIOGRAFIA. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, ano 15, n. 7, p. 59-61, 1/02/1919.

BRASIL. SERVIÇO NACIONAL DE LEPROLOGIA. *Manual de Leprologia*. Rio de Janeiro: SNL, 1960.

BROCQ, L. La discussion sur la contagiosité de la lèpre a l'Academie de Médecine. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Paris: G. Masson,1888. Tomo IX, p. 536-655.

CHAGAS, Carlos. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro, realizada na Biblioteca Nacional em 4 de fevereiro de 1921. *Jornal do Comércio*. Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 1921. Disponível em <http://www4.prossiga.br/chagas/prodint/index-sub.html> /Acesso 28 de março 2007/

COLÔNIA SANTA MARTA. *Bol. Serv. Nac. Lepra*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 2, p. 89, 1943.

COMENTÁRIOS. Departamento Nacional de Saúde Pública? *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 45, n. 6, p. 137-8, 7/02/1931.

COMENTÁRIOS. Nos domínios da administração sanitária. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 45, n. 8, p.280-1, 21/02/1931.

COMENTÁRIOS. Saúde Pública. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 46, n. 37, p. 801, 10/09/1932.

CRUZ, Oswaldo Gonçalves. *Relatório apresentado ao Exmo. Snr Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Disponível em <http://www2.prossiga.br/ocruz/> Acesso 12 outubro 2006/

EDITORIAL. A falência do Departamento. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 37, v. 1, p. 105, 24/02/1923.

EDITORIAL. O bom sentido da segregação dos leprosos. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 39, p. 20, 10/01/1925.

EDITORIAL. O novo regulamento sanitário. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 34, n. 2, 19 de junho de 1920, p. 395.

EDITORIAL. Profilaxia da lepra. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 34, n. 33, 24 de julho de 1920, p. 481

EDITORIAL. Saneamento Rural. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 37, v. 1, p.359-60, 30/06/1923.

GOUVÊA, Hilário de. *A morfêia, extrato dos trabalhos da Conferência Internacional de Berlim, realizada em outubro de 1897*. Salvador: Diário da Bahia, 1898.

IRMANDADE DO S. S. DA CANDELÁRIA. *Relatório apresentado à Irmandade do S. S. da Candelária pelo provedor Antônio Carlos da Silva Braga em 31 de julho de 1892 na posse da mesa administrativa*. Rio de Janeiro: Tipografia Moreira Maximino & C., 1892. 169 p.

IRMANDADE DO S. S. DA CANDELÁRIA. *Relatório apresentado à Irmandade do S. S. da Candelária pelo provedor Antônio Carlos da Silva Braga em 31 de julho de 1894 na posse da mesa administrativa*. Rio de Janeiro: Tipografia Moreira Maximino & C., 1894. 110 p.

IRMANDADE DO S. S. DA CANDELÁRIA. *Relatório apresentado à Irmandade do S. S. da freguesia de Nossa senhora da Candelária pelo provedor Júlio César d'Oliveira em 31 de julho de 1897 na posse da mesa administrativa*. Rio de Janeiro: Tipografia Moreira Maximino Chagas & C., 1897. 164 p.

JEANSELME, Édouard. *La Lèpre*. Avec 259 figures dans le texte et XIV planches et couleurs hors-texte. Paris: G. Doin, 1934. 679 p. illus.

LIMA, José Jerônimo de Azevedo. Estudos sobre a lepra I. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 11, n. 10, p.86-8, 08/03/1897.

_____. Estudos sobre a lepra (continuação). *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 11, n. 12, p.101-3, 22/03/1897.

_____. Estudos sobre a lepra II. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 11, n. 13, p.110-13, 01/04/1897.

LIMA, Lauro de Souza. *Estado atual da terapêutica da lepra*. Ministério da Educação e Saúde: São Paulo, 1953.

MATTA, Alfredo Augusto da. A profilaxia da lepra. 4º Congresso Sul-Americano de Higiene, microbiologia e patologia. *Anais da Academia Nacional de Medicina*. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1932. p. 393-406.

PIRES, Ferreira. Do emprego das correntes de alta freqüência e grande tensão da lepra anestésica (Carta aberta ao Dr. José Lourenço de Magalhães). *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 16, n. 32, p. 315-9, 22/08/1902.

RABELO, Eduardo. Considerações sobre a profilaxia da lepra em São Paulo. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, v. 45, n. 17, p. 371-6, 25/04/1931.

RABELO, Eduardo. Considerações sobre a profilaxia da lepra em São Paulo. Conferência realizada em 8 de abril de 1931, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. *Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, ano 45, n. 17, 25 de abril de 1931, p. 371.

RABELO, Eduardo; AZEVEDO, S. de Barros. Note sur la statistique de la lèpre au Brésil. 3^a *Conférence Internationale de la Lèpre*. Communications et débats. Paris: Librairie J. –B. Baillièrre et fils, 1924. p. 89-90.

RABELO, Eduardo; VERNET, Isaac. Note sur le traitement de la lèpre. 3^a *Conférence Internationale de la Lèpre*. Paris: Librairie J. –B. Baillièrre et fils, 1924. p. 305-14.

RELATORIO acerca da moléstia reinante em Santos apresentado a Sua Ex. o Sr. Ministro da Justiça e Negócios Exteriores In OSWALDO, Gonçalves Cruz: *Opera omnia*. [Rio de Janeiro: Impr. Brasileira], 1972. 747p. p.323-349. Disponível em <http://www2.prossiga.br/ocruz/asp/SaidaCat.asp?cod=39&id=port> /Acesso 2 novembro 2006/

RELATORIO sobre as condições médico sanitárias do vale do Amazonas apresentado a Sua Exa o Sr. Dr. Pedro de Toledo - Ministro da Agricultura, Industria e Commercio. In OSWALDO Gonçalves Cruz. *Opera omnia*. [Rio de Janeiro: Impr. Brasileira], 1972. 747 p. Disponível em http://www2.prossiga.br/Ocruz/textocompleto/relatorio_amazonas/OpOm38-1.htm /Acesso em 20 de outubro de 2007/

RIBAS, Emílio. *Etiologia e profilaxia de lepra*. São Paulo: Tipografia dos Anais, 1915.

_____. Profilaxia da lepra. *Anais Paulista de Medicina e Cirurgia*, São Paulo, ano 3, v. 5, n. 5, p. 381-94, 1915.

ROGERS, Leonard; MUIR, Ernest. *Lepra*. Trad Hamilton Palermo. Minas Gerais: Diretoria de Saúde Pública do estado de Minas Gerais, 1937.

SESSÃO da Academia Nacional de Medicina de 15 de julho de 1927. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 98, n° 9, p. 189-21, 1927.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 10 de junho de 1915. *Anais da Academia de Medicina do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, t. 81, p. 137-42, jan./dez. 1915.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 12 de agosto de 1920. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, abr./nov., p. 421-44, 1920.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 15 de setembro de 1921. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, jan./ nov., p. 189-204, 1921.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 16 de julho de 1931. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 102, n. 26, p. 319-32, 1931

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 16 de junho de 1921. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, jan./ nov., p. 205-19, 1921.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 21 de julho de 1927. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, abr./dez., p. 252-87, 1927.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 22 de setembro de 1921. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, jan./ nov., p. 226-42, 1921.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 26 de agosto de 1920. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, abr./nov., p. 459-71, 1920.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 27 de setembro de 1921. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, jan./ nov., 421-32, 1921.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 29 de setembro de 1921. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, jan./ nov., p. 257-60, 1921.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 5 de outubro de 1933. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, jul 1933/jun. 1934, p. 415-22, 1934.

SESSÃO da Academia Nacional do Rio de Janeiro de 9 de agosto de 1928. *Boletim da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, abr./dez., p. 516-31 e 534-40, 1928.

SIGAUD, José Francisco Xavier, *Du climat et des Maladies du Brésil ou Statistique Médicale de cet Empire*. Paris: Chez Fortin, Masson et Cie, Libraries, 1844.

SOUZA ARAÚJO, Heráclides César de. *História da lepra no Brasil, períodos colonial e monárquico (1500-1889)*, v. 1. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1946.

_____. *História da lepra no Brasil: período republicano (1890-1952)*. vol. 3 . Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

_____. A lepra no passado e no presente. Sua profilaxia e terapêutica. *Arquivos Paranaenses de Medicina*, Curitiba, ano 1, n. 7, p. 217-40. 1920.

