

O COMBATE À LEPROSA: DISCURSOS E PRÁTICAS

The Combat of Leprosy: discourses and practices

Juliane Conceição Primon Serres¹

Resumo:

O presente artigo aborda a Campanha contra a Lepra no Rio Grande do Sul com ênfase no seu principal desdobramento, o Hospital Colônia Itapuã. Buscou-se, ao longo do trabalho, reconstituir o combate a esta doença no Estado, inserindo as práticas desenvolvidas em relação à Lepra em um contexto mais abrangente, a Campanha Nacional contra a Lepra. Nesta perspectiva, procurou-se analisar as medidas profiláticas adotadas entre 1920, período identificado com o início do combate à doença no Estado, até a década de 50, quando ganhos terapêuticos contribuíram para que fosse repensado o modelo segregacionista adotado até então. Neste período teve-se o fim do isolamento compulsório para os doentes de Lepra no país. Práticas e representações estiveram presentes neste contexto.

Palavras-chave:

História, Lepra, Representações, Campanha Nacional, Leprosário.

Que doença era a Lepra

As práticas desenvolvidas em relação à Lepra e ao *leproso* ao longo do tempo, em todas as sociedades, indicam como ponto de partida que a Lepra nunca foi apenas uma doença. Coabitando com a moléstia enquanto fenômeno biológico, criaram-se imaginários e representações sociais, formando quase uma “entidade nova, uma outra doença”.²

Ainda que não seja o objetivo deste artigo fazer um inventário

¹ Mestre em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. E-mail: juserres2003@yahoo.com.br

² TRONCA, Ítalo. *As Máscaras do Medo*. Lepra e AIDS. São Paulo: Ed. Unicamp, 2000, p. 15.

sobre as representações sociais ou imaginário em relação a Lepra, o que mereceria uma pesquisa à parte, algumas considerações são indispensáveis devido ao papel preponderante que estes elementos ocupam na concepção da doença e conseqüentemente no seu combate.

Partimos do princípio que as representações e os imaginários sociais fazem parte da própria realidade social, porque são construídos a partir da visão de mundo dos homens. Baczko (1991) expõe que estes elementos foram por muito tempo relegados por uma tradição intelectual cientificista que buscava compreender os agentes sociais *desnudados*, o que quer dizer livres de seus imaginários e de suas representações, tal qual a ciência os construía.

As representações da Lepra, embora partam de uma realidade, a *doença fenômeno biológico*, são permeadas por idéias como punição divina, pecado. Os discursos sociais emitidos sobre a Lepra e os *leprosos* sempre estiveram urdidos pelo imaginário social.

O mais tradicional discurso instituidor de um imaginário sobre a Lepra foi, sem dúvida, a Bíblia. No livro do Levítico, onde o Senhor ditou “as leis” a Moisés, a Lepra aparece como sinônimo de imundície, de sujeira, de impureza e o doente referido nos termos “limpo-sujo”. Nestas passagens bíblicas, duas referências chamam a atenção, uma sobre o tratamento que deveria ser imposto ao doente, viver fora do acampamento/comunidade; outra, sobre a doença ser enviada pelo Senhor como praga/castigo.³

Durante a Idade Média, a Lepra foi, ou continuou sendo, a doença ideológica e simbólica por excelência. Profundamente marcado pela doutrina cristã, o período em referência reatualizou muitas concepções religiosas, entre as quais a relação corpo-alma. O corpo era a expressão da alma, a “graça” exprimia-se através da beleza física, vide as imagens dos santos, o pecado, ao contrário, manifestava-se através de uma tara física ou doença. O aspecto mutilante da Lepra evidenciava uma alma corroída pelo pecado. Entre as causas da Lepra figuravam a adoração de ídolos, falta de castidade, profanação, blasfêmia. Também era associada a

³ Bíblia Sagrada. São Paulo: Ed. Pastoral Paulus, 1990. Levítico 13, p.128-132.

“pecados sexuais” como desejos excessivos ou concepção durante o período menstrual.⁴ Estas *causas* “coincidem” com os tabus impostos pela Igreja. A Lepra representava uma punição por falha moral, o *leproso* era identificado com um pecador.

A Sociedade Medieval, por suas estruturas econômicas, sociais e ideológicas, era grande produtora de marginalizados. Entretanto, estes “marginais” tinham uma “utilidade social.”⁵ Se por um lado os *leprosos* representavam símbolos vivos da desobediência às prescrições religiosas, servindo de alerta para o que poderia acontecer com quem não respeitasse os preceitos da Igreja, por outro lado, eram instrumentos vivos da caridade. A Lepra era sempre considerada uma manifestação de Deus, de sua cólera ou bondade.⁶

As Leprosarias deveriam localizar-se fora da cidade para preservar a comunidade da impureza representada pelos *leprosos*, mas também para evitar o perigo de contágio. Jeffrey Richards (1993)⁷ afirma que, embora não entendesse como funcionava o contágio, o homem medieval tinha idéia do que fosse a infecção. As medidas impostas aos *leprosos* demonstravam estes temores, eles não podiam tocar em nada que pudesse ser tocado por pessoas sadias, muitas vezes exigiam-lhes o uso de luvas e de roupas distintivas, deviam anunciar sua presença com o som da matraca para que as pessoas pudessem escapar a sua passagem, eram proibidos de falar a pessoas sadias sem encobrir a boca, de transitar por alamedas estreitas, de tocar nos objetos que desejassem comprar.

A sociedade medieval encontrava dificuldade em diferenciar a

⁴ BÉNIAC, Françoise. O medo da lepra. In: LE GOFF, Jacques (org.) *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985, p.132. RICHARDS, Jeffrey. *Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993, p.162.

⁵ A idéia de “utilidade” social dos marginais – aspas do autor – foi desenvolvida por Jean-Claude Schmitt. História dos marginais. In: A História Nova. Jacques Le Goff (org.) p.285-287. Também sobre “utilidade social” ver GEREMEK, Bronislaw. *A piedade e a força: História da Miséria e da Caridade na Europa*. Lisboa: Terramar, 1986.

⁶ FOUCAULT, Michel. História da Loucura. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2000, p. 6.

⁷ RICHARDS, Jeffrey. *Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade média*. Op. cit.

Lepra de outras doenças de pele. Dificuldade, diga-se de passagem, que persistiu até o século XX. Os médicos evocavam sob o nome de Lepra todo um conjunto de afecções dermatológicas. Portanto, identificar alguém como *leproso* não era tarefa fácil. No início da Idade Média não havia nenhuma garantia de que a investigação envolvesse a participação de algum médico. As autoridades locais, civis ou religiosas, geralmente motivadas por alguma denúncia, acompanhadas por júris compostos de *leprosos*, executavam o julgamento sobre os casos suspeitos. Aos poucos a identificação de casos de Lepra foi se tornando prerrogativa dos médicos.

A situação do *leproso* no Ocidente Medieval era muito ambígua, ao mesmo tempo em que despertava compaixão, através da publicidade de sua enfermidade, despertava medo e horror. Em tempos de calamidade, a situação dos *leprosos*, ou identificados como tais, ficava muito instável. Depois da grande fome do século XIV na Europa, judeus e leprosos foram perseguidos e queimados em toda a França, suspeitos de terem envenenado, com o apoio dos muçulmanos, os poços de água e as fontes da cristandade, com a finalidade de matar ou de tornar *leprosas* as pessoas saudáveis.⁸

Com o “desaparecimento” da endemia de Lepra do mundo ocidental, ao final da Idade Média, seja em função da Peste Negra, da segregação dos doentes, ou da ruptura dos contatos com os focos orientais da infecção, com o fim das Cruzadas, permaneceram os valores e as imagens que tinham aderido à figura do *leproso*: mendicante, deformado, sujo, impuro, pecador, inclinado à perversidade e ao mal.⁹

Feito este bosquejo, interessa-nos perceber que estas “idéias-imagens” ultrapassaram aquelas fronteiras e chegaram até nós através da cultura cristã, da qual somos herdeiros. Françoise Laplatine analisa que a apreensão da doença como punição, consequência necessária por uma falta ou transgressão, deve-se essencialmente à cultura cristã, que impregnou nossos comportamentos médicos, mesmo que estes tenham se laicizado e aparentemente se emancipado do religioso.¹⁰

⁸ LE GOFF, Jacques. *A civilização do ocidente medieval*. Vol. 2, Lisboa: Editorial Estampa, 1983, p.82.

⁹ FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. Op. cit. p. 6.

¹⁰ LAPLATINE, Françoise. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes,

O próprio discurso médico em muitas situações passou a utilizar estas representações e imaginários existentes da figura do *leproso*. Através da noção de *circularidade cultural* expressa por Carlo Ginzburg, podemos compreender a dinâmica cultural que possibilita a “incorporação” das representações, presentes na “cultura popular” acerca do *leproso*, ao discurso científico. Ao mesmo tempo, a noção de “*circularidade*” permite que façamos o caminho inverso, a apreensão de elementos do “discurso científico” pela cultura popular. Em relação à Lepra geralmente ocorre uma “sobreposição” dos discursos médico e social, fazendo com que se forme uma visão do doente intercruzada por elementos médicos-sociais.¹¹ A “perversidade natural”, que aderiu à personalidade dos doentes, pode ser um exemplo disso. Tomemos dois casos. O primeiro exemplo foi retirado de um texto literário, o segundo, de um texto médico:

Às vezes eles vão pela estrada. Quando aparece de longe um automóvel e estão em lugar que tem um mato, um leproso deita-se no chão, finge-se de morto, os outros se escondem. O automóvel aproxima-se e por caridade os viajantes param para verificar se é ferido ou é cadáver. Ah! Os outros morféticos avançam e pegam os viajantes com aquelas mãos horríveis para passar o mal. Eles acreditam que ficam curados se passarem a lepra a sete pessoas, e às vezes mordem, principalmente crianças (...). (ARANHA, Graça apud MAURANO, 1939, p.169)

Se se denuncia a existência de um leproso em tal rua e tal número, visto cercado de crianças às quais distribuía doces, corre o funcionário ao livro de registros e volta radiante com ele dizendo: Cá está o bicho! Já o conhecemos e recenseamos. Chama-se fulano de tal, tem tantos anos, é brasileiro nascido em tal lugar, etc. etc. Está isolado em domicílio. Como vê, é perfeito nosso serviço.

- Mas, doutor, como isolado, se eu vi o leproso em plena rua a distribuir doces às crianças, e fui informado que ele sai quando quer e vai para onde lhe apraz? (PENNA, 1929, p. 13)

Ítalo Tronca (1985) destacou que as concepções “profanas” da doença são inseparáveis do desenvolvimento da medicina. Tanto

1991, p. 229.

¹¹GINZBURG, Carlo. *O queijo e os Vermes*. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

o discurso médico, quanto o discurso social, estariam imersos em uma mesma estrutura, em um mesmo universo de significantes, cuja partitura é um imaginário central. Este imaginário criaria, nas palavras do autor,

derivações históricas, instituições asilares, imagens estéticas, teorias científicas – todas tecendo uma rede simbólica que produz e reproduz o fato lepra, dotado, não de sentidos idênticos, mas homólogos – mal divino, degradação biológica, destruição estética, perigo interno e permanente sempre a ameaçar o mundo dos sãos...¹²

Ao tentar definir que doença era a Lepra e que doente era o *leproso*, o discurso médico “mobilizou” este imaginário, algumas vezes de forma intencional, usando o medo para “fins profiláticos”, outras vezes, evocou estas representações para refutá-las, denunciando a ignorância “popular” em relação à doença. Em algumas narrativas médicas, do final do XIX, início do XX no Brasil, os *leproso*s geralmente eram apresentados como promíscuos, desordeiros, renegados, perigosos, desobedientes, mendicantes, andarilhos, à beira das cidades, vivendo em “bandos”, ora resignados com a “sentença” da doença, ora prontos para buscar vitória.

Descrevendo a situação dos *leproso*s no Brasil, anteriores às ações oficiais do Estado, Maurano relata que eles formavam aldeamentos à margem das estradas, onde viviam em *completa ociosidade* à espera de esmolas, não raro *exigidas brutalmente*. Nestes “aldeamentos”, segundo o autor, ocorriam todas as cenas *desmoralizadoras* que a embriaguez era capaz de produzir. Alguns doentes até automóveis chegavam a possuir, escondendo-os quando esmolavam, para não “*desencantar a piedade*” dos transeuntes.¹³ Este *modus vivendi*, descrito pelo médico, retoma e reforça algumas representações incorporadas à figura do *leproso*.

¹² TRONCA, Ítalo. História e doença: a partitura oculta (A lepra em São Paulo, 1904-1940). In: RIBEIRO, Renato Janine (org.). *Recordar Foucault*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985, p. 141.

¹³ MAURANO, Flávio. *História da Lepra em São Paulo*. (3ª Monografia dos Arquivos do Sanatório Padre Bento). Serviço de Profilaxia da Lepra. São Paulo: Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais, vol. 1. 1939. p. 180-1.

A despeito dos conhecimentos adquiridos em relação à Lepra, a partir da descoberta do agente causador da doença, o *micobacterium leprae*, as representações do *leproso* iriam permanecer inalteradas por muito tempo. Estas “permanências” eram fruto de um imaginário social mais antigo, que se “alimentava”, muitas vezes, das incertezas que pairavam sobre a doença. Embora a ciência fosse capaz de identificar o bacilo da Lepra, era incapaz de afirmar como ele se desenvolvia e se propagava. As dúvidas em relação à transmissibilidade e à ausência de cura, faziam com que a Lepra permanecesse quase um “mistério”.

Polêmicas e Controvérsias

As investigações sobre a moléstia no Brasil iniciaram *pari passu* aos estudos internacionais, que datam, sobretudo, da segunda metade do século XIX. Deteremo-nos entretanto, às pesquisas “modernas” sobre a Lepra do início do século XX, que viriam a orientar o combate à Lepra no Brasil.

Na *Academia Nacional de Medicina* (ANM), em 1915, foi criada uma “Comissão” para organizar um plano geral de combate à Lepra. Reuniram-se vários médicos que trabalharam até 1919 discutindo questões referentes à doença. Os relatórios apresentados pela comissão, composta de nomes ilustres no cenário médico nacional, como Eduardo Rabelo, Belmiro Valverde, Juliano Moreira, Silva Araújo e Adolfo Lutz, forneceram as diretrizes para a profilaxia dos anos vindouros.¹⁴ Os debates na Academia podem ser inseridos num contexto mais amplo, relacionado às chamadas **Conferências Internacionais de Lepra**. Além de fóruns científicos, estas Conferências definiam as linhas gerais de atuação no combate à moléstia.

A I Conferência Internacional de Berlim (1897) foi presidida por Virchow, baseada na idéia de *contagiosidade* e de *incurabilidade* da doença, indicava o isolamento dos doentes como a melhor forma de evitar a propagação da moléstia. Nesta Conferência o Brasil não enviou nenhum representante. A II Conferência Internacional,

¹⁴ SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. *História da Lepra no Brasil*. Vol.3. O período Republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956. p.p.123-160.

realizada em Bergen, na Noruega (1909), foi presidida pelo próprio Hansen, que anos antes havia descoberto o bacilo da Lepra. Esta Conferência reafirmou as conclusões de Berlim e acrescentou a exclusão dos *leprosos* de determinadas profissões, a separação dos filhos dos doentes, o exame das pessoas de seu convívio, a necessidade de formular estudos sobre a transmissibilidade da Lepra e, um ponto de extrema importância, esta Conferência anunciou que o estudo clínico da Lepra levava a crer que esta doença *não era incurável*, embora não fosse conhecido medicamento seguro.¹⁵

De modo geral, depois da descoberta do bacilo (1874), os médicos compartilhavam da opinião que a Lepra era uma doença contagiosa. Porém, havia dúvidas sobre o grau de contagiosidade da moléstia e suas formas de transmissão. Este debate empolgou a Comissão da Profilaxia da Lepra da ANM.

A comunicação de Adolfo Lutz, na Academia de Medicina, sobre a transmissibilidade da Lepra gerou muita polêmica. O médico defendia que a doença era transmissível em determinadas condições. Haveria a necessidade de que um mosquito sugasse o sangue de um doente em estado “febrificante” da Lepra – situação em que seriam eliminados bacilos vivos da doença – e infectasse outro indivíduo. Entretanto, somente uma pequena proporção de mosquitos seria capaz de se infectar e destes, uma fração menor ainda seria capaz de transmitir a doença. Outro ponto de seu parecer que causou alvoroço referia-se ao isolamento. Discordava das posições que julgavam que em qualquer lugar ou época todos os doentes houvessem sido isolados. A diminuição dos casos de Lepra na Europa, na opinião do médico, não podia ser atribuída ao isolamento, que, ao contrário, fazia com que os doentes e suas famílias tivessem o interesse em esconder a moléstia. Considerava o isolamento *sem* a profilaxia contra o mosquito uma medida imperfeita.¹⁶

¹⁵ ROCHA, Raul. *Da Lepra o essencial*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1942, p.397-399.

¹⁶ LUTZ, Adolfo *apud* SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. História da Lepra no Brasil. Vol.3. Op. cit. p. 124-127. Lutz sustentou a transmissão da Lepra por mosquitos até sua morte em 1940. BENCHIMOL, Jaime; SÁ, Magali Romero. Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes. In: História Ciência e Saúde, Manguinhos, vol. 10, suplemento 1, 2003. p.p.49-87.

As idéias do médico foram contestadas pelo colega de Academia (e de Comissão), o médico Belmiro Valverde, sob o argumento que a transmissão da Lepra pelo mosquito não era aceita por diversos autores. Para encerrar a discussão que iria gerar polêmica em torno das idéias do “ilustre cientista”, um outro médico da Comissão sugeriu que o parecer da Academia fosse de acordo com as idéias do “professor” Lutz. Entretanto, a questão não se encerrou sem o embate entre os médicos. Na reunião seguinte da Comissão, Valverde apresentou uma comunicação sobre a transmissibilidade da Lepra, onde discordava da posição de Lutz. Argumentava que se o mosquito fosse responsável pela transmissão da Lepra, pela quantidade de leprosos e de mosquitos existentes no mundo, este seria transformado em um imenso Leprosário, ironizava. A partir de pesquisas realizadas em diversos lugares do mundo, o autor afirmava não ter encontrado relação entre a existência do *Culex fatigans* – espécie de mosquito transmissor para Lutz – e os casos de Lepra. Mesmo no Brasil, os maiores focos de Lepra não correspondiam aos pontos mais habitados pelos mosquitos. O médico tocou em outro ponto do parecer de Adolfo Lutz do qual discordava: o isolamento. Na história da Lepra, desde os tempos imemoriais, o isolamento foi praticado e em tempos “atuais”, de luta “anti-leprosa”, o isolamento era providência incontestável, básica e radical.¹⁷

Mais que embates acadêmicos a respeito da Lepra, o que estava em disputa era a forma de combater a doença. O parecer da Comissão de Lepra da Academia iria fornecer as diretrizes para a Profilaxia da Lepra no Brasil: se fosse admitida a transmissão pelo mosquito e a baixa contagiosidade da Lepra, a profilaxia não poderia basear-se exclusivamente no isolamento do doente, neste caso, a segregação não encontrava justificativa. Se confirmada a facilidade do contágio e admitida a ignorância quanto as formas de transmissão da Lepra, a segregação tornava-se a única medida de controle da doença.

As conclusões da Academia, depois de quatro anos de intensos debates, viriam mostrar que haveria um longo caminho pela frente no combate à Lepra. As dúvidas e incertezas sobre a doença fizeram com que o parecer da Comissão fosse favorável, entre

¹⁷ VALVERDE, Belmiro. In: SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. História da Lepra no Brasil. Vol.3. Op. cit. p.p. 131-137.

outros pontos, ao isolamento *obrigatório* dos doentes, em colônias/asilos/leprosários, só excepcionalmente este poderia ser feito em domicílio; ao cuidado com a descendência dos *leprosos*, a restrição do exercício profissional por indivíduo contaminado, a notificação compulsória e a vigilância a fim de evitar as “*peregrinações de leprosos e a disseminação da moléstia no país*”.¹⁸

Como podemos perceber, no meio médico-científico não havia um consenso sobre a Lepra, sabiam que se tratava de uma infecção geral crônica, contagiosa, causada pela penetração e proliferação, no organismo, de um agente específico, o *mycobacterium leprae*, que causava uma variedade de lesões específicas da pele, das mucosas, dos nervos, resultando no aparecimento de deformações e de processos destrutivos e também era indiscutível que o doente era fonte de contágio. Em relação às formas de transmissão da doença, pouco se sabia, o que fazia com que os métodos de profilaxia fossem baseados na tradição do isolamento. Estas práticas em relação ao *leproso* estiveram inscritas no conjunto de representações sociais existentes, uma delas, a da incurabilidade da Lepra, desfeita tão logo iniciaram as pesquisas sobre a doença. Contudo, o “dogma” demorou para ser derrubado. As dúvidas que rondavam os decanos científicos, entre a população, tornava-se a certeza de que a Lepra era um terrível mal, uma punição divina.

A Lepra na agenda sanitária nacional

O problema da Lepra no Brasil vinha de longa data. Nos tempos coloniais, os doentes eram entregues à filantropia leiga ou religiosa ou à própria sorte. No Rio de Janeiro, no século XVI e XVII, a população mostrava-se alarmada com o aumento da doença e clamava por medidas de defesa de sua saúde.¹⁹

Durante o Império, a questão da Lepra continuava inquietando as províncias. Algumas medidas foram tomadas, como a construção dos primeiros Lazaretos para servir de asilo aos “leprosos”. No Rio

¹⁸ SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. História da Lepra no Brasil. Vol.3. Op. cit. p. 159.

¹⁹ TERRA, Fernando. *Lepra no Rio de Janeiro*. Seu aparecimento, freqüência e formas. Brazil Medico, A. XXXIII, n.º5, de 1/2/1919, p.p. 33-36.

de Janeiro foi construído um Hospital para abrigar os doentes, porém, desde cedo, o estabelecimento se mostrou insuficiente, não havia espaço e recursos para isolar tantos doentes e o problema continuava:

Embora a questão mais importante de assistência aos leprosos e defesa contra a lepra, a fundação de hospitais adequados, aspiração de muitos dos presidentes de províncias, não lograsse a menor solução, procurava o governo remediar a triste situação e infelicidade dos leprosos, quer consignando dotações especiais para doentes em liberdade ou para os asilos então existentes, quer fazendo reverter em seu benefício multas por transgressões às leis e posturas, quer concedendo-lhes loterias. Se tudo isso nada adiantasse para atalhar o mal, ao menos visava socorrer, nas necessidades mais prementes, aqueles, infelizes, constituindo isto, aliás, título de benemerência e humanidade.²⁰

Ainda que fossem tomadas algumas medidas, combater a Lepra continuava sendo uma obra mais de caridade do que propriamente um problema sanitário. Com o advento da República, as questões de saúde foram aos poucos sendo assumidas pelo Estado. Algumas considerações talvez nos ajudem a compreender porque a Lepra despertou interesse dos poderes públicos somente no século XX.

A Constituição de 1891 estabelecia a autonomia dos Estados em matéria de saúde pública, cabendo aos governos estaduais solucionar seus problemas sanitários. Houve uma separação entre saúde pública, encargo do Estado, e higiene, encargo dos municípios. Este descompasso fazia com que a situação sanitária do país se tornasse cada vez mais grave. Alguns Estados promoviam ações em prol da saúde da população, enquanto outros nada ou pouco realizavam.

O Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP), criado em 1897, tinha como atribuições dirigir os serviços sanitários dos portos, fiscalizar o exercício da medicina, estudar as doenças infecto-contagiosas e organizar estatísticas sanitárias. Com a reforma de 1904, o DGSP ampliou sua atuação incluindo serviço de higiene defensiva, polícia sanitária, profilaxia geral e higiene domiciliária da Capital Federal. Afora estes casos previstos, os serviços ficavam basicamente restritos a situações emergenciais, como no caso de epidemias.

²⁰ MAURANO, Flávio. *História da Lepra em São Paulo*. Op. Cit., p. 154.

Em relação à Lepra, algumas medidas foram pensadas nesta reforma sanitária de 1904. A moléstia foi incluída entre as doenças passíveis de intervenção dos poderes públicos e decretada de notificação compulsória, exigindo-se o isolamento domiciliar dos doentes enquanto não fossem estabelecidas Colônias. Oswaldo Cruz, então à frente da Diretoria Geral da Saúde Pública, defendia:

A lepra, entre nós, está a merecer cuidados especiais.(...) Carecemos 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, há cidades que são verdadeiras gafarias: rara é a família que não tenha pago doloroso tributo à horrível moléstia. Incompletos e **insuficientes são nossos conhecimentos acerca da transmissão da lepra**. Importa isso em dizer que nos falece base científica para constituir a profilaxia específica da moléstia. Não é essa razão, entretanto, para que fiquemos à moda dos muçulmanos: de braços cruzados diante do flagelo que aos poucos, se expande e alastra. O que é positivo é que a moléstia se transmite. O como, não o sabemos. Mas o leproso é, ao menos, um dos depósitos do vírus (sic). Isto está provado. Daí a necessidade de isolá-lo da comunidade. (...) A seqüestração do morfético só é prática quando feita nas colônias de leprosos²¹ (grifo nosso).

A Lepra era uma endemia presente em determinadas regiões do país. Medidas voluntárias e emergências, como a criação de Lazaretos para asilar doentes, mantidos através da filantropia, eram insuficientes para pôr fim à marcha desta doença que cobrava importantes tributos sociais. Calculavam de 30 a 50 mil o número de doentes no Brasil. E, embora, como admitiam os médicos, faltasse base científica para conduzir a profilaxia, entendiam que algo precisava ser feito. Não havia consenso se deveriam construir um Leprosário nacional ou vários Leprosários regionais, defendiam porém, que o combate à Lepra deveria ser permanente e estendido a todo o país, pois se assim não fosse, os doentes iriam migrar de um Estado a outro, “fugindo” das medidas profiláticas. Deste modo, a doença não iria ser eliminada, pois sempre surgiriam novos focos.²²

²¹ CRUZ, Oswaldo. Uma questão de higiene social: lepra In: O Imparcial, Rio de Janeiro, n.211, p.2, jul. 1913.

²² PENNA, Belisário. O Problema Brasileiro da Lepra. In: *Archivos Rio Grandense de Medicina*, Faculdade de Medicina de Porto Alegre, n.º 8 e 9, agosto e setembro, 1928, p.48. O médico criticava a construção de leprosários estaduais, ou mesmo regionais, dizia que esta prática iria multiplicar os focos da Lepra. Dizia-se herdeiro

Por estes fatores, quando a Lepra surgiu como um problema sanitário na República, ela já assumiu um caráter de “problema nacional”. Entretanto, os Estados eram autônomos nas questões de saúde. Não havia uma agência sanitária nacional que organizasse ou coordenasse a profilaxia da Lepra.

Esta ausência de uma política sanitária nacional foi um problema colocado pelo chamado “movimento sanitarista”, reunido em 1918 em torno da Liga Pró-Saneamento. Este “movimento” formado por médicos voltados para as questões de saúde pública lançou uma nova interpretação para o “atraso” do país, não mais a raça, embora houvesse nuances do discurso eugênico na fala dos médicos, mas as doenças, nos impediam de entrar nos caminhos do progresso.²³

O movimento tentava conscientizar as elites políticas da gravidade dos problemas sanitários nacionais, principalmente as endemias que assolavam o interior do país, entre elas a Lepra, trazendo a saúde pública para o debate político. Reivindicavam que o Estado se voltasse para além das capitais ou principais cidades, e aconselhavam a criação do **Ministério da Saúde** para coordenar e orientar as atividades em todo o território. A proposta levada ao Congresso, em 1918, foi vetada. Razões: um Ministério poderia burocratizar ou desprestigiar as competências estaduais.²⁴

Em relação ao combate às endemias, a resposta foi dada através da criação, pelo então presidente Wenceslau Brás, do **Serviço de Profilaxia Rural**, que combateria, através de convênios com os Estados, essencialmente as três grandes endemias, *a uncinariose, o impaludismo e a doença de Chagas*. Quanto à Lepra, respondeu o presidente quando questionado: *os Estados que cuidem da lepra!*²⁵

Para a eliminação das doenças contagiosas havia a

da idéia de Oswaldo Cruz, de construir uma colônia na Ilha Grande para isolar todos os doentes do país.

²³ CASTRO SANTOS, Luiz de A. O Pensamento Sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. In: *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, vol. 28, n.º 2, 1985. p.p.194-197.

²⁴ HOCHMAN, Gilberto. Regulando os Efeitos da Interdependência: sobre as relações entre saúde pública e a construção do Estado (Brasil 1919-1930). In: *Estudos Históricos*, 1993, n.º 11, vol. 6, FGV. p.49.

²⁵ SOUZA ARAÚJO, Heraclides Cesar de. *História da Lepra no Brasil*. Vol. 3 Op. Cit. p.260 .

necessidade de ações mais coordenadas e conjuntas. A vida em sociedade colocava os homens em contato um com o outro, estes vínculos – que Gilberto Hochman chamou de “interdependência humana” – geravam “efeitos negativos”. As doenças contagiosas seriam um destes efeitos negativos da interdependência social. À medida que a sociedade se tornava mais complexa, estas interdependências aumentavam e por consequência os efeitos negativos também. As soluções locais, individuais ou soluções voluntárias, não resolveriam os problemas gerados por estes vínculos.

Ultrapassando fronteiras municipais e estaduais, as doenças contagiosas denunciavam a ineficácia das soluções localizadas e evidenciavam a dependência das unidades federativas. Solucionar os “efeitos negativos da interdependência” exigia ações supralocais, coletivas e coordenadas. O problema da Lepra era um destes “efeitos negativos” a serem combatidos, tornando-se também um “paradigma da interdependência”, à medida que a moléstia atingia populações de todas as regiões do país. Nos Estados Unidos, a Lepra foi a primeira doença a ser “nacionalizada”.²⁶

Esta análise embora sirva para justificar as ações muitas vezes repressivas do Estado em nome da saúde coletiva, aponta para interessantes constatações. Uma de que a sociedade havia tornado-se complexa a ponto de medidas voluntárias e isoladas serem insuficientes, outra, de que ao mesmo tempo em que o combate à doença representava um problema para o Estado, por outro lado, ao intervir na saúde pública (regulando os efeitos negativos da interdependência), o Estado estaria fortalecendo e ampliando seu campo de atuação.

Em outras palavras, estava encontrando justificativas que legitimariam sua existência, já que era o único com recursos e com capacidade de atuar. Neste sentido, o “mal público” impulsionaria a necessidade de produção do “bem público”. Não necessariamente o Estado teria o monopólio desta função, mas ele seria a forma mais acabada de promotor do bem-estar coletivo.

Quando Epitácio Pessoa foi eleito presidente, em 1919, a proposta da criação de um Ministério voltou a ser discutida no meio político. Colocada em votação, outra vez a proposta foi rejeitada, a negativa foi feita através dos mesmos argumentos, da

²⁶ HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Ed. Hucitec/Anpocs, 1998 p. 27; 99.

burocratização, das autonomias estaduais, das liberdades individuais. Mas os “efeitos negativos da interdependência” viriam a falar mais alto, com destaque para a gripe espanhola de 1918, os mesmos deputados que rejeitaram a criação de um Ministério, que poderia ferir as autonomias estaduais, propuseram a criação de um substituto, para agir em nível nacional, o **Departamento Nacional de Saúde Pública** (DNSP), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios do Interior.

O Departamento teria por funções executar os serviços de higiene no Distrito Federal, realizar os serviços sanitários nos portos e a profilaxia rural nos Estados. No que se referia à Lepra, o decreto estabelecia um *Serviço de Profilaxia contra a Lepra e contra as Doenças Venéreas* em todo o país.²⁷ As despesas com a assistência aos *morféticos* que fossem isolados nas leprosas a serem construídas pela União, correriam por conta dos governos dos Estados de onde estes doentes proviessem. Nenhum destes serviços seria executado sem prévio acordo com os governos.

Este regulamento recebeu severas críticas, entre elas da Revista *Brazil-Médico*, um dos mais tradicionais periódicos médicos do país. A Revista argumentava que as providências do regulamento a respeito da Lepra eram insuficientes e pouco rigorosas, que o isolamento devia ser obrigatório a *todos os leprosos*, criticava o isolamento domiciliar para doenças crônicas, devido ao tempo de duração do mesmo. Por fim, condenava a aplicação condicional das medidas do regulamento aos Estados que acordassem com o governo federal na execução da profilaxia.²⁸

Eduardo Rabelo, nomeado diretor do DNSP, foi à Academia Nacional de Medicina para responder aos “ataques” que a *Brazil-Médico* fez ao regulamento. Sobre a crítica feita ao isolamento domiciliar, o médico respondia que as Conferências Internacionais de Lepra recomendavam o *isolamento misto: hospitalar* para doentes indigentes e os que não pudessem se manter (lembramos que aos doentes ficavam interditas à maioria das profissões) e *domiciliar*, em condições excepcionais, *quando o doente dispuser de recursos e quando houver organização sanitária eficiente, de modo*

²⁷ Dec. 3897, de 2 de janeiro de 1920. Coleção das Leis, vol. 1, 1920.

²⁸ *Brazil Médico*, ano 34, 1920, editorial de 24 de julho de 1920. p. 481. Apud: SOUZA ARAÚJO, Heraclides Cesar de. História da Lepra no Brasil. Vol. 3 Op. Cit. p.p. 264-265.

a permitir vigilância assídua e rigorosa.²⁹ Citava os modelos da Alemanha, da Noruega, da Islândia, da Suécia, como lugares onde o isolamento em domicílio conseguiu resultados.

E ainda:

Em primeiro lugar só em tempos mais antigos foi eficiente o isolamento nosocomial forçado do leproso, por que só então se conseguiria isolar se não todos, pelo menos um número considerável de doentes, a ponto de se obter resultado profilático. Isso foi possível em primeiro lugar pelo horror que causava a lepra (...) em segundo lugar porque eram muito menores as franquias individuais. Com o evoluir dos tempos, menos propagável foi se tornando a lepra e maiores foram aqueles direitos e franquias e a consciência pública já recebida pela sonegação (sic), e até pela revolta, as medidas de reclusão absoluta nos hospícios. Foi quando o exemplo de leis liberais, principalmente a da Noruega, veio trazer a solução atual para o problema.³⁰

Quanto aos acordos com os Estados para a execução da profilaxia, outro aspecto criticado pela Revista, Rabelo respondeu que, “*embora não sendo muito versado em questões de leis, mas me parece que não poderíamos discricionariamente intervir nos Estados para fazer a profilaxia sem que houvesse uma lei que isso determinasse*”.³¹ A construção de leprosarias pela União nos Estados por si só não resolveria o problema, as outras medidas como a notificação ou a vigilância dependeriam dos serviços dos Estados, a não ser que o Governo federal instalasse todo um Serviço de profilaxia. Ou seja, a atuação federal nos Estados, mediante acordos, mais que uma previsão constitucional, era necessária para dividir os custos da profilaxia.

A argumentação de Rabelo explicou, mas não convenceu seus pares, que seguiram publicando críticas na Revista, sobretudo em relação ao isolamento domiciliar. Baseada na opinião de tropicalistas, defendiam que a profilaxia da Lepra só poderia ser eficiente com o isolamento obrigatório de todos os doentes em Leprosários.³² A posição do DNSP ficou muito aquém das expectativas dos médicos reunidos em torno da revista *Brazil-*

²⁹ Eduardo Rabelo na Sessão da ANM de 12-8-1920. In: SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. *História da Lepra no Brasil*. Vol. 3. Op. Cit. p. p. 269

³⁰ Eduardo Rabelo na Sessão da ANM de 12-8-1920. In: SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. *História da Lepra no Brasil*. Vol. 3. Op. Cit. p. p.270.

³¹ Eduardo Rabelo na Sessão da ANM de 12-8-1920. Idem. p. p.271.

³² *Brazil Médico*, 21 de agosto de 1920, vol. 34, p. 553. *Ibidem*. p.271-272.

Médico, entre eles sanitaristas históricos como Belisário Penna, eugenistas e higienistas, favoráveis da intervenção arbitrária do Estado no combate à doença.

Tão logo foram iniciadas as atividades do DNSP no combate à Lepra, as críticas foram retomadas. O tema foi longamente debatido na ANM ao logo dos anos 20. A maior polêmica dava-se em torno da figura de Belisário Penna, que atacava com virulência o DNSP no que ele referia como o (não)combate à doença. O problema, segundo ele, estaria na própria formulação do regulamento do DNSP, “*encarando o problema no seu aspecto afetivo, eles esquecem que o doente é uma fonte perigosa de contaminação,*” o regulamento, “*foi confeccionado não pela mentalidade de um higienista, mas de um clínico, não atuou o espírito de um brasileiro, mas de um escandinavo, por sugestão*”.³³

As críticas do médico não ficavam restritas ao meio científico,

meses antes de ir à Academia, o ilustre Doutor publicou vários artigos

sobre a Lepra na imprensa leiga, conforme demonstra esta “*explicação*”

que ele deu a seus pares:

Sr. Presidente, parecerá estranho a muita gente trazer para este recinto o problema sanitário mais grave do Brasil, qual o da Lepra, depois de havê-lo discutido seis meses pela imprensa leiga. No entanto, é fácil a explicação do meu procedimento e estou certo de que esta douta Academia justificará os meus intuits, de despertar previamente a opinião pública, de científicá-la da aterrorizante realidade, de fazer renascer o pânico que provocava outrora “*a filha mais velha da morte*”, e que era a única arma natural de defesa, que entravava até certo ponto a sua marcha, pânico, hoje amortecido e quase extinto, tal a abundância de leprosos, o hábito de sua presença em toda a parte, em todas as camadas da sociedade, em todos os recantos do país (...); foi por estes motivos que não procurei uma revista de medicina ou de higiene de leitores limitados, onde teria de versar o assunto noutros termos, ou a tribuna de uma das

³³ PENNA, Belisário. O Problema Brasileiro da Lepra. In: *Archivos Rio Grandense de Medicina*, Faculdade de Medicina de Porto Alegre, n.º 8 e 9, agosto e setembro, 1928, p.12-38. Alusão à Noruega, referência na profilaxia baseada no isolamento misto, hospitalar e domiciliar, adotado pela Inspetoria.

associações médicas que tenho a honra de pertencer.³⁴

O médico recomendava a instauração do pânico como forma de profilaxia e denunciava o descaso *criminoso* com a Lepra, “doença de países atrasados.” Para médicos como Belisário Penna, o isolamento domiciliar, criticado anteriormente pela *Brazil-Médico*, era inconcebível. Chamava-o de *pseudo-isolamento*, partidário da segregação de *todos* os doentes de Lepra, sugeriu a criação do município de “São Lázaro” para este fim:

O município que proponho começa pela cidade com todos os requintes da higiene, instalado no continente (...) Não sou partidário de Ilha para não dar ao doente idéia de degredo, além de não possuímos uma bastante salubre (...) oferecerá todas as condições (...) pequeno mundo, onde se distraiam e se esqueçam quase da moléstia, por não sentirem o pavor e a repulsa de ninguém (...) a cidade terá um bairro afastado 300 ou 400 metros para a administração sanitária, médicos e funcionários, estabelecimento para recolher os filhos dos leprosos, hotel para visitantes, etc. A outra parte será a cidade propriamente dita, dividida em bairros para ricos, remediados e pobres ...³⁵

Belisário foi “combatido” na Academia, por colegas como Eduardo Rabelo e Oscar Silva Araújo (Inspetor da Profilaxia da Lepra). Podemos identificar duas “correntes” dentro do meio médico, os defensores de uma política “radical” de combate à Lepra, baseada no isolamento compulsório de todos os doentes, independente de classe social e os mais “moderados”, defensores de um isolamento mais humanitário, podendo ser domiciliar em alguns casos. A segregação de todos os leprosos, posição defendida por Belisário Penna, era contestada, como também a sugestão do médico para a criação do município ou da instauração do pânico como forma de profilaxia. Eduardo Rabelo, na mesma Academia, defendia uma posição mais moderada que a do sanitarista, dizia que a segregação forçada dos doentes não deu

³⁴ Belisário Penna na Sessão da ANM de 17/6/1926. Apud: SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. *História da Lepra no Brasil*. Vol. 3. Op. cit. p. 414. Publicado no Boletim da Academia Nacional de Medicina, Ano 98, nº9, 1926, p.p.211/223.

³⁵ PENNA, Belisário. O Problema Brasileiro da Lepra. In: *Arquivos Rio Grandense de Medicina*, Faculdade de Medicina de Porto Alegre: Acervo Histórico n.º 8 e 9 agosto e setembro, ano 1928, p. 42.

resultado em nenhum dos países onde foi adotada, citando o exemplo das Filipinas. A posição de Rabelo era que:

Penso que devemos ter leprosários, porque com eles conseguiremos isolar grande e apreciável quantidade de leprosos, **pobres ou necessitados**, que precisam do isolamento, e, principalmente, de um lugar em que morem, durmam e comam. Não há dúvida que devemos isolar os leprosos, mas não temos o direito de, **em uma moléstia pouco contagiosa, como é a lepra**, pôr essa prática em condições estritas, sem podermos sequer garantir a cura. Procederíamos anti-cientificamente contra todas as legislações do mundo, e seria um absurdo voltarmos atrás neste momento³⁶ (grifo nosso).

Para sustentar sua posição, Belisário Penna afirmava que se não fossem isolados todos os doentes em leprosários, independente da classe social, em poucos decênios teríamos uma população de leprosos: *“a lepra se dissemina de uma maneira quase igual à tuberculose, caminhando numa proporção fantástica”*. Rabelo rebatia as idéias do colega dizendo que a lepra era pouco transmissível, sendo absurda a comparação com a tuberculose, a única forma de combater a lepra seria o isolamento em leprosário, unido às medidas do isolamento domiciliar e à instalação de dispensários. Diante deste embate de posições, Belisário não cessando de tocar no tema que ele denominava “O Problema Brasileiro da Lepra”, passou a dirigir suas críticas à Inspetoria, que denominava *“Inspetoria de Propagação da Lepra”*. Ao instalar dispensários nos municípios dizia que contribuiria para a propagação, não para o combate à doença. Acusava estes estabelecimentos de *“verdadeiros chamarizes de leprosos.”* O problema não era “atrair” os doentes, mas não isolá-los.³⁷

Defensor incontestado da necessidade da União, encarregado dos serviços sanitários, Belisário Penna criticava a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública, dizia que, *“apesar do título pomposo com a palavra nacional ali intercalada”*, não tinha atuação efetiva no território. A dependência dos acordos com os Estados, que organizavam os serviços *“à vontade sem nenhum*

³⁶ RABELO, Eduardo. Sessão da ANM de 24/6/1926. In: SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. *História da Lepra no Brasil*. Vol. 3. Op. cit. p. 427.

³⁷ PENNA, Belisário. Sessão da ANM de 05/8/1926. In: SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. *História da Lepra no Brasil*. Vol. 3. Polêmica p.p. 417 - 430.

respeito ao Departamento”, tornava este órgão ineficiente e dispendioso, sugeria ainda que nestas condições devia se chamar “Departamento Negativo de Saúde Pública”, movido pela “politicalha” na nomeação dos cargos (que considerava a *Lepra moral* do Brasil), criticava as oligarquias como um entrave aos progressos sanitários devido a dificuldade de “*entrar na mentalidade desta gente*”, a necessidade primordial do zelo pela Saúde Pública.³⁸

Uma das primeiras atitudes do médico, quando foi nomeado Diretor do DNS em 1930, foi providenciar a extinção da Inspeção. No ano seguinte, Belisário se tornou Ministro da Saúde, indicativo de que posições menos “moderadas” estavam ascendendo ao poder.

A Campanha Nacional

A Lepra está na moda, dizia o deputado Gama Rodrigues, de São Paulo. Com esta observação fazia uma espécie de crítica ao tratamento que a doença vinha recebendo nos meios políticos e sociais, em detrimento, talvez, de outras doenças, como a tuberculose.³⁹

No final do século XIX, início do século XX, tivemos uma expansão da rede de Leprosarias em vários países do mundo. Entre os mais conhecidos destacamos: Carville (1894) nos EUA, Molokai (1865) no Havaí, e Cullion (1906) nas Filipinas. Neste contexto, moléstias como a Lepra não tardaram a adquirir novos significados. A doença passou a ser sinônimo de atraso, “semi-civilização”, em oposição à modernidade e ao progresso que buscavam desenfreadamente os países na virada para o século XX.

Estes “novos” significados atribuídos à moléstia ecoaram no Brasil, conforme indica uma fala proferida por Gustavo Capanema, por ocasião da inauguração de um Leprosário no Espírito Santo:

É fora de dúvida que de todos os problemas de Governo com que nos defrontamos no Brasil, nenhum é mais inquietante que o da lepra. Em todos os países, e em todos os tempos, essa doença encheu de amargura as populações, e contra ela as medidas mais decisivas foram tomadas. E, assim dela se livraram, ou vão se livrando os

³⁸PENNA, Belisário. O Problema Brasileiro da Lepra. In: *Archivos Rio Grandense de Medicina*, Faculdade de Medicina de Porto Alegre: ano VIII, n.º 2, fev. 1929, p. 9-13.

³⁹IYDA, Massako. *Cem anos de Saúde Pública*. A cidadania negada. São Paulo: Ed. da UNESP, 1994, p. 63.

povos de cultura adiantada.⁴⁰

Os problemas relativos à Lepra vinham sendo discutidos nos meio médicos e políticos, sobretudo, em função das denúncias dos sanitaristas. Estes médicos diziam que nosso atraso era resultado, não da nossa formação racial, embora houvesse nuances do discurso eugênico na fala destes profissionais, mas das doenças contagiosas que afetavam nossa população e constatavam que o homem brasileiro, sobretudo do meio rural, era um personagem doente.⁴¹

No pós-30 estava se constituindo um “Novo Estado” no Brasil, com aspirações de modernidade econômica e social. O país precisava integrar o “elemento nacional” nesta política. A Saúde Pública, atrelada ao Estado, contribuiu decisivamente para a construção deste “Homem Novo”.⁴² A Campanha contra a Lepra se revestiu deste ar de “nacionalidade” e de progresso. Conforme evidencia esse discurso:

A lepra, que de maneira insidiosa se espalha e às vezes invade inexplicavelmente lares, ferindo entes queridos, deverá ser intensamente combatida por todos os meios que a ciência colocou ao nosso alcance e é um dever sagrado a colaboração de todos nesta grande obra de reivindicação social para a nossa querida Pátria.⁴³

Um outro fator que “empurrou” a Lepra para a “agenda sanitária nacional” foi a descoberta do bacilo causador da doença. Se por um lado esta descoberta representou um importante passo para a medicina, por outro lado veio confirmar a contagiosidade da moléstia, fazendo com que houvesse um recrudescimento dos temores antigos e, sobretudo, munindo a medicina de justificativa científica para as práticas de segregação impostas aos doentes.

⁴⁰ AGRÍCOLA, Ernani. *Campanha Nacional Contra a Lepra*. Palestras proferidas ao microfone da PRA-2 do Serviço de Radiodifusão Educativa do Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1946. p. 125.

⁴¹ BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da Saúde Pública no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Ática, 1998. p. 21.

⁴² BERTOLLI FILHO, Cláudio. *A História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p.p.11-112.

⁴³ AGRÍCOLA, Ernani. *Campanha Nacional contra a Lepra*. Op. Cit. p. 110.

Por fim, combater a Lepra significava “regular os efeitos negativos da interdependência”. A criação de aparatos estatais capazes de atuar em todo o território nacional nos anos 30 do século passado, apontados anteriormente, permitiu que o governo levasse adiante um plano de combate à Lepra proposto nas primeiras décadas da República.

Embora a Inspetoria da Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas tivesse tido uma atuação limitada durante seu período de existência, justificada, entre outros elementos, pela burocratização dos Serviços e pela dependência dos acordos com os governos estaduais, seu legado foi estendido ao período seguinte. A Campanha incorporou, em parte, as bases propostas pela Inspetoria, herdando um modelo mais ou menos estruturado para a profilaxia da Lepra, como o projeto da instalação de Leprosários e Dispensários – espécie de ambulatórios especializados.

O plano nacional de combate à Lepra foi elaborado em 1935 pelo médico João de Barros Barreto, diretor Geral da Saúde Pública, Ernani Agrícola, diretor dos Serviços Sanitários nos Estados e Joaquim Mota, médico do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico Social.⁴⁴ Compreendia as seguintes medidas: 1) Construção pela União de *Leprosários* nos Estados do tipo colônia agrícola; 2) Extensão e melhoramento dos leprosários já existentes; 3) Hospitalização de todos os pacientes de Lepra aberta ou *mutilante* e também mendigos e indigentes, ainda que não sofressem de forma contagiante. Em contrapartida, os Estados deveriam: a) Instalar um número suficiente de *Dispensários*; b) ceder a área para a instalação de leprosários; c) garantir a manutenção de metade dos pacientes isolados; d) adotar a legislação federal relativa à Lepra e subordinar-se à orientação técnica do Serviço Federal.

Para levar adiante a Campanha, três estabelecimentos foram planejados: o Leprosário, o Dispensário e o Preventório. Respectivamente para atender os doentes internados, os doentes não-internados e os filhos sadios dos doentes.

O primeiro Leprosário deste tipo fundado no Brasil foi o

⁴⁴ Idem. *Ibidem*, p.p. 10-11. Antes dos anos 30, sob os auspícios da Inspetoria da Lepra do DNSP, foram construídos alguns leprosários federais através de convênios com os Estados, são exemplo o Lazarópolis do Prata (1924) no Pará, Colônia São Roque (1926) no Paraná.

“Lazarópolis do Prata”, em 1924, projeto do médico sanitariano Souza Araújo. Este médico, que surgia como o maior nome da leprologia nacional, foi comissionado pelo Instituto Oswaldo Cruz e a Fundação Rockefeller para realizar o estudo sobre a Lepra em vários países, a fim de aperfeiçoar este modelo de Instituição. De regresso, em 1933, o médico percorreu o Brasil a pedido do Governo Provisório para avaliar a situação da Lepra nos Estados. Em seu relatório, entregue ao Ministro da Saúde, concluiu a necessidade da fundação de dispensários e de sanatórios, determinou quais Leprosários deveriam ser remodelados, bem como quais deveriam ser construídos.⁴⁵

Os Leprosários foram pensados para segregar completamente o doente do meio saudável pelo tempo que fosse necessário, se a doença era muito ou pouco contagiosa, se o isolamento era a melhor forma de profilaxia, se solucionaria o problema da Lepra, não seria aquele o momento para querelas acadêmicas entre os médicos, que “aproveitaram” a “boa vontade” do governo e levaram adiante um plano que vinha sendo gestado há muitos anos. O modelo de colônia-agrícola estava ligado à idéia de trabalho. O doente segregado se tornaria antieconômico para o Estado, obrigado a sustentá-lo no isolamento. A idéia do doente *peso* para o Estado e para a economia ganhou expressão num período em que a ideologia do trabalho era bandeira política no país. Se era necessário o isolamento, ao menos que os doentes produzissem alguma coisa. A colônia-agrícola sanaria ambos os problemas: a ameaça social do contágio, pela segregação, e o econômico, pela organização de um tipo de estabelecimento que permitiria e incentivaria o doente a trabalhar. A idéia era de que as colônias tivessem a forma de cidades autônomas, auto-suficientes.

Embora a segregação fosse a medida indicada para combater a Lepra, experiências internacionais, como no Leprosário de Cullion nas Filipinas, mostravam que o combate baseado unicamente no isolamento não resolveria o problema. Os envolvidos na Campanha naquele país admitiam o fracasso daquele sistema de isolamento e sugeriam como forma de profilaxia:

⁴⁵ FAILLACE, J. Maya. *Do conceito atual da profilaxia da Lepra*. Contribuição à campanha contra a Lepra no Rio Grande do Sul. Tese apresentada a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre: 1933, p. 107.

Levar a efeito o programa de uma campanha extensiva e intensiva de educação do povo, realizando inspeções nas áreas epidêmicas e trabalhos persistentes entre os comunicantes, tendo em vista preservar e controlar os casos iniciais, incipientes ou abertos. Não se pode duvidar que isso seja um dos melhores, senão o mais importante fator de extermínio da lepra.⁴⁶

A III Conferência Internacional de Estrasburgo (1923), entre suas resoluções, determinou que o isolamento *apenas* deveria ser aplicado aos doentes *contagiantes* (formas mais graves da doença) aos doentes *vagabundos* e *indigentes*. Os doentes *não-contagiantes*, em particular os casos incipientes, deviam ser tratados em *Dispensários*. Esta idéia de “atenuar” o rigor do isolamento, foi pauta principal da IV Conferência Internacional do Cairo (1938). Na reunião surgiram duas correntes profiláticas, uma, preconizava o tratamento de *leprosos* em *Dispensários*, abandonando o isolamento, outra, recomendava o isolamento, aplicado de modo mais humano.

Idéias e Práticas que pouco se alteram...

Paradoxalmente, enquanto as orientações científicas internacionais prescreviam uma “suavização” no tratamento dos doentes de Lepra, valorizando a busca da terapêutica, no Brasil tínhamos um recrudescimento das práticas em relação aos *leprosos*. A expansão da rede de hospitais colônias e o isolamento compulsório confirmam esta “tendência”.

Podemos fazer algumas considerações sobre a questão. Primeiro, o caráter de combate à Lepra teve um cunho extremamente repressivo, como ocorreu em relação a outras tantas doenças contagiosas no país. O momento da consolidação do combate à doença coincidiu com a ascensão de um Estado autoritário, onde os interesses do indivíduo deviam submeter-se aos

⁴⁶TOLENTINO, José. Porque o actual systema de isolamento fracassou na extinção da Lepra, nas Philipinas. In: *Revista Brasileira de Leprologia*. Vol. 4, n.º 3, 1936, p. 378.

da coletividade, portanto, concorriam para a justificativa da segregação dos *leprosos* não apenas elementos médicos, como o contágio, mas sociais, como o bem comum.

Isso foi bem expresso no seguinte discurso, emitido em nome de órgão oficial, destinado a “justificar” as ações no combate à doença: “São conhecidos os sofrimentos dos doentes de lepra, a sua imensa tragédia atingindo toda sua família e, por isso mesmo não temos o direito de, por sentimentalismo ou por quaisquer outros motivos, prejudicar a coletividade para não sacrificar uma família.”⁴⁷

Neste período, temos um recrudescimento do próprio discurso médico. As incertezas que pairavam no meio científico, como o contágio, a transmissibilidade, o tipo de isolamento, foram “sufocadas” em nome da possibilidade de extirpar a Lepra do país, mesmo que o preço fosse a segregação de milhares de pessoas.

Contudo, à medida que a Campanha foi sendo sistematizada, os agentes encarregados do combate à Lepra foram percebendo que a doença não poderia ser *caso de polícia*; a cooperação era indispensável, principalmente para a realização do diagnóstico precoce da moléstia. Para que o *tripé* funcionasse, era preciso identificar os doentes no tecido social. Isso poderia ser feito através da busca direta dos doentes, de casa em casa, o que dificultaria o trabalho da saúde pública, através da apresentação espontânea do doente, na maioria dos casos pouco provável, ou através da denúncia. A propaganda deveria convencer a população, inclusive os doentes, sobre os benefícios da profilaxia e o perigo do contágio.

A Campanha tinha que alertar a sociedade para o “perigo” que representava a Lepra, sem causar pânico a ponto de afugentar o *leproso*. Houve quem defendesse que esta propaganda devia fazer revigorar o pânico que outrora causava a Lepra e que era “a única arma natural de defesa.”⁴⁸ Entretanto, a orientação da Campanha indicava um caminho diferente do acima proposto:

Espíritos menos avisados diriam ser contraproducente eliminar o pavor à lepra, em vista de conseguirmos por meio dele conservar os

⁴⁷ AGRÍCOLA, Ernani. *Campanha Nacional contra a Lepra*. Op. Cit. p. 138.

⁴⁸ Belisário Penna na Sessão da ANM de 17/6/1926. In: SOUZA ARAÚJO, Heraclides César de. *História da Lepra no Brasil*. Vol. 3. Op. cit. p. 414.

leprosos afastados dos sãos(...) diminuindo o pavor, menores seriam os sofrimentos morais dos doentes; estes não mais se esconderiam; procurariam espontaneamente o diagnóstico, tratamento, isolamento eficaz(...). Não nos devemos esquecer que é altamente prejudicial a essa campanha, a maneira pela qual são, às vezes, tratados pelos jornais assuntos referentes aos leprosos e à lepra(...) ⁴⁹.

De modo geral, a imprensa, escrita e radiofônica, foi utilizada pela Campanha. A idéia era promover a “*boa propaganda*”, que visasse difundir, principalmente, que a Lepra era curável, e, apesar de contagiosa, evitável. Somente uma modificação na atitude do público para com a doença poderia coroar o sucesso da Campanha. Fundamentalmente, os princípios da propaganda seriam orientados de acordo com a opinião científica melhor informada, levando em consideração os costumes e as condições locais. Dentre os objetivos da propaganda estavam o de dissipar o temor excessivo da Lepra, acentuar a necessidade de diagnóstico precoce e preparar médicos, enfermeiros, visitantes e educadores sanitários para tratar adequadamente o diagnóstico da doença. ⁵⁰

Durante os meses de novembro de 1944 a agosto de 1945, foram proferidas 37 palestras no microfone da Pra-2 do Serviço de radiodifusão do Ministério da Educação e Saúde, reunidas posteriormente pelo Dr. Ernani Agrícola e publicadas com o título *Campanha Nacional contra a Lepra*. Estas palestras eram dedicadas, sobretudo, a informar a população da *grandiosa* obra de Getúlio Vargas no combate à doença. Embora evitassem fazer associações pejorativas ligadas à figura dos doentes, continuavam apresentando-os como *párias* e ameaças sociais. A dificuldade de fazer a “propaganda” residia exatamente em realizar este convencimento de maneira que, por um lado, incentivasse a população a denunciar os suspeitos, por outro, convencesse o doente a se apresentar. Os limites eram muito tênues:

Um leproso internado ou isolado em domicílio, quando possível,

⁴⁹ XAVIER, Alvorino Mercio. MENDES, Pessoa; MANGEON, Gilberto. *Da propaganda contra a lepra e os meios de realizá-la*. Arquivos do Departamento Estadual de Saúde, Vol. 1, 1940, 153.

⁵⁰ SOUZA LIMA, Lauro de. Relatório. Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo. *Revista de Leprologia*, vol. 6, 1938, p. 207.

provavelmente já contaminou a uma ou mais pessoas, de modo que, não se exercendo sobre os que com ele conviveram, constante vigilância por pessoal competente, novos casos provavelmente surgirão e só serão, em geral, descobertos quando estes por sua vez já tiverem contaminado outros (...)⁵¹.

As “Palestras de Higiene” na rádio Tupi não eram diferentes. As representações “clássicas” da figura do *leproso* eram apresentadas em tom emocional, principiavam com um: “*Amáveis ouvintes*”... seguia a exaltação da grande obra que representava o combate à Lepra, terminavam com uma descrição da doença: “*um belo dia o mal aparece e começa sua obra de destruição. Mutila. Deforma. Caem-lhes os dedos, as mãos, os braços, as orelhas, o nariz. O desgraçado torna-se uma ruína viva. Conheci, há tempos, um leproso reduzido ao tronco.*”⁵²

Esta visão “assustadora” da doença, embora condenada pela Campanha, era repassada para a sociedade. Alguns médicos criticavam esta forma de abordá-la, entretanto, pouco faziam para dissipar estas representações, sendo que o medo não apenas podia, como foi utilizado em benefício da Campanha. Com o passar dos anos esta atitude viria a ser um problema.

Foi neste contexto e embalado por estas idéias que foi criado o Leprosário do Rio Grande do Sul: O Hospital Colônia Itapuã.

Hospital Colônia Itapuã

Com o passar dos anos, a revelia do conhecimento científico que caminhava em direção a esclarecer mais sobre a Lepra, as práticas em relação aos doentes foram se tornando mais rígidas. Aqueles grupos favoráveis a uma “solução radical” para o problema da Lepra, viram nos anos 30, durante a consolidação de um Estado centralizado e intervencionista, a possibilidade de submeter esses doentes à segregação forçada, justificada em função do perigo social que representavam.

⁵¹ AGRÍCOLA, Ernani. *Campanha Nacional contra a Lepra*. Op. Cit. p. 103.

⁵² GASPARINI, Savino. *Palestras de Higiene na rádio Tupi*. MES: Serviço de Educação Sanitária, 3ª série – 1941, Rio de Janeiro: 1945. P.p.68-70.

A idéia da construção de um Leprosário no Rio Grande do Sul remonta os anos 20, quando um grupo de pessoas no município de Santa Cruz do Sul lançou o projeto. Por vários motivos, entre eles a dificuldade da escolha do local, esta idéia foi adiada até os anos 30, quando o problema da lepra passou então a ser encarado como uma das prioridades do governo nacional.

Neste artigo deixaremos de lado as discussões iniciais sobre o combate à Lepra no Rio Grande do Sul e partiremos para o contexto da Campanha Nacional contra a Lepra em nosso Estado da qual resultou a construção do Leprosário de Itapuã.⁵³

A construção do Leprosário, do ponto de vista médico-profilático, significou a inserção do Rio Grande do Sul no movimento nacional de combate à Lepra representado pela Campanha. O tempo de isolamento dos doentes, incerto naquele período – estamos nos referindo aos anos 30 e 40 – contribuiu para que se pensasse num modelo “ideal” de estabelecimento, uma “*Cidade para os Lázarus*”, aonde os doentes pudessem ficar segregados, não representando ameaça à ordem sanitária e estética das cidades.

A criação do Hospital tornava-se urgente à medida que surgiam notícias de doentes em todos os pontos do Estado. Os Hospitais comuns não ofereciam internamento aos acometidos de Lepra. A Santa Casa não tinha um isolamento para acolhê-los. O Hospital de Isolamento do Estado, que recebia alguns doentes, tinha capacidade limitada.

Como medida emergencial, em 1933, enquanto discutia-se a escolha do terreno para construir o Leprosário, foi construído, por iniciativa filantrópica, um pavilhão anexo ao Hospital de Isolamento São José e reformados outros dois para isolar os *leprosos indigentes* que existiam na Capital.⁵⁴

Vinha de muito tempo, a caridade encarregar-se dos cuidados com a Lepra. No Brasil, muitos abrigos para doentes foram construídos e mantidos pela caridade, entretanto, estava se delineando um outro tipo de filantropia que agiria em conjunto com os poderes públicos. Um grupo de senhoras tomou a frente na

⁵³ Para saber mais ver: SERRES, Juliane Conceição Primon. *Nós não caminhamos sós: O Hospital Colônia Itapuã e o combate à Lepra no Rio Grande do Sul (1920-1050)*. Dissertação (Mestrado em História): UNISINOS, 2004.

⁵⁴ MANGEON, Gilberto. MENDES, Pessoa. A Profilaxia da Lepra no Rio Grande do Sul. In: *Arquivos do Departamento Estadual de Saúde*, Vol. 1, 1940. p. 81.

construção do pavilhão para os lázaros. Estas senhoras formariam em 1934 a “Sociedade Rio-Grandense de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra”, que com o apoio e o envolvimento dos médicos, dos políticos e da sociedade, impulsionariam a Campanha no Estado.⁵⁵

Em 1936 esta Sociedade auxiliou o médico Dr. Raul di Primio em seu projeto de construir o “Hospital de Emergência”, anexo ao mesmo Hospital de Isolamento, no bairro Partenon. No dia 22 de janeiro de 1936, o jornal “A Federação” anunciava “*Uma casa exclusivamente para os Lázaros*”. Na matéria, o periódico saudava a idéia do médico que, em “*pouco mais de um mês*”, conseguiu doações suficientes para levantar o Hospital. Seria uma construção modesta, de caráter emergencial, mas que obedecia “*as modernas prescrições científicas*.”⁵⁶

Aos poucos este Hospital de Emergência foi sendo ampliado para abrigar um maior número de doentes. O objetivo do Hospital de Emergência era isolar os *doentes “que perambulavam”* pela Capital enquanto o Hospital para *leprosos* definitivo não estivesse pronto. Estes doentes, que já vinham sendo recolhidos nos pavilhões de isolamento, a partir de então, contariam com “dependências próprias”, não seriam tratados em enfermaria comum junto com outros portadores de doenças infecto-contagiosas, como provavelmente vinha ocorrendo.

Enquanto alguns doentes eram recolhidos no Hospital de Emergência, era lançada a “pedra fundamental” do Leprosário de Itapuã. O local era “perfeito”, assinalavam os presentes na cerimônia de lançamento da pedra, “*de um lado altos cerros (...) do outro, uma grande lagoa denominada Lagoa Negra*”, ou seja, o isolamento seria completo, mesmo contrariando as orientações internacionais de tirar dos Leprosários a idéia de degredo. Estimavam em 1.500 os doentes do Estado e a construção do Hospital “purgaria” o Rio Grande do Sul da “*terrível infecção*”. Nas palavras de Flores da Cunha, governador do Estado:

Inaugurando esta obra não posso esconder minha satisfação, pois nutro o desejo de consagrar os últimos anos de minha existência à prática do bem. Eu não vejo outra prática melhor, qual seja a de erguer um leprosário. Isso assinala perfeitamente a íntima comunhão que se estabeleceu aqui entre o povo e o poder. O governo sente desejos de coletividade e vem

⁵⁵ IYDA, Massako. *Cem anos de Saúde Pública*. Op. Cit. p. 60-61. Conforme a autora, a partir dos anos 30, dentro da estratégia federal, de centralização do poder, a Saúde Pública passou a ocupar um maior espaço institucional através da ampliação da esfera de atuação governamental. A atuação dos poderes públicos, ao tomar a si os cuidados com a Lepra, historicamente tratados em caráter privado, procuram não excluir, mas incorporar os sujeitos envolvidos, de alguma forma, com a assistência aos doentes, procurando destinar-lhes recursos iniciais e estruturá-los em organizações burocráticas mais complexas.

⁵⁶ Jornal A Federação, Porto Alegre, ano LIII, nº.15, 22/01/36; p. 03.

generosamente ao encontro das justas e elevadas aspirações populares.⁵⁷

No discurso do governador elementos cristãos e políticos mesclam-se. De um lado, solucionar o problema da Lepra era apresentado como uma prática do bem, de outro, uma competência do Estado como catalisador das “vontades” populares. Além da construção do Leprosário, a Campanha de combate à Lepra no Estado ganharia novo impulso com a criação, em 1938, do Departamento Estadual de Saúde (DES) em substituição à antiga Diretoria de Higiene.⁵⁸

A reorganização dos Serviços Sanitários no Rio Grande do Sul correspondia às transformações na Saúde Pública que vinham ocorrendo no país, com o objetivo de ampliar a esfera de atuação estatal, através da burocratização e da racionalização dos serviços de saúde. O DES ficou submetido à Secretaria da Educação e Saúde Pública,⁵⁹ criada em 1935, e teria por função coordenar, administrar e executar todas as atividades relacionadas à saúde pública no Estado através de um sistema misto: órgãos centrais e distritais. Foram instalados Centros de Saúde em Porto Alegre, no número de três, um em Rio Grande e um em Pelotas. Os Postos de Higiene seriam instalados nos municípios (divididos em Postos de 1^a e 2^a Classe) com a mesma função: executar os serviços distritais de Higiene e Saúde Pública, atendendo aos problemas relacionados à higiene pré-natal, à criança, à higiene dentária, às doenças venéreas, à tuberculose, à lepra, às doenças transmissíveis agudas, às endemias rurais, à higiene da alimentação, do trabalho, à polícia sanitária e ao saneamento.⁶⁰

Interessa-nos, particularmente, o que o regulamento do DES dizia sobre a Lepra. A profilaxia da Lepra foi regulamentada em pouco mais de 20 artigos, seguindo mais ou menos o “padrão” nacional: notificação obrigatória; isolamento compulsório; vigilância sanitária; tratamento obrigatório; educação e propaganda sanitária e medidas complementares, como a participação de associações privadas, sobretudo prestando auxílio junto aos filhos e às famílias dos doentes internados. Pelo decreto, seriam considerados casos confirmados de Lepra, pessoas em que os exames de laboratório tenham sido positivos ou que, embora tivessem resultados negativos em seus exames, apresentassem “*sintomas característicos da doença*.”⁶¹

Em 1940 foi inaugurado no Rio Grande do Sul o Leprosário Itapuã, obedecendo ao modelo nacional, assim constituído: na “zona sadia” havia uma residência para o médico diretor, uma para o administrador, casas geminadas para os funcionários, uma usina geradora de eletricidade, garagem e moradia para motorista. Na “zona intermediária” encontravam-se

⁵⁷ Jornal A Federação, Porto Alegre, ano LIII, no. 286, 17/12/36, p. 01.

⁵⁸ Decreto 7.481.de 14.09.38. - Jornal do Estado de 25.11.38. Ano II, Nº 296

⁵⁹ As atividades de Educação e Saúde Pública submetidas à Secretaria dos Negócios do Interior e Exterior (SENIE) passaram a ter uma Secretaria própria. Mensagem enviada à Assembléia Legislativa pelo Dr. Darcy Azambuja. Secretário dos Negócios do Interior e Exterior, no exercício do cargo de governo do Estado em 1 de julho de 1936. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 1936. p. 63.

⁶⁰ Secretaria da Educação e Saúde Pública. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Cel. Osvaldo Cordeiro de Farias, Interventor Federal no Rio Grande do Sul, pelo Dr. J. P. Coelho de Souza, Secretário da Educação e Saúde Pública, compreendendo o período administrativo de 21/10/37 a 31/12/39. Publicado em 1940, Oficinas Gráficas do Instituto Técnico Profissional.

⁶¹ Decreto 7558 de 11.11.38. Jornal do Estado, Porto Alegre, 25.11.38, nº 296.

os prédios da administração, da padaria, a casa das Irmãs, o pavilhão de observações e a futura casa do capelão. Na “zona suja” ficavam os 14 pavilhões “Carville”, as 11 casas geminadas, cozinha, refeitório, hospital com ambulatórios, enfermarias (mulheres e homens), lavanderia, capela, forno de incineração, necrotério, oficinas, cemitério. À entrada da “zona suja” ficariam o *parlatório* e o expurgo. O Hospital ainda contaria com uma área rural.⁶²

Na “página da saúde” do “Jornal do Estado” do dia 6 de julho de 1939, dedicada à Lepra, aconselhava-se que *“todo doente para sua felicidade e daqueles com quem convive”* deveria procurar o Leprosário de Itapuã, pois ali poderia *“tratar-se e gozar de todo conforto material e moral que se possa imaginar”*, e orientava *“por isso a menor suspeita do mal todos os indivíduos devem se dirigir a um médico ou a um posto de saúde do DES.”*⁶³

Nesta data o Leprosário nem havia sido inaugurado, as obras estavam em vias de conclusão, entretanto, prevendo que a campanha para “chamar” os doentes – que pareciam não ceder aos encantos da bela *cidadezinha* que era só deles – seria longa, davam início ao chamamento.⁶⁴

A orientação geral, como vimos, era de que a Campanha fizesse uma boa propaganda, procurando identificar e convencer os doentes a se submeterem ao tratamento. No Rio Grande do Sul muitos doentes já haviam sido recenseados, entretanto, neste momento, o objetivo de localizar os doentes era para enviá-los para o Leprosário:

Já se foi o tempo em que fundavam hospitais por simples espírito de caridade, sendo o doente considerado apenas um infeliz digno de comiseração. Hoje, sabemos que o enfermo de moléstia contagiosa ou transmissível, além de merecedor de assistência e proteção, é um elemento perigoso, comparável, em geral, a um fabricante e distribuidor de venenos, contra o qual, mesmo a sua revelia, tem a sociedade o direito e o dever de se defender.⁶⁵

⁶² Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Cel. Osvaldo Cordeiro de Farias, M. D. Interventor Federal, pelo Dr. José Bonifácio Paranhos da Costa, Diretor Geral. DES, Oficinas Graphicas da Imprensa Oficial, Porto Alegre, 1941, p.45.

⁶³ Jornal do Estado, Porto Alegre, ano II, n 477, 06/7/39, p 10.

⁶⁴ Calculavam-se em torno de 800 a 900 doentes no Estado, confirmados havia 350, presentes em 45 dos 86 municípios do Estado. Distribuição Geográfica da Lepra no Rio Grande do Sul em 1939, pelo Dr. Leônidas Soares Machado, trabalho apresentado no IX Congresso Nacional de Geografia, Florianópolis, Dezembro de 1940, p.112 .

⁶⁵ PENNA, Belisário. O Problema Brasileiro da Lepra. In: *ARM*, n.º 8 e 9, agosto e setembro , 1928, p. 26.

O Departamento Estadual de Saúde desenvolvia o censo dos doentes com base nos dados enviados pelos Dispensários, que em 1940 estavam instalados em 2 Centros de Saúde e 43 Postos de Higiene do interior. Haviam “fichados” no Estado até 1939, 421 doentes e 2.645 comunicantes. O DES ainda possuía um serviço de vigilância, busca e detecção, realizado pelas educadoras sanitárias através de visitas.⁶⁶

Os médicos realizavam um serviço itinerante no Rio Grande do Sul. Movidos por denúncias partiam para confirmar casos ou suspeitas de focos de Lepra. Sobre este tipo de procedimento, a única referência que encontramos foi um relato de um médico da Profilaxia da Lepra de Santa Catarina. O médico dizia que ao viajar para o interior em busca de doentes, os médicos recebiam o apoio das autoridades locais e, se preciso, reforço policial, para o caso de ter que remover doentes à força. Os doentes fugiam, “*apavorados com as notícias divulgadas distorcidas de que o governo ou a polícia estavam à cata delas para interná-los, prendê-los e até liquidá-los*”.⁶⁷ O médico lamentava que houvesse tanto exagero por conta da ignorância popular.

Os serviços de Lepra no Rio Grande do Sul durante os primeiros anos da década de 1940 foram intensos:

Ano	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1946
1º exame	894	2.888	2.974	3.852	2.620	2.992	2.601
Casos confirmados	192	230	153	108	82	98	118
Visitas educadoras	338	570	398	237	312	-	-

Quadro 01 – Serviço de Lepra de 1939-1946 (Fonte: Administração Sanitária do RGS 1938 a 1943: CEDOPE/Partenon).

O apelo para que os doentes se apresentassem, o investimento na propaganda para atraí-los e a força, foram recursos usados pela

⁶⁶ A obra de saúde do Governo Getúlio Vargas – O Combate a Lepra no Rio Grande do Sul; por Bonifácio Paranhos da Costa. Diretor do DES. Jornal do Estado, ano III, n. 688, 23/3/40, p. 6.

⁶⁷ SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. *A Medicina que aprendi, exerci e ensinei*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1996. p.88-89.

profilaxia da Lepra. Iludiram-se os médicos ao supor que os apelos ao Leprosário, apresentado como a salvação para os *pobres infelizes*, iriam despertar a busca massiva por estes estabelecimentos. Tampouco os apelos ao “patriotismo” para que os doentes se apresentassem aos Dispensários e de *boa vontade* se internassem em Hospitais-Colônias funcionava.

No primeiro ano de funcionamento do Leprosário de Itapuã centenas de doentes foram removidos para lá. Entretanto, o isolamento no Leprosário continuava representando uma tarefa difícil, por que na maioria dos casos o doente procurava “*esconder sua desgraça*.”⁶⁸ Nas situações onde os estigmas denunciavam a presença da doença, a segregação era quase inevitável. Estavam internados no Hospital de Emergência do Partenon aproximadamente 100 doentes quando a notícia da transferência para o Hospital Itapuã chegou. A capacidade do Leprosário seria muito maior, de 600 a 800 doentes com possibilidades de abrigar até 1.000.⁶⁹

Considerações finais

O combate à Lepra no Brasil foi fruto de um somatório de fatores, qualquer análise que não parta deste pressuposto corre o risco de empobrecer a questão. Por um lado, tivemos o que poderíamos chamar de uma “pressão externa” para combater a doença. As questões referentes à Lepra ganhavam notoriedade no cenário internacional à medida em que ocorriam descobertas científicas que pareciam lançar luz sobre uma moléstia tão antiga, quanto desconhecida. Os países assolados pela endemia se viram impelidos a tomar medidas contra a doença identificada como sinônimo de atraso. Lepra e progresso não combinavam.

Por outro lado, tivemos uma “pressão interna”. A filantropia, que historicamente cuidava do problema da Lepra no Brasil, mal estava conseguindo abrigar alguns doentes nos asilos existentes, que dirá contribuir para pôr fim à marcha da moléstia. A criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (1921) acenava como uma resposta do governo aos apelos que vinha

⁶⁸ Jornal do Estado, Porto Alegre, ano III, n.º 630, p. 1, 10/1/1940.

⁶⁹ Jornal do Estado, Porto Alegre, ano III, n.º 633, p. 1, 13/1/1940.

recebendo, sobretudo, dos setores médicos e sociais. O governo trazia, assim, a questão da Lepra para a alçada estatal. Entretanto, esta Inspetoria foi pouco eficaz, entre outros fatores, devido a dificuldade do Estado em estender sua atuação a todas regiões do país, limitada pelo federalismo constitucional.

Com a ascensão do autoritarismo no pós 30, favorecendo a emergência da atuação governamental em caráter nacional, foi possível ao Estado empreender uma Campanha contra a Lepra em todo o território, dispondo dos recursos necessários e dos mecanismos jurídicos legais para levar adiante o combate à endemia. Combater a Lepra no período estudado, além de um imperativo humanitário, tornou-se um “dever patriótico”, pois na visão dos contemporâneos a doença colocava em risco nosso progresso, nosso destino nacional, nossa consciência de país civilizado.

A implantação das diretivas nacionais de combate à Lepra em nosso Estado, reuniu ao lado dos pressupostos científicos, representações sociais sobre a doença, presentes não apenas na fala da população, como no caso da fala dos próprios médicos que apresentavam os doentes como ameaças sociais.

A situação de desamparo em que viviam os doentes no Rio Grande do Sul não deixava de ser preocupante. Entregues à própria sorte, centenas de pessoas vagavam em busca de ajuda. Algo precisava ser feito, essa foi a compreensão dos homens daquela época. Entretanto, a profilaxia da Lepra se preocupava menos com os doentes do que com a sociedade. Era preciso segregar os *leprosos* não porque a medicina tivesse condições de oferecer-lhes a cura ou qualquer tratamento minimamente eficaz, mas para evitar que contagiassem a população.

O Hospital Colônia Itapuã foi um destes locais de isolamento, desempenhando as funções previstas pela Campanha. Embora fosse o único meio conhecido na época para conter a propagação da Lepra, a segregação foi muito contestada, primeiro porque pairavam dúvidas sobre o quanto a moléstia era contagiosa, segundo porque experiências internacionais denunciavam que a prática nem sempre obtinha resultados satisfatórios, como foi o caso das Filipinas. O fracasso do sistema de isolamento neste país foi apresentado ao mundo científico brasileiro na Revista de Leprologia do ano de 1936, portanto, quando estávamos no “auge” da Campanha no Brasil. O motivo do fracasso era simples: certos de

que seriam segregados, os doentes se escondiam das autoridades sanitárias.

Mas parece que o “aviso” vindo daquele país não ressoou por aqui. Foi preciso transcorrer muitos anos – até a descoberta da sulfona! – para que as autoridades sanitárias nacionais se convencessem de que a segregação compulsória nos Leprosários não extinguiria a Lepra no Brasil. O Hospital Colônia Itapuã foi fruto deste (mal)entendido, que a segregação purgaria o país da moléstia.

As medidas repressivas contra a Lepra, tanto aqui quanto na Noruega, nas Filipinas ou em qualquer outro lugar, não surtiram os efeitos desejados, o isolamento compulsório segregava apenas os casos “abertos” da doença, ou seja, quando os sinais da Lepra eram evidentes, não tendo praticamente nenhuma atuação sobre os casos “fechados” ou incipientes da doença, como admitiram *a posteriori* as autoridades competentes. Enquanto alguns indivíduos, a maioria *em fase adiantada* da doença, estavam sendo isolados, a Lepra se disseminava entre a população, sobretudo a carente. Esse parece ter sido um aspecto pouco discutido entre os envolvidos na Campanha.

Abstract:

The following article approaches the campaign against leprosy in Rio Grande do Sul emphasizing its main result, the “Hospital Colônia Itapuã”. The main purpose along the report was to rebuild the fight against this sickness in the state, introducing the developed practice for leprosy fight in a more general context, the national campaign against leprosy.

From this perspective was aimed to analyze the prophylactic measures adopted between 1920, period identified as the beginning of the fight against the sickness in the state, until the 50's, when therapeutic acquisitions contributed to the rethinking of the segregationist model adopted up to that moment. In that period happened the end of the compulsory isolation for the patients of leprosy in the

Key words:

History, leprosy, Representations, National Campaign, leprosarium.