

A hanseníase como objeto histórico: o caso brasileiro

Lina Faria*

Luiz Antonio de Castro Santos*

Carlos Henrique Assunção Paiva*

Resumo

Ao discutir a luta contra a hanseníase no Brasil, em especial, no Maranhão, o objetivo do presente trabalho é analisar as diferentes concepções médicas e “profanas” da doença, bem como as propostas de intervenção social de combate à hanseníase, que desafia conceitos e convicções sobre o tratamento e propagação. O texto procurará explorar os significados epidemiológicos, médicos (as políticas de confinamento), culturais e sociais (particularmente a questão do estigma sobre um mal bíblicamente associado ao pecado e à impureza) da hanseníase, procurando estabelecer certos traços comuns à sociedade brasileira.

Palavras-chave: Hanseníase, Maranhão, Primeira República.

Abstract

As the fight against leprosy in Brazil, particularly in the state of Maranhão, is singled out for analysis, this paper discusses the different medical and “profane” conceptions of the disease, in addition to the proposals of public health intervention, always challenged by rival doctrines or convictions about contagion, diffusion, and treatment. The changing epidemiological, medical (i.e., the practices of isolation), social, and cultural views (particularly the stigma associated with the notions of sin, purity and danger) will help the search for singularities, as well as common elements, among Brazilian and other populations.

Keywords: Leprosy; Brazil’s State of Maranhão; First Republican period.

Apresentação

Trata-se de uma moléstia que caminha lentamente, com alterações morfológicas e fisiológicas que desafiam conceitos e convicções sobre o tratamento e propagação. A hanseníase começou a ser vista como uma “enfermidade” merecedora de atenção médico-social, de acumulação de conhecimentos científicos e de medidas de contenção, a partir de inícios do século XX. A doença passou a fazer parte da dramaturgia do sofrimento humano desde a Antiguidade, mas sua identidade etiológica remonta apenas ao final do século XIX – quando o médico norueguês Gerhard H. A. Hansen descobriu o bacilo causador que leva seu nome.

* Historiadora, Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisadora do Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde – IMS/Uerj. Pesquisadora Associada DPCT/Unicamp. E-mail linafaria@ims.uerj.br; lina@compuland.com.br.

□ Sociólogo, Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ. E-mail lacs@ims.uerj.br.

· Historiador, Doutor em Saúde Coletiva. Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz. E-mail: cpaiva@coc.fiocruz.br.

No Brasil, até os tempos da Primeira República, famílias inteiras de leprosos, como ciganos errantes, sobreviviam ao descaso das autoridades sanitárias ou, mais tarde, como corpos policiados, eram vítimas de políticas de institucionalização cruéis. As questões da nacionalidade, às quais se associavam o “problema da raça” e do “melhoramento eugênico”, passaram a demandar a eliminação da mancha da hanseníase no país. Alguns estados da Federação se destacavam nas estatísticas de casos mórbidos e um deles – o Estado do Maranhão – cedo ocupou a atenção de sanitaristas, pesquisadores e autoridades da saúde.

Em meados dos anos de 1920, havia uma pandemia de hanseníase não só no Maranhão, mas em vários estados brasileiros. De acordo com as estatísticas da época, 90% dos portadores de lepra eram pobres ou miseráveis. Medidas sanitárias foram adotadas, pelos governos Federal e estaduais, tais como: isolamento compulsório dos doentes em colônias agrícolas, asilos, preventórios, sanatórios, leprosários, hospitais ou no próprio domicílio; notificação obrigatória e exame periódico dos comunicantes (SILVA ARAUJO, 1927).

A atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública e a criação de uma legislação sanitária

Desde 1920, o recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob a direção de Carlos Chagas, abrigava uma Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, voltada para o controle da propagação da doença. As atribuições do novo Departamento permitiram que várias regiões mais pobres do país pudessem contar com apoio federal para evitar a propagação da doença.

A hanseníase gerou uma preocupação pela saúde pública e se tornou uma área importante da atuação do Estado. Nesse cenário manifesta-se a questão da nacionalidade. Os debates políticos sobre higiene começavam a apontar na direção da transformação da saúde em um "problema nacional". Para tanto, limpar a mancha da lepra significava uma tarefa de salvação nacional. Em virtude do forte impacto social da doença, academias de medicina e centros de pesquisa começaram a se reunir para discutir as medidas necessárias de prevenção e erradicação. A hanseníase passou a ser vista como uma ameaça à civilização, à raça e à nação, tamanha a importância social que passou a lhe ser atribuída (CASTRO SANTOS, 1985; LIMA, 1996; HOCHMAN, 1998). A hanseníase representava uma ameaça não só no Brasil, mas em vários países latino-americanos. Obregón nos mostra que, na Colômbia, nessa

mesma época e até inícios dos anos de 1950, nenhuma doença foi tão estigmatizada como a lepra (OBREGÓN, 1996)¹.

Antes da criação do DNSP quase nenhuma providência se havia tomado para impedir a difusão da hanseníase e erradicá-la do território nacional. Existiam na Capital e, em alguns estados, hospitais para leprosos que eram mantidos por associações privadas ou pelos governos estaduais, mas não havia uma legislação sanitária visando à profilaxia da doença. No distrito federal, os serviços eram diretamente executados pela Inspetoria. Nos estados, dada a organização política do país, era a execução dos serviços feita mediante acordo com os respectivos governos, que, segundo Oscar da Silva Araújo (Inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas), “deveriam respeitar e fazer cumprir, dentro de seu território, a legislação sanitária federal no que diz respeito ao assunto” (SILVA ARAUJO, 1927: 196).

Legislação Sanitária

O sistema adotado consistia em três fatores básicos: na notificação obrigatória; no exame periódico dos comunicantes e no isolamento em colônias agrícolas, asilos, hospitais ou no próprio domicílio do doente. O isolamento no domicílio era aceito pela autoridade sanitária, desde que não oferecesse grandes riscos de contágio. O doente e seus familiares eram, no entanto, mantidos sob rigorosa vigilância e submetendo-se a exames periódicos.

O Regulamento prescrevia, em resumo, as seguintes medidas: “a) notificação obrigatória; b) levantamento do censo de leprosos; c) isolamento obrigatório em domicílio, colônias agrícolas, sanatórios, hospitais ou asilos; d) vigilância sanitária dos doentes isolados em domicílio; e) vigilância sanitária dos suspeitos; f) vigilância sanitária preventiva dos comunicantes; g) assistência pecuniária aos leprosos isolados ou às suas famílias; h) proibição do exercício, por leprosos, de ofícios ou profissões que possam ser perigosos à coletividade; i) proibição da entrada no território nacional de estrangeiros leprosos; j) proibição da amamentação natural pelas mulheres leprosas; [...]; m) segregação imediata dos

¹ *Diários de Motocicleta*, filme dirigido por Walter Salles, e inspirado nos diários de Ernesto Guevara durante sua primeira viagem pela América Latina, também nos mostra como a lepra era uma doença estigmatizada em toda a América Latina e como era forte a defesa, pelas autoridades sanitárias, pelo isolamento compulsório em colônias agrícolas, asilos, preventórios, sanatórios, leprosários e hospitais. Prestes a se formar em Medicina, Guevara decide percorrer a América Latina, ao lado do amigo bioquímico Alberto Granado, e desvendar o continente sobre o qual conhecia apenas através dos livros. Inicialmente equipados com uma moto, apelidada de La Poderosa, os dois rapazes enfrentaram diversos percalços ao longo da viagem e descobriram um quadro generalizado de miséria e doença. Uma das cenas mais importantes de *Diários de Motocicleta* é aquela que se passa no leprosário, situado em San Pablo, na Amazônia peruana. A ilha habitada pelas vítimas da hanseníase pode ser vista como símbolo da segregação e de uma América Latina como um imenso continente de leprosos.

filhos nascidos de pais leprosos; [...]; q) educação higiênica popular no sentido de tornar conhecidas as condições de contágio da doença” (SILVA ARAUJO, 1927: 198-199).

Nos anos de 1920, a hanseníase se distribuía principalmente em dois grandes focos: um ao norte do país, compreendendo os estados do Amazonas, do Pará e Maranhão; outro mais ao sul, compreendendo os estados de Minas Gerais e São Paulo. Em virtude do alastramento da doença por esses estados, o DNSP planejou a construção de uma grande colônia agrícola no Pará (a primeira colônia agrícola para leprosos no Brasil), um hospital de isolamento no Maranhão e duas colônias agrícolas em Minas Gerais. Em São Paulo², o próprio governo estadual já vinha providenciando a construção de uma grande colônia em Santo Ângelo (SILVA ARAUJO, 1927: 206; MONTEIRO, 2003).

A educação sanitária e a propaganda higiênica foram armas poderosas no controle da hanseníase no país. A propaganda higiênica era feita nos dispensários, leprosários, asilos e hospitais por meio de cartazes, folhetos, artigos nos jornais, exposições, etc. Visava principalmente chamar a atenção para as vantagens da profilaxia preventiva. Em 1923, a Inspetoria criou o Serviço de Visitadoras. Um curso intensivo de seis meses sobre doenças venéreas e lepra foi organizado para formação e orientação dessas profissionais. As visitadoras ficaram encarregadas de levar à população carente noções e conceitos de higiene. (SILVA ARAUJO, 1927: 211; BARROS BARRETO, 1942).

No início de suas atividades, o DNSP firmou acordo com 18 estados, a exceção de São Paulo. As primeiras medidas sanitárias foram: realização de censos sanitários em todos os estados; registro dos doentes; estabelecimento de um regime de vigilância sanitária para os leprosos que permanecessem em domicílio; aplicação do óleo de *chaulmoogra* e construção de colônias agrícolas (SILVA ARAUJO, 1927: 203). Mas, não restava dúvida, de que, naquele momento, o tratamento era o recurso profilático mais eficaz na campanha anti-hanseniana.

Para o DNSP, o tratamento era um importante instrumento no auxílio à profilaxia preventiva, pois evitava a reclusão dos doentes em colônias ou sanatórios e diminuía o isolamento obrigatório. A Inspetoria ficou responsável por difundir a importância do tratamento como meio auxiliar da profilaxia. Além do desempenho de funções previstas no Regulamento da Legislação Sanitária, a Inspetoria vinha se constituindo em um importante centro de estudos e pesquisas sobre a lepra. Em seus laboratórios eram desenvolvidas pesquisas para o aperfeiçoamento de medicamentos destinados ao tratamento da doença.

² Para um estudo mais aprofundado sobre a lepra em São Paulo ver Monteiro, 2003.

A propagação incontida e a necessidade de isolamento levaram o DNSP à iniciativa de reunir, na capital do país, a Primeira Conferência Americana da Lepra, em 1922, de cuja organização ficou encarregada a Inspeção. Participaram delegados de quase todos os países americanos e de alguns países europeus. Essa Conferência significava uma nova área de atuação e de associação para os profissionais que já vinham atuando no campo, com as conhecidas dificuldades de prevenção, cura ou controle da enfermidade.

A Conferência reuniu médicos, sanitaristas, intelectuais e autoridades sanitárias, para discutirem sobre as estatísticas e os modos de diagnóstico e prognóstico da doença. Naquela época, praticamente não existiam dados sobre a história e trajetória da hanseníase no Maranhão e/ou em outros estados brasileiros. Acreditava-se que a doença havia penetrado no país com a imigração européia e com os negros africanos. Os arquivos de higiene traziam ligeiras referências sobre a penetração, a propagação e o número de pessoas afetadas (MENDONÇA, 1922: 7).

A hanseníase no Maranhão

É importante salientar que, até a criação do DNSP, muito pouco se fez, por parte do Governo Federal, no Maranhão, para tentar solucionar ou amenizar os problemas relativos ao alastramento de casos de lepra no estado. Nos primeiros anos de 1920 havia cerca de mil doentes de hanseníase na terra de Nina Rodrigues. A notícia da hanseníase no Maranhão fez soar um alerta: a maioria dos municípios não tinha condições de cuidar efetivamente dos problemas da saúde pública; basicamente só existiam serviços sistemáticos e regulares na capital do estado, como o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural. A iminência do perigo da doença mobilizou as autoridades sanitárias e políticos na busca de soluções para tentar evitar seu alastramento.

O estudo da história pregressa e da distribuição geográfica da hanseníase no Maranhão, nas primeiras décadas do século XX, era ainda muito falho. Segundo Sálvio de Mendonça³ (Médico e Delegado pelo Maranhão na Conferência Americana da Lepra), em fala apresentada à Primeira Conferência “não nos coube saber de quando apareceu a moléstia no Maranhão, de quando começa ali a sua invasão [...] degradante, no espetáculo funambulesco de suas mutilações” (MENDONÇA, 1922: 8).

Apesar da carência de informações sobre o número de doentes e a extensão da propagação da doença no Maranhão, Sálvio de Mendonça fornece dados preciosos referentes

³ Em “Memória apresentada à 1ª. Conferência Americana da Hanseníase”, 1922, Rio de Janeiro.

a alguns municípios maranhenses. Segundo ele, em 1923 existia mais de mil pessoas contaminadas no estado, número esse registrado em função da grande procura aos dispensários. Naquela época, apenas onze municípios haviam sido recenseados: São Luiz com 160 leprosos, Anajatuba com 87, Macapá, Cajapió, São Bento e Santo Antonio e Almas com 75, Viana com 89, Caxias com 48, Alcântara com 24, Cururupu com 10 e Pedreiras com 8, alcançando ao todo 501 leprosos. Desses 329 eram homens e 172 mulheres. 237 tinham entre 20 e 40 anos e 306 apresentavam a forma nervosa da doença (MENDONÇA, 1923: 4-5)⁴.

No início do século XX, os locais de maior penetração de europeus e africanos eram regiões onde a hanseníase havia tomado grandes proporções. As baixadas dos rios Mearim e Pindaré e o recôncavo de uma pequena parte da costa e do rio Itapecurú eram verdadeiros focos de contaminação. Essas regiões, maiores centros de agricultura e lavoura do Maranhão, com pequenos núcleos de habitações rurais, não possuíam praticamente nenhum serviço de higiene ou assistência médica e hospitalar. Na região do rio Mearim - um dos mais extensos focos da doença - tomou a moléstia grandes proporções em algumas localidades como Viana, Matinha, Penalva, Monção e São Luiz Gonzaga. Nessa área, cuja população era de quase vinte mil pessoas, existiam cerca de cento e cinquenta doentes recenseados.

Mas, um dos focos mais ativos da moléstia, que se disseminava por todos os cantos e ruas do Maranhão, era representado pela terra natal de Nina Rodrigues - Anajatuba. “É um lugarejo sórdido pela sua localização, por suas condições telúricas, por seus meios de comunicação por suas condições de vida e de trabalho” (MENDONÇA, 1923: 12). A migração interna contribuía profundamente para o alastramento da doença, com maior ou menor intensidade. O discurso de Sálvio de Mendonça na Conferência Americana, assim como de outros Delegados, era um alerta para que as autoridades sanitárias tomassem medidas eficientes e adotassem uma profilaxia sistematizada no controle à doença.

Algumas tentativas para conter o mal

A impossibilidade de a maioria dos estados enfrentarem os problemas de saúde, sem o apoio material e financeiro do governo federal, contribuiu para que este interferisse de forma direta nos momentos de recrudescimento das crises epidêmicas e abriu caminho para

⁴ 58% dos casos eram da forma nervosa, 16% da forma cutânea e 25% dos casos da forma mista, 1922: 21.

uma parceria internacional representada pela Fundação Rockefeller⁵. Acordos foram firmados entre a Rockefeller e os governos dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, além do Distrito Federal. O Maranhão foi o único estado nordestino a receber auxílio da Fundação, antes de 1920. No Maranhão, o apoio duplicou: de \$8 mil, em 1919, para mais de 16 mil dólares, em 1920. Grande parte dessa verba, no entanto, foi direcionada para as campanhas de combate à malária e à varíola. Muito pouco se fez em relação à lepra (CASTRO SANTOS e FARIA, 2003).

Falando sobre a saúde pública nessa época, não se pode deixar de ressaltar o quanto se faziam necessários os serviços sanitários. Com exceção de São Paulo - que já se preocupava com os problemas relativos à saúde desde inícios da República - tanto o Maranhão quanto os outros estados da federação continuariam a ser duramente castigados por sucessivos e freqüentes surtos epidêmicos, além de um mau estado sanitário e da ausência de serviços sistemáticos e de abastecimento de água. O péssimo estado de salubridade do Maranhão deu a São Luiz, segundo Meireles, uma má fama de cidade suja e insalubre (1993: 55).

Era preocupante a incidência de casos de hansen, principalmente nos municípios de Anajatuba, Macapá, São Bento, Santo Antonio de Balsas, Pinheiro, São Vicente Ferrer, Caxias, Alcântara e São Luiz, como se disse anteriormente (MEIRELES, 1993:58). Para as autoridades sanitárias maranhenses, tornava-se urgente aparelhar os poderes públicos para que pudessem implementar políticas sanitárias. Nesta época, já existia um movimento favorável à criação e organização de serviços de saúde no estado. Os governos de Alexandre de Sá Collares Moreira Júnior (1902-1906) Benedito Pereira Leite (1906-1910), Luis Antonio Domingues da Silva (1910-1914), Herculano Nina Parga (1914-1918), Urbano Santos da Costa Araújo (1918-1922) implementaram programas de saúde mais sistemáticos e eficazes. Mas, foi durante o governo de Paulo Martins de Souza Ramos (1936-1945) que foram criados serviços voltados exclusivamente para a profilaxia e o combate à lepra.

Uma primeira providência foi tomada em 1903, com a aprovação da Lei n. 322, de 26 de março, que previa a construção de um hospital para leprosos, em função das altas taxas de contaminação (MEIRELES, 1993: 65-74).

Durante o governo de Urbano Santos da Costa Araújo, os casos de hanseníase, apesar de todos os esforços, continuavam a crescer no estado. Em função deste crescimento, o governo deu cumprimento à Lei n. 322. Um orçamento no valor de Rs. 265:917\$000 foi

⁵ Para um estudo mais aprofundado sobre as ações da Rockefeller no Brasil e na América Latina ver: Collier, Peter e David Horowitz, 1976; Howe, 1982; Cueto, 1994; Castro Santos e Faria, 2003.

liberado para a construção de um Dispensário da Lepra e Moléstias Venéreas (MEIRELES, 1993: 65-74)⁶. Outra iniciativa do governo Urbano Santos foi estabelecer um convênio com a Fundação Rockefeller para execução, no território maranhense, de uma campanha de combate à lepra e à malária.

Em 1936 assume Paulo Martins de Souza Ramos, escolhido por Getúlio Vargas, que ficou nove anos no governo, primeiro como governador (1936-37) e a seguir como Interventor (1937-45). Foram realizações de seu governo: a criação de um Centro de Saúde “Doutor Paulo Ramos”, além de seis postos de higiene; do Leprosário São Luiz; da Colônia do Bonfim e do Serviço de Profilaxia da Lepra. Apesar de todas essas medidas, existia no Maranhão, em 1940, cerca de 1.800 doentes de hansen, uma frequência de dois doentes para cada 2.000 habitantes⁷.

Conclusão

Como se viu ao longo do texto, o Maranhão é um caso especial (de modo algum o único) na história da saúde brasileira, a enfrentar, entre as razias de tantas epidemias, a doença da hanseníase. A hanseníase vinha castigando os maranhenses desde os tempos coloniais. Mas, somente durante a Primeira República, com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, pelo DNSP, medidas sistemáticas e eficazes foram implementadas no Maranhão e em todo o território nacional. Até a criação da Inspetoria, em 1920, a profilaxia consistia, basicamente, na reclusão dos casos mais avançados em asilos, dispensários, leprosários. A partir de meados de 1920, a doença passa a ser encarada como um problema sanitário complexo, cuja solução exigia um sistema de medidas adotadas por órgãos especializados. No entanto, a história dessa moléstia e de seus atores estigmatizados envolve também um trabalho intenso de educação sanitária e popular que possa superar, ao longo do tempo, um dos exemplos mais tristes de exclusão social na história humana.

Referências Bibliográficas

BARROS BARRETO, João de “A organização da saúde pública no Brasil”. *Arquivos de*

⁶ Durante o governo de Urbano Santos pretendia-se construir, com recursos estaduais e federais, um leprosário para abrigar os doentes que estavam “alojados” em barracões de madeira, construídos perto ao Cemitério da Misericórdia. No entanto, o projeto não teve êxito em virtude da escassez de verbas federais.

⁷ “Relatório apresentado ao Sr. Dr. Getúlio Vargas, Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil, pelo Dr. Paulo Martins de Souza Ramos, Interventor Federal do Maranhão”, Imprensa Oficial, 1940. Administração de 1939.

Higiene, RJ, ano XII (2), 1942: 169-215.

CASTRO SANTOS, Luiz A. de "O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade". *Dados (Revista de Ciências Sociais)*, RJ: vol.28 (2), 1985: 193-209.

CASTRO SANTOS, Luiz A. de "A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil)". *Revista Brasileira de Estudos da População*. SP: vol. 6 (1), jan-jun, 1989: 105-110.

CASTRO SANTOS, L. A. de. A reforma sanitária 'pelo alto': o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados (Revista de Ciências Sociais)*, 36(3): 361-392, 1993.

CASTRO SANTOS, Luiz A. de e FARIA, Lina R. de *A reforma sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. São Paulo: Editora Universitária São Francisco, 2003.

COLLIER, Peter e David Horowitz *The Rockefellers: An American Dynasty*. Broadway, New York: New American Library, 1976: 61-65.

CUETO, Marcos *Missionaries of science. The Rockefeller Foundation and Latin America*. Indiana University Press, Bloomington and Indianápolis, 1994.

HOCHMAN, Gilberto *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora HUCITEC, ANPOCS, 1998.

HOWE, Barbara "The emergence of scientific philanthropy, 1900-1920: Origins, issues and outcomes". *Philanthropy and cultural imperialism: The foundations at home and abroad*. Segunda edição, Bloomington: Indiana University Press, 1982: 25-54.

LIMA, Nísia Trindade e Gilberto Hochman "Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República". Em MAIO, Marcos C., Santos, Ricardo V. *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro/Fiocruz/CCBB, 1996: 23-40.

MENDONÇA, Sálvio de "A lepra no Maranhão". Trabalho apresentado à Conferência Americana da Lepra em 1922. Maranhão: Livraria Soares, 1923.

MEIRELES, *Apontamentos para a história da medicina no Maranhão*, São Luis, SIOGE, 1993.

MONTEIRO, Yara Nogueira "Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hanse's disease patients in São Paulo". *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2003: 95-121.

RIBEIRO, M. A. R. *História sem fim... Inventário da saúde pública. São Paulo 1880-1930*. São Paulo: Ed. Unesp, 1993.

SILVA ARAUJO, Oscar "A profilaxia da hanseníase e das doenças venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública". *Arquivos de Higiene* 1 (2), setembro 1927, pp. 195-253.