_____. *Lazarópolis do Prata: a primeira colônia-agrícola de leproso fundada no Brasil*. Belém: Empresa Gráfica Amazônia, 1924.

_____. A lepra, várias tentativas de cura. *Arquivos Paranaenses de Medicina*, Curitiba, ano 2, n. 5 e 6, p. 176- 200, out. 1921.

_____. Uma manhã entre os lázaros. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, Rio de Janeiro, ano 37, 2ª série, n. 4, p. 118-20, 1929.

_____. *A lepra*. Estudos realizados em 40 países (1924-1927). Rio de Janeiro, Typ. do Instituto Oswaldo Cruz, 1929.

_____. Curso de leprologia pelo rádio. . *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, Rio de Janeiro, ano 38, 2ª série, n. 3, p. 89-108, mar. 1930.

_____. A importância da cooperação privada na profilaxia da lepra - resultados já obtidos no Brasil. Lição dada em 9/11/1936, no curso do Centro Internacional de Leprologia. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, ano 45, n. 1, p. 27-32, jul. 1937.

_____. Etiologia da lepra. Causa determinante: o *M. leprae*, sua morfologia e biologia. *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, Rio de Janeiro, ano 46, 2ª série, n. 2, p. 206-13, 1938.

_____. Etiologia da lepra. Ensaio de cultura do *mycobacterium leprae*. *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, Rio de Janeiro, ano 46, 2ª série, n. 3, p. 383-9, 1938.

_____. Etiologia da lepra. Ensaio de inoculação da lepra no homem e nos animais. *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, Rio de Janeiro, ano 46, 2ª série, n. 37-47, 1938.

_____. História do Ensino da Leprologia no Brasil. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 19, n. 2, p. 168-175, abr. 1959.

_____. Bases e estado atual da campanha contra a lepra no Brasil. *Jornal do Comércio*. Rio de Janeiro, 23 de junho de 1940.

_____. SOUZA ARAÚJO. Combate à lepra no Brasil. Balanço de 40 anos de atividades. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 58, n. 17/18, p. 158-75, 22 e 29/04/1944.

_____. Novas contribuições à bacteriologia da lepra. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 106, n. 3, p. 81-8, 26/07/1934.

SOUZA LIMA, Moacir; PATEO JR., José Duarte. O meio doméstico na propagação da lepra. *Anais da 4ª Conferência Sul-americana de Higiene, Microbiologia e Patologia*. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1932, p. 313-27.

TERRA, Fernando. Dermatologia no Brasil. Discurso de abertura do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia, realizado de 13 a 20 de outubro de 1918. *Boletim do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

_____. Notas sobre a lepra. *Boletim do 2º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia*. Montevideu: Imprensa El Siglo Ilustrado, 1922.

_____. Lepra no Rio de Janeiro. Seu aparecimento, frequência e formas. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 23, n. 5, p. 33-6 e 41-4, 1/02/1919.

VALVERDE, Belmiro. Memorial aureado com Menção Honrosa conferida ao autor, Dr. Belmiro Valverde, conforme parecer firmado pelos Dr. Austragésilo, Henrique Duque e Olímpio da Fonseca, em 30 de junho de 1914. *Anais da Academia de Medicina*, Rio de Janeiro, t. 80, p. 23-49, 1914.

VERNET, Isaac. Considerações em torno da profilaxia social da lepra. *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, ano 26, n. 30, p. 61-4, 29/07/1922.

ZAMBACO PACHÁ, Démétrius Al. *La lèpre a travers les siècles et les contrées*. Paris: Masson & Cie Editeurs, 1914.

_____. *La contagion de la lèpre*. Paris: Masson & Cie Editeurs, 1907.

Bibliografia

ACKERKNECHT, Erwin H. *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Paris: Payot, 1986.

_____. Anticontagionism between 1821 and 1848. In *Bulletin of History of Medicine*, (22):562-93, 1948.

ALMEIDA, Marta. Perspectivas sanitárias e representações médicas nos congressos médicos latino-americanos,(1901-1913) In *Horizontes, Bragança Paulista*, v. 21, p. 37-47, 2003.

_____. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*. Bragança Paulista, Editora da Universidade São Francisco, 2003.

_____. Um congresso regional de dimensão nacional: o primeiro congresso médico paulista-1916. In SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 10º. Belo Horizonte: SBHC/UFMG, 17 a 19 out., 2005. CD Rom.

ALMEIDA, Marta; DANTE, Maria Amélia M. Os serviços sanitários de São Paulo, a saúde pública e a Microbiologia In DANTE, Maria Amélia M. (org.). *Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. p 135-55.

BENCHIMOL, Jaime L. (coord.). *Manguinhos do sonho à vida – a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro:COF/Fiocruz, 1990.

BENCHIMOL, Jaime L. *Pereira Passos; um Haussmann tropical*. A renovação urbana do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1990. (Biblioteca Carioca, v. 11).

_____. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.

_____. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.5, n.2, p.265-292, 2000.

_____. Adolpho Lutz: um esboço biográfico. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10, n.1, p.13-83, jan./abr. 2003.

_____. A febre amarela e a instituição da microbiologia no Brasil HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. p. 57-97.

_____. História da medicina e saúde pública: problemas e perspectivas In Andrade, Ana Maria Ribeiro de. *Ciência em perspectiva: estudos, ensaios e debates*. MAST/MCT Rio de Janeiro, 2003. p.107-15. (Estudos da Ciência, 1).

BENCHIMOL, Jaime L.; SÁ, Magali Romero (orgs.). *Hanseníase*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. (Adolpho Lutz Obra Completa, v. 1, Livro 2)

_____. *Dermatologia & Micologia*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. (Adolpho Lutz, Obra Completa, volume I, livro 3)

BÉRIAC, François. *Histoire des lépreux au moyenage, une société d'exclus*. Paris: Imago, 1988.

_____. O medo da lepra In LE GOFF, Jacques. *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar. p. 127-145.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

BRITTO, Nara; LIMA, Nísia Trindade. Saúde e nação: a proposta do saneamento rural. *Estudos de História e Saúde*, Rio de Janeiro, 1991, mimeo.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. *A república do Pica-pau Amarelo: uma leitura de Monteiro Lobato*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1986.

CAMPOS, Nelson Souza. A campanha contra a lepra no estado de São Paulo. Disponível em <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v13n5p480.pdf> /Acesso 2 abril 2007/

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918-1945. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, n. especial, p. 2-60, 1984.

- CANGUILHEM, Georges. O efeito da bacteriologia no fim das teorias médicas do século XIX In *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70, 1977. p. 51-69.
- CAPONI, Sandra. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10, no.1, p.113-149, jan./abr. 2003.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença In ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 33-45.
- CASTORIADIS, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade*. Trad. Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. (Col. Rumos da Cultura Moderna, v. 52).
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O Pensamento Sanitarista Na Primeira República: Uma Ideologia de Construção Nacional. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.
- _____. A Reforma Sanitária pelo alto: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, v.36, n.3, p.361-392, 1993.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina Rodrigues de. *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.
- CASTRO, Elizabeth Amorim de. *O leprosário São Roque e a modernidade: uma abordagem da hanseníase na perspectiva espaço-tempo*. 2005. 135 p. Dissertação (Geografia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.
- _____. O Leprosário São Roque e a modernidade: uma abordagem da hanseníase na relação espaço-tempo. *RA'E GA - O Espaço Geográfico em Análise*, n. 10, p. 9-32, 2005.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia da Letras, 1996.
- COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*.
- CORBIN, Alain. *Saberes e Odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Abrasco, Vozes, 1985.
- CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. 2005. 142 p. Dissertação (História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.
- CURI, Luciano Marcos. “Defender os sãos e consolar os lázaros”: lepra e isolamento no Brasil 1935-1976. 2002. 231 p. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História.
- CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CZERESNIA, Dina; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Militão de. Modelos de inferência causal: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 415-423, out. 1995.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2000.

EDLER, Flávio. A escola tropicalista baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.9, no.2, p.357-385, Mai/Ago, 2002.

_____. *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*. 1999. 251 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1999.

_____. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*. 1992. 245 p. Dissertação (Mestrado) - FFLCH/USP, Departamento de História: São Paulo, 1992.

FARLEY, John. Parasites and the germ theory of disease In ROSENBERG, Charles e GOLDEN, Janet (eds.). *Framing disease: Studies in Cultural History*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1992. p. 33-48.

FERNANDES, Tania Maria. Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10 suppl.2, p.461-474, 2003.

_____. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1999.

FERREIRA, Luís Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. 1996. 176 p. Tese (Doutorado) - FFLCH/USP, Departamento de História, São Paulo, 1996.

_____. Os periódicos médicos e a invenção de uma agenda sanitária para o Brasil (1827-43). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol.6, n.2, p.331-351, Jul./Out. 1999.

FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; EDLER, Flávio Coelho. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os moldes de ensino In DANTEs, Maria Amélia M. (org.). *Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. p. 59-77.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FITE, George L.; WADE, H. W., The contribution of Neisser to the establishment of the Hansen bacillus as the etiologic agent of leprosy. *International Journal of Leprosy*, 23(4):418-28, 1955.

FONSECA, Cristina M. *Local e nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-45)*. 2005. 298 p. Tese (Doutorado) Ciência Política, IUPERJ. 2005.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1978.

_____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 4ª ed. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. p. 180.

_____. O nascimento da medicina social In _____. *Microfísica do Poder*. 4ª ed. Org. e trad de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

GORDON VALERI, Vicente Paul; PLANCHART ARISMENDI, Ricardo. Evolución histórica del tratamiento de la enfermedad de Hansen. *Cuadernos da Escuela Salud Pública*, 50:17-23, 1991.

GUSSOW, Zachary e TRACY, George S. Stigma and the leprosy phenomenon: the social history of a disease in the nineteenth and twenty centuries. *Bulletin of the History of Medicine*, 44(5):425-49, 1970.

HANNAWAY, Caroline. Environment and miasmata In W.F.Bynun, R. Porter (ed.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*, vol. 1. Londres/Nova Iorque, Routledge, p. 292-308, 1993.

HOBSBAWM, Eric J. A era dos impérios _____. *A era dos impérios*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

HOBSBAWM, Eric J. Os resultados humanos da Revolução Industrial In _____. *Da Revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1986. p. 74-100.

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento - As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

_____. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. V, n. suplemento, p. 217-235, 1998.

_____. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.6, n.11, 1993, p.40-61.

_____. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

HOCHMANN, Gilberto; SANTOS, Paula Xavier dos; ALVES, Fernando Pires. Hist, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas In BARROS, A F. R. (org.). *Observatório de recursos humanos e saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da saúde, 2004. p. 37-50.

HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Teresa Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v. 9, sup., p. 233-273, 2002.

- HUNTER SMITH III, Thomas. A monument to Lazarus: the leprosy hospital of Rio de Janeiro. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10 suppl.1, p.143-160, 2003.
- IRGENS, L. M. e BJERKEDAL, T. Epidemiology of Leprosy in Norway: the history of the National Leprosy Registry of Norway from 1856 until today. *International Journal Epidemiol*, 2(1):81-9, 1973.
- IRGENS, Lorentz M. Leprosy in Norway: an interplay of research a public health work, *International Journal of Leprosy*, 41 (2): 189-98, 1969.
- _____. Hansen, 150 years after his birth, the context of a medical discovery. *International Journal of Leprosy* 60(3):466-69, 1992.
- KHUN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- LABRA, Maria Eliana. *O movimento sanitarista nos anos vinte: da conexão sanitária à especialização em saúde pública no Brasil*. 1985. Dissertação (Mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública, FGV, Rio de Janeiro. 1985.
- LAGUARDIA, Josué. O uso da variável 'raça' na pesquisa em saúde. *Physis*. v. 14, n.2, p.197-234, jul/dez. 2004.
- LAPLANTE, Julie e BRUNEAU, Julie. Overview of an anthropology of the vaccine: a look at the ethics of a humanitarian practice. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10 supl.2, p.519-536, 2003.
- LECHAT, M. F. L'épidémiologie de la lèpre ai cours des 100 dernières années. *International Journal of Leprosy*, 41(3): 298-306, 1973.
- LÉCUYER, Bernard P. L'hygiène en France avant Pasteur In SALOMON-BAYET, Claire. *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris: Payot, 1986. p. 65-139.
- LÉONARD, Jacques. Eugénisme e darwinisme: espoirs et perplexités chez dès médecins français du XIXème siècle et du début du Xxème siècle' In CONRI, Y (org.). *De Darwin au darwinisme. Science et idéologie*, Paris, Vrin, 1983. p. 187-207.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica In Nísia Trindade Lima; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler; Julio Manuel Suárez. (Org.). *Saúde e Democracia - História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. p. 27-58.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República In MAIO, Marcos Chor; VENTURA, Ricardo Ventura dos Santos (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ CCBB, 1996. p. 23-40.
- _____. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciênc. saúde coletiva*., Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.
- LIMA, Tânia Andrade. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol 2(3), p. 44-94, 1996.

- MACIEL, Laurinda R. *'Em proveito dos são perde o lázaro a liberdade'* – uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). 2007. 380 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, 2007.
- MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX In MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio (org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 15-44.
- MARQUES, Vera Regina Beltrão. Medicinas secretas: magia e ciência no Brasil setecentista In CHALHOUN, Sidney et al (orgs). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2003. p. 163-195.
- MARTELLI, Antonio Carlos Ceribelli; OPROMOLLA, Paula Araujo. A terminologia relativa à hanseníase, *An Bras Dermatol*, 80(3):293-4, 2005.
- MARTELLI, Celina Maria Turchi, STEFANI, Mariane Martins de Araújo, PENNA, Gerson Oliveira *et al*. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. *Rev. bras. epidemiol.*, vol.5, n.3, p.273-285, dez. 2002.
- MARTINS, Roberto de Andrade. *Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis*. São Paulo: Moderna, 1997.
- MASCARINI, Luciene Maura. Uma abordagem histórica da trajetória da parasitologia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 809-814, 2003.
- MENDES, Maria Tereza Reis; CRUZ, Ana Maria da Costa; CURTY, Marlene Gonçalves. *Citações: onde, quando e como usar* (NBR 10520/2002). Niterói: Intertexto, 2005.
- MICHEAU, Françoise. A idade de ouro da medicina árabe In LE GOFF, Jacques. *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar. 1997. p. 57-77.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. Da maldição divina a exclusão social um estudo da hanseníase em São Paulo. 1995. 2v. . Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, 1995.
- MOSSÉ, Claude. As lições de Hipócrates In LE GOFF, Jacques. *As Doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1997. p. 39-55.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *Fundação Ataulpho de Paiva — Liga Brasileira contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro, Quadratim/FAPERJ, 2001.
- Nelly Martins Ferreira. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918-1945. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, n. especial, p. 2-60, 1984.
- ORLANDI, E. P. *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. 2ª ed. rev. e aum. Campinas, Pontes, 1977. (Col. Linguagem/Crítica).
- PANDYA, Shubhada S. The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10 supl.1, p.161-177, 2003.
- PELLING, Margaret. Contagion/Germ Theory/Specificity. In Willian F. Bynum and Roy PORTER, *Companion Encyclopedia for the History of Medicine*. London: Routledge, v.1, p. 309-334, 1993.

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. 2003. 256 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 2003.

_____. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade dos Oitocentos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2004, vol.11 suppl.1, p. 67-92.

PORTO, Ângela de Araújo; TADEU, Benedito. Edifício colonial construído pelos jesuítas é lazareto desde 1752 no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. II, n.3, p.171-180, 1996.

QUIROGA, Marcial I. *Lepra: passado y presente*. Buenos Aires: Lopez Libreros Editores, 1974.

RAMOS, Jair de Souza. Dos males que vem com o sangue: as representações raciais e a categoria do imigrante indesejável nas concepções sobre imigração da década de 20 In MAIO, Marcos Chor; VENTURA, Ricardo Ventura dos Santos (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ CCBB, 1996. p. 207-18.

REYES F., Oscar. Classificação da lepra. Resumo biográfico Disponível <http://svdcd.org.ve/revista/1982/Vol%2003%20y%2004/DV-1-1982-lepra.pdf> /Acesso 24 junho 2007/

ROBERTSON, Jo. Leprosy and the elusive M. Leprae: colonial and imperial medical exchanges in the nineteenth century. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10 supl.1, p.13-40, 2003.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 2ª ed. Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo, Hucitec, Editora da Unesp, Abrasco, 1994. (Saúde em debate, 74)

ROSENBERG, Charles E. Introduction. Framing disease: Illness, Society and History In ROSENBERG, Charles E.; GOLDEN, Janet (Ed.). *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press. 1992.

_____. The therapeutic Revolution: medicine, meaning, and social change in nineteenth-century America. In *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992a. p. 9-31.

RUFFIE, Jacques e SOURNIA, Jean-Charles. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1984.

SÁ, Dominichi Miranda de. *O Brasil modelado na obra de Belisário Penna (1916-1935)*. 1999. 159 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.1999.

SANSARRICQ, H. (coord.). *La lèpre*. Paris: Ellipses, 1995.

SANTOS, Herberth Duarte dos. Disciplina e regulação: os dois pólos do poder da estatística. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 15, n. 1, p. 23-33, jun. 2005.

- SCHWARCZ, Lilia Moritz. O Espetáculo da Miscigenação In DOMINGUES, Heloisa Maria Bertol et al. *A Recepção do darwinismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 165-89.
- SCHWARTZ, Lilia Moritz.; QUEIROZ, R. S. (Org.). *Raça e Diversidade*. Queiroz: EDUSP, 1996.
- SEBRA, Nelson de Castro. Informação estatística: política, regulação, coordenação. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 124-35, 1999.
- SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. 3ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1989.
- SEYFERTH, Giralda, Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização In Marcos Chor Maio e Ricardo Ventura dos Santos (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ CCBB, 1996. 41-58 p.
- SHEPPARD, Dalila de S. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, p. 172-92, mar.-jun. 2001.
- SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v. 8, n.2, p.417-428, jul./ago. 2001.
- STARR, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos da América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.
- STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- _____. Eugenia no Brasil, 1917-1940 In HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. (Org.). *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 493-533.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio. Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, vol. 40, n.1, p. 17-19, Jan./Feb. 2006. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100002&lng=en&nrm=iso /Acesso 19 março 2007.
- THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Penna: notas fotobiográficas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v. 9, n.2, p.387-404, Mai/Ago. 2002.
- TORRES, Diana Obregón. De ‘ árbol maldito’ a ‘enfermedad curable’: los médicos y la construcción de la lepra en Colombia’, 1884-1839. In CUETO, Marcos (ed.). *Salud, cultura y sociedad em América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP/Organización Panamericana de la Salud, 1996. p. 159-178.
- _____. *Batallas contra la lepra: estado, Medicina y Ciencia em Colômbia*. Medellín: Banco de la República, Fondo Editorial Universidade EAFIT, 2002. 436 p.
- _____. Debates sobre la lepra: médicos y pacientes interpretan lo universal y lo local In *Culturas científicas y saberes locales: asimilación, hibridación, resistencia*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2000. p. 258-82.

_____. Sobre epidemias, endemias y epizootias: alguns aspectos del desarrollo de la bacteriología en Colombia. In *Biomedica*, 1998, 18(2): 110-21.

TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas: Unicamp, 2000.

VALERI, Vicente Paul Gordon; ARISMENDI, Ricardo Planchart. Evolución histórica del tratamiento de la enfermedad de Hansen. *Cuad. Esc. Salud Publica*, n. 56, p. 17-23, 1991.

VENTURA, Roberto. *Estilo tropical: história cultural e polêmicas literárias no Brasil, 1870-1914*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991

VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo: a higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1985.

_____. *História das práticas de saúde: a saúde e a doença desde a Idade Média*. Lisboa: Editoria Notícias, 1999.

VOGELSANG, Th. M., The Termination of Leprosy in Norway: a important chapter in Norwegian medical history; together with a portrait of Armauer Hansen circa 1873. *International Journal of Leprosy*, 25(4):345-51, p. 345-51, 1957.

WARLICH, Beatriz. M. de S. *Reforma administrativa na era Vargas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1983.

WATTS, Sheldon. *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Barcelona: Editorial Andrés Bello, 2000.

WHITE, Cassandra. Carville and Curupaiti: experiences of confinement and community. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 123-141, 2003.

WITTER, Nikelen Acosta. *Dizem que foi feitiço: as práticas de cura no sul do Brasil (1845 a 188)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.

_____. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. *Tempo*. Revista do Departamento de História da UFF, v. 10, p. 13-25, 2005.

YOSHIE, Yoshio, Advances in the Microbiology of *M. leprae* in the past century. *International Journal of Leprosy*, 41(3): 361-371, 1973.