

É preciso cuidar da Lepra: políticas sanitárias no Rio Grande do Sul nas primeiras décadas da República

Juliane Conceição Primon Serres¹

Resumo: O combate à Lepra no Brasil entrou para a agenda sanitária nacional no período republicano, com a criação em 1920 do Departamento Nacional de saúde pública e da Inspetoria da Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Entretanto, as autonomias estaduais garantidas pela constituição de 1891 impediram que a sistematização na profilaxia da doença fosse estendida a todos os estados da Federação. Com a ascensão do Estado autoritário no Brasil pós-30, em que as questões de saúde pública passaram a ser executadas de modo coordenado e centralizado, o combate à Lepra esteve entre as prioridades do governo Vargas. Sinônimo de atraso e subdesenvolvimento, a endemia comprometia a imagem do país. A Campanha Nacional contra a Lepra, iniciada no Brasil nos anos 30, visava pôr fim à marcha dessa moléstia que cobrava importantes tributos sociais. Medidas como a criação de Preventórios, estabelecimentos destinados aos filhos saudáveis de doentes, de Dispensários, para exames e tratamento de doentes, e de Leprosários, para isolamento de portadores de Lepra, foram algumas das medidas tomadas pela Campanha. No Rio Grande do Sul, as primeiras ações “oficiais” de combate à Lepra restringiram-se em segregar os doentes no Hospital de Isolamento; em seguida, passou-se a uma campanha para a construção do Hospital Colônia Itapuã, destinado a isolar os doentes de todo o estado. Este artigo procura fazer um resgate histórico das ações dos poderes públicos em relação à Lepra até a construção do Leprosário de Itapuã, importante marco na saúde pública do Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: lepra; saúde pública; história.

A Hanseníase é uma doença crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou Bacilo de Hansen, que afeta principalmente a pele, os nervos e a mucosa nasal. A doença é contagiosa, transmitida para o homem, possivelmente pela eliminação do bacilo por doentes em fase contagiante. A primeira dose do medicamento específico é capaz de eliminar 99,99% da carga bacilar do indivíduo, impedindo assim o contágio. Sabe-se que esse bacilo pode infectar um grande número de pessoas, mas poucos adoecem devido à sua baixa patogenicidade. O período de incubação da doença é em média de 5 anos (podendo ir de meses a mais de 10 anos) e a doença pode manifestar-se de três formas: a hanseníase tuberculóide, forma evolutiva menos grave; a lepromatosa ou virchowiana, forma progressiva, generalizada e mais grave da doença; e a hanseníase dimorfa, que ocupa posição intermediária entre as duas formas citadas. O tratamento é feito em ambulatório por poliquimioterapia; a cura depende do tipo da doença, em alguns casos, pode ser obtida a partir de uma dose, ou em até 18 meses de administração dos medicamentos.

O nome Hanseníase veio designar uma doença conhecida antigamente como Lepra. A substituição de Lepra por Hanseníase não se deve a questões meramente

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em História pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos UNISINOS, Bolsista do Cnpq. E-mail: juserres2003@yahoo.com.br



semânticas; foi realizada no sentido de livrar a doença de seu milenar estigma. A Lepra ultrapassou a condição de simples doença para tornar-se metáfora, adjetivo, figura de linguagem. Nesse sentido, Lepra e Hanseníase, embora designando o mesmo fenômeno patológico, seriam doenças distintas. Nosso trabalho vai tratar da Lepra, essa entidade patológica social, presente no Brasil desde os tempos coloniais. Entretanto, é para a República que se voltam as nossas atenções.

Endemia existente entre nós desde o século XVII, em que os doentes estavam entregues à filantropia leiga ou religiosa, ou ainda à própria sorte, somente quando estava disseminada no País a Lepra veio despertar os interesses dos poderes públicos.

A reforma sanitária de 1904 incluiu a Lepra no rol das moléstias passíveis de intervenção dos poderes públicos, exigindo-se o isolamento domiciliar dos doentes, enquanto não fossem estabelecidas Colônias – tipo de estabelecimento destinado ao isolamento dos doentes. Oswaldo Cruz, então à frente da Diretoria Geral da saúde pública, resumia assim a questão:

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, cidades há 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: 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. Isto está provado. Daí a necessidade de isolá-lo da comunidade. [...] A seqüestração do morféctico só é prática quando feita nas colônias de leprosos (CRUZ, 1913, p.2).

Os problemas expostos pelo eminente médico serão retomados por vários anos, ao longo dos quais viria a se deflagrar o combate a moléstia. Mister se faz, antes de adentrarmos propriamente na questão, traçarmos um panorama geral da saúde pública durante os anos que antecederam a Campanha contra a Lepra no Brasil. Podemos constatar os percalços que acompanharam o processo de implementação da agenda sanitária no País.

Organização dos serviços sanitários na República Velha

Com o advento da República, as questões de saúde pública passaram a ser tratadas de forma descentralizada, obedecendo ao modelo de autonomia dos estados ditado pela Constituição de 1891. Os serviços sanitários foram entregues aos estados, que ficaram encarregados do que dizia respeito à saúde pública, repassando aos municípios a Higiene propriamente dita. O Governo Federal reservou a si apenas o Distrito Federal e a defesa internacional marítima, ou seja, a vigilância dos portos. Segundo Gilberto Hochman (1998), qualquer intervenção federal nos estados, não

prevista, poderia significar um questionamento ao pacto federativo. Dessa forma, os problemas de saúde pública eram considerados regionais. Sem uma coordenação das atividades e com separação saúde pública-higiene, os estados e municípios agiam de forma independente. Esse descompasso acabava significando prejuízo, pois eram campos relacionados.

Indicando a situação sanitária precária do Brasil, foi publicado em 1916 o Relatório “Neiva-Pena”, como ficou conhecida a missão dos dois sanitaristas que denunciaram as péssimas condições médico-sociais do interior do Brasil. Para se ter uma idéia, nesse ano, a população rural contabilizava 25 milhões, dos quais “17 milhões enfraquecidos por parasitas intestinais, 3 milhões pela doença de chagas, 10 pela malária e 5 milhões com tuberculose”. Posteriormente, Belisário Pena publicou o “Saneamento do Brasil”, no qual foi além, denunciando o descaso dos estados para com as populações rurais e a necessidade do poder central intervir, sobrepondo-se à inércia ou às resistências oligárquicas. Se pensarmos que o Brasil, até meados de 30, era um país rural, as considerações de Pena equivaliam a dizer que a maioria da população não era assistida pela saúde pública, cuja ação estava voltada às capitais e a algumas poucas cidades.

A bandeira do movimento sanitarista, formado por médicos voltados às questões da saúde pública, comprometidos, na primeira década do século XX, com o saneamento urbano dirigido às capitais, aos centros urbanos e ao combate às epidemias e, na segunda década, reunidos sob a “Liga Pró-Saneamento do Brasil”, fundada em 1918, era a necessidade da centralização dos serviços sanitários, bem como a intervenção da União nos estados, não havendo razão das autonomias estaduais em questão de saúde pública. Ultrapassando fronteiras regionais, os problemas de saúde pública exigiam medidas coordenadas e nacionais, e não voluntárias e regionais, como vinha acontecendo até então.

Nesse sentido, as doenças contagiosas seriam um “paradigma da interdependência”, demarcando a ineficácia das soluções localizadas. Segundo Gilberto Hochman (1993), os problemas gerados pelas condições sanitárias evidenciavam a interdependência entre as unidades federativas e as limitações das soluções localizadas. Os problemas sanitários, ao mesmo tempo que representavam um problema, tenderam a fortalecer o estado, instituição capaz de responder a essas demandas sociais de forma mais coordenada. Em 1920, quando se criou o Departamento Nacional de saúde pública, ocorreu a emergência da intervenção da União nos estados, principalmente através da instalação de postos sanitários, muitas vezes significando o primeiro contato das populações dessas áreas com os poderes públicos.

Ao longo dos anos 20, houve uma crescente tendência intervencionista da União; contudo, a criação do DNSP não significou de imediato a atuação desse órgão junto às populações. Sua ação dependia de convênios com os respectivos estados, e alguns deles mantiveram-se autônomos nas questões de saúde pública, como o caso do Rio Grande do Sul.

Como na maior parte do País, as condições sanitárias em que viviam os gaúchos eram precárias, a divisão entre Higiene e saúde pública resultava na ineficácia das ações dos poderes governamentais. Para fazer frente à situação, em 1929, foi promovida uma reforma na organização sanitária do Rio Grande do Sul.

Na pauta da reforma, previa-se a unificação dos serviços de Higiene e saúde pública, que passariam a ser executados pelo governo com o auxílio das municipalidades; a execução dos serviços sanitários nos municípios, realizados por Delegacias de Saúde, fiscalizadas por uma Repartição Central, através de Inspetorias. Esse plano foi aprovado pelo governo e pelas oitenta municipalidades. À Diretoria de Higiene e saúde pública, como era chamada a Repartição Central, também ficaria interligada ao Instituto Pasteur, ao Instituto de Higiene e ao Curso de Higiene e saúde pública. Às Delegacias ficariam submetidos os Centros de Saúde, órgãos compostos por Dispensários para atender aos Distritos Sanitários. Ao todo, haveria 80 Delegacias, divididas, formando 06 Distritos Sanitários, esquadrinhados conforme as regiões. Nessa reforma também foi planejada a construção de um Leprosário, tipo Colônia Agrícola, tendo sido feito um anteprojeto e estudados vários locais. Sua construção, entretanto, ficou adiada por falta de recursos.

Com a devida parcimônia, essa descrição da organização sanitária é um indício da já referida autonomia estadual, embora houvesse uma direção central representada pelo DNSP, que seria uma agência federal complexa e centralizadora – as questões de saúde pública eram resolvidas pelos estados como conviessem suas condições, disposições e orientações “científicas”. As orientações do DNSP não se fizeram sentir no projeto dessa reforma sanitária de 1929. Tal ausência permite-nos relativizar a intervenção da União nos estados nas questões de saúde pública antes de 30, especialmente no Rio Grande do Sul, marcado por forte autonomia estadual. Nessa situação, as soluções localizadas representavam regra para os problemas de saúde pública.

Anos 30: rumo à centralização

Mudanças significativas na Saúde começam a ocorrer a partir de 30 pari passu às mudanças políticas do período. A Revolução de 30 apontou para uma centralização do Estado, rompendo com os regionalismos. Na saúde pública, isso pôde ser representado através da criação do MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública – no mesmo ano de 30, assegurando em tese ações mais coordenadas nessa matéria. Todavia, as instabilidades políticas do período fizeram com que as ações sanitárias lentamente fossem estendidas a todo o País.

Examinando as mudanças indicadas pela criação do MESP, Santos (1985) aponta que, em relação ao movimento sanitário atuante durante os anos da República Velha, a criação do Ministério representou um efeito paralisante. Transformada em projeto governamental, a atuação de combate às endemias no interior esvaziou-se e as políticas de Vargas voltaram seu centro de atuação para as grandes cidades. Hochman (1993), ao contrário, diz que a Saúde dos anos 30 não representou uma ruptura, pois o Mesp incorporou o projeto de saúde pública da República Velha, manteve em sua agenda o combate às eventuais epidemias e às grandes endemias rurais, incorporou o DNSP e avançou ao longo dos anos 30, buscando a tão desejada centralização e uniformização dos serviços. O Estado Novo atualizou a herança sanitária da Primeira República.

O período Vargas herdou um modelo pensado durante os anos 20, de centralização e uniformização dos serviços sanitários que não haviam sido executados, em primeiro

lugar, porque os problemas de saúde pública não eram prioridade dos governantes e, também, devido às já referidas autonomias estaduais que, ao longo dos anos 30, tenderam a desaparecer com a expansão do Estado Nacional.

As oscilações políticas e a precária situação econômica dos anos 30 se refletiram no MESP, atrasando a tão adiada agenda da saúde pública no Brasil. Durante os três primeiros anos do Ministério, ocuparam a pasta, respectivamente: Francisco Campos, Belisário Pena, Washington Pires. Durante o ministério deste último, foi criada a DNSAMS – Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social –, através da qual o Governo Federal atuaria nos estados, subvencionando as atividades e coordenando as Diretorias Estaduais. Entre os recursos distribuídos, encontrava-se um específico para o combate à Lepra.

A partir de 34, novos ventos começaram a soprar no Ministério. Gustavo Capanema assumiu à frente do MESP – pasta que ocuparia até 1945 – e conseguiu levar a cabo as transformações tão aguardadas no campo da saúde pública.

O Estado Novo: mudanças e continuísmos

A Reforma Capanema, como ficou conhecido o conjunto de ações empreendidas pelo ministro em 1937, alterou a estrutura da saúde pública no País (Lei n. 378 de 13 de janeiro de 1937), centralizando e uniformizando as atividades através da criação das Delegacias Federais de Saúde, dos Serviços Nacionais e das Conferências Nacionais de Saúde. O País foi dividido em oito regiões, cada uma com uma Delegacia Federal.

Nas palavras do ministro:

A reforma proposta em 1935 buscou, a este respeito [saúde pública], nacionalizar o Ministério, mercê da firme decisão assentada por V. Ex.a no sentido de ampliar a atuação federal para abranger, de maneira sistemática, todo o território nacional, foram tomadas iniciativas e providências, notadamente a partir da vigência do regime de 10 de novembro, destinadas, por um lado, a transferir à administração municipal da Capital da República os encargos de natureza local e, por outro, a instituir e desenvolver serviços que fossem alcançar os mais distantes pontos do país. São sobretudo dignos de nota os esforços empreendidos em matéria de organização sanitária e de combate às grandes endemias (a lepra, a tuberculose, a febre amarela, a malária e a peste) (CAPANEMA apud HOCHMAN; FONSECA, 1999, p.84).

A capacidade intervencionista da União, a organização administrativa e centralizadora do aparato do MESP tornaram possível sua atuação em todo o território nacional através da coordenação, execução e fiscalização das ações de Saúde nos estados, mesmo que ainda através de convênios e subvenções. O MESP sofreria nova reforma em 41, tornando-se ainda mais centralizado e atuante, e realizando estudos sobre as condições de Saúde, as questões de saneamento e higiene, a epidemiologia das doenças e sua profilaxia, e inspecionaria os Serviços Federais, coordenaria as repartições estaduais e municipais e combateria uma série de doenças através dos “Serviços Nacionais” – estaria assim criado o Serviço Nacional da Lepra.

Embora os planos de combate à doença já tivessem sido postos em prática em alguns estados, a criação desse Serviço vinha representar a tendência centralizadora e intervencionista daqueles anos de Estado Novo, efetivando ou tornando mais eficazes alguns projetos já em andamento. Essas reformas instituíram, além dos já referidos Serviços Nacionais, cuja principal orientação era combater surtos epidêmicos e uniformizar a atuação federal em todos os estados, a reorganização dos serviços estaduais de saúde – através da criação dos DES (Departamento Estadual de Saúde) –, submetidos ao Departamento Nacional de Saúde, órgão do MESP. Esses Departamentos compreendiam órgãos de direção e execução, responsáveis, entre outros, pelos Serviços de Lepra nos estados.

Pode-se dizer que a saúde pública no Estado Novo não representou ruptura, antes atualizou a agenda dos anos anteriores, qual seja, a efetivação do combate às endemias rurais e às epidemias. Em termos de mudança, esta pode ser marcada pelo intenso processo de centralização das atividades de saúde e saneamento, e pela organização, profissionalização e burocratização dos serviços. A saúde, nesse período, foi alçada a importante sustentáculo na constituição da identidade nacional. O Estado conseguiu forças para atuar em todo o território, sobrepondo-se a interesses e autonomias regionais através da extensão do aparato governamental.

Lepra: um problema de saúde pública

O problema da Lepra no Brasil jazia de longa data. No começo do século, Oswaldo Cruz já havia alertado, nas páginas do *Imparcial*, sobre o fato de não se saber o número de doentes, não se conhecer a cura, tampouco se ter certeza sobre os modos de sua transmissão. Fato era tratar-se o doente da fonte da doença, que se encontrava espalhada pelo território. Porém, do reconhecimento da doença como um problema médico-social às medidas para seu combate se passaram muitos anos. A saúde pública, como problema político, pode ser considerada uma questão da agenda republicana; antes desse período, as doenças e suas conseqüências eram solucionadas fora do âmbito público.

O Brasil, na expressão de Miguel Pereira, era “um imenso hospital”; as doenças que mobilizavam a atenção governamental, contudo, eram as que afetavam interesses econômicos, como a malária, e aquelas que causavam desorganização social, como as epidemias de gripe, febre tifóide, ou, ainda, as que mais provocavam mortandade, atacando todo o corpo social, como a tuberculose.² A Lepra, por seu caráter crônico, não se manifestando em forma de surtos, despertou interesse dos poderes públicos, quando as denúncias dos sanitaristas recobriam o País. Diziam os médicos que a Lepra era uma doença que constituía endemia apenas em países de “cultura atrasada”, visto que, da Europa, já havia sido erradicada: “a lepra é doença inteiramente ou quase extinta nos países civilizados e intensa e extensa somente nos atrasados relaxados, não influenciados pela ação civilizadora da higiene”.

² Ver atuação da Fundação Rockefeller no Brasil. CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas Internacionais de saúde pública na Era Vargas. In: Capanema: O Ministro e seu Ministério. Angela de Castro Gomes (Org.), FGV, 2000, p. 195-216.

Para o combate da endemia, faziam-se necessárias ações coordenadas, porque não havia cura, mas era preciso proteger os “sadios”. Nesse intuito, todas as medidas pensadas remetiam ao isolamento do doente como a única forma de controlar a doença. Com a descentralização da saúde pública, a busca de soluções era jogada para os estados, que pouco ou nada podiam fazer por ausência de organização, falta de corpo profissional ou talvez descaso – um problema “nacional”, segundo os sanitaristas, que não encontravam soluções senão locais, quando as encontravam.

Na Academia Nacional de Medicina foi criada, em 1915, uma comissão para examinar a questão da Lepra. Reuniram-se vários médicos a pesquisar e debater questões, como a forma de isolamento, o tratamento, a contagiosidade, a transmissibilidade da doença. Os trabalhos duraram até 1918. Os relatórios apresentados forneceram as diretrizes para a profilaxia dos anos vindouros. O ponto nevrálgico era a forma de isolamento. Eis a conclusão da comissão: o isolamento dos leprosos, base nacional da profilaxia, deve ser obrigatório, sem distinção de classe.

A criação do DNSP, em 1920, parecia lançar expectativas sobre o comprometimento do estado com questão da Lepra. Esse serviço individualizou a doença, conferindo-lhe um caráter de problema sanitário complexo, cuja solução exigia medidas efetivas, a começar por recenseamento dos doentes, propaganda e educação sanitária, vistorias nos asilos, fabricação dos agentes terapêuticos, enfim, trataria de todos os aspectos relacionados à profilaxia. Haveria a promoção da profilaxia em todo o país, a cargo da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, criada em 1921, submetida ao Departamento Nacional de saúde pública.

O regulamento da Inspetoria previa, entre outras medidas: notificação dos casos suspeitos de Lepra; vigilância do enfermo; isolamento obrigatório, de preferência em colônias agrícolas; isolamento domiciliar, quando houvesse condições; obrigatoriedade do exame à pessoa notificada; separação dos filhos sadios de doentes. A ação da Inspetoria, no entanto, se viu limitada pelas condições sanitárias existentes. Na ausência de Leprosários do tipo Colônia Agrícola, conforme sugerido pela Profilaxia, os serviços prestados continuariam sendo feitos através de convênios com os asilos e hospitais existentes.

Belisário Pena, médico sanitarista, dedicou um item de sua extensa exposição sobre o “Problema Brasileiro da Lepra” para criticar a referida Inspetoria. Em primeiro lugar, para o sanitarista, estaria fora de cogitação o isolamento domiciliar, forma prevista pelo órgão sob determinadas circunstâncias. As medidas adotadas pela Inspetoria teriam favorecido, em sua visão, a difusão da moléstia, uma vez que atraíam os doentes para os Dispensários, “verdadeiros chamarizes de leprosos”.

Os anos 20 foram marcados por calorosos debates entre os médicos partidários de soluções mais ou menos severas em relação ao tratamento que deveria ser adotado para o combate à Lepra. As orientações, que de modo geral respaldavam a profilaxia, vinham do meio científico, das chamadas “Conferências Internacionais de Lepra”. A III Conferência, realizada em Estrasburgo, em 1923, defendia isolamento misto para os doentes, ou seja, isolamento domiciliar e hospitalar, tal como vinha sendo praticado no Brasil.

A regulamentação das questões referentes à doença no País, a partir dos anos 30, passou a ser inteiramente da alçada dos poderes públicos. Contudo, a filantropia que historicamente cuidou dos asilos para “leprosos”, no Brasil, assumiu em muitos

estados a iniciativa para a construção de Leprosários. O modelo Colônia Agrícola, preconizado pela Profilaxia, foi inspirado em modelos adotados em outros países – nesses estabelecimentos, os doentes poderiam viver isolados e trabalhar.

A partir de 30, o combate à Lepra foi conduzido como um problema de “nacionalidade”, uma vez que a Lepra era considerada um sinal de retardo ou subdesenvolvimento, mácula na imagem “moderna” buscada pelo Brasil. O plano nacional para combater a Lepra foi elaborado em 1935 pelos médicos sanitaristas Ernani Agrícola, João de Barros Barreto e Joaquim Motta, e seria composto pelo chamado “armamento antileprótico”, formado por: Dispensários para realizar exames, vigilância e tratamento de doentes não isolados, Leprosários para segregar doentes contagiantes e Educandários para abrigar filhos sadios de leprosos. Durante o Estado Novo, os Leprosários passaram a ser sistematicamente construídos pela União, que encarregava os estados pela manutenção dos estabelecimentos. Os Dispensários ficariam ao encargo dos estados, e os Preventórios seriam mantidos basicamente pelas Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra.

Estava, assim, encaminhada a orientação nacional de combate à endemia, possível de ser levada adiante por um governo comprometido em elevar o Brasil à condição de país livre da Lepra. Apesar dessa conquista do governo de “nacionalizar” a Campanha, foram muitas as celeumas, sob vários aspectos, que envolveram o combate à doença: do tipo de internamento à escolha do local para construção dos Leprosários. Importante capítulo da saúde pública e da sociedade brasileira, a Campanha contra a Lepra encontrou solo fértil também no Rio Grande do Sul.

Administração sanitária da Lepra no Rio Grande do Sul

Dentre os textos pesquisados, a referência comum é de que a Lepra era rara no estado até o começo do século XX. Em visita ao Rio Grande do Sul, em 1918, Souza Araújo encontrou alguns leprosos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, mas, aparentemente, o estado estava livre do flagelo nacional representado pela doença. Opinião distinta foi enunciada pelo Dr. J. Athayde da Silva, em 1915, em sua tese defendida na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em que discordava da raridade atribuída à Lepra no Estado, e afirmava que, se não fossem tomadas medidas, “esse terrível mal que foi dos povos antigos, em breve tempo será freqüente entre nós, mais esse poderoso elemento de destruição”.

De fato, quando a doença se apresentou oficialmente, já constituía grave problema médico-social. Segundo Weber (1999), as doenças que preocupavam os governos gaúchos, de 1895 até 1928, eram praticamente as mesmas: difteria, peste bubônica, febre tifóide, varíola, varicela, sífilis, tuberculose. A Lepra despertava a atenção dos poderes públicos pela ausência de um isolamento para os doentes, que muitas vezes iam à capital em busca de recursos.

Ao chegar em Porto Alegre, quando vinham de outros municípios, os doentes eram acolhidos pela Santa Casa de Misericórdia. Em várias cidades brasileiras, as Santas Casas, desde o século XIX, fundavam ou mantinham Asilos para leprosos. Não era o caso da instituição de Porto Alegre, que sequer possuía um isolamento especial. Ela acolhia os doentes de Lepra somente até a confirmação do diagnóstico. Segundo

os relatórios dos provedores, passaram pela Santa Casa, de 1919 até 1950, 137 casos de Lepra.³

Nos anos 20, o DNSP instalou no estado, junto aos Centros de Saúde, Dispensários subordinados à então Diretoria de Higiene, responsáveis por medidas profiláticas, como reconhecer os doentes, promover isolamento, realizar exames, prestar tratamentos e praticar a vigilância sanitária. Críticas foram feitas a essa iniciativa, porém, no período, representavam a única medida oficial de combate à doença. Maya Faillace, médico sanitarista do Estado, assim escreveu, referindo-se aos doentes e suas alternativas:

Impele-os a animadora ilusão de que a cidade opulenta, cérebro e coração de sua terra, não lhes recusará, por certo, os auxílios dos recursos da ciência e o consolo de uma piedade cristã. Mas cedo se desvanece a miragem que os atraiu e os alentava. Apenas reconhecida a natureza do mal que os corrói, hospitais e asilos fecham-se aos seus apelos. E, dada a absoluta falta de organização sanitária e institutos particulares a eles destinados, nada mais lhes resta senão o regresso desolador, na plena consciência da irremediabilidade do infortúnio que os avassala (FAILLACE, 1933, p.5-6).

Os dados estatísticos do número de doentes no Estado eram poucos, embora os Dispensários tivessem sido encarregados pelo DNSP de fornecer os dados para a realização do censo. Os cálculos epidemiológicos eram feitos através dos obituários; assim, teríamos, por exemplo, em Porto Alegre, no ano de 1921, um número baixíssimo de mortes causadas pela Lepra: dois casos. No mesmo período, morreram de tuberculose 643 pessoas.⁴ Não era levado em conta o fato de que a maioria das pessoas acometidas de Lepra morria por doenças intercorrentes, devido à baixa letalidade da moléstia.

Tímidas também eram as discussões sobre a moléstia no meio médico rio-grandense até as duas primeiras décadas do século passado. O tema ganhou a Academia de Medicina quando o governo estadual, interessado em construir um Leprosário, consultou a Academia sobre a escolha do local. Os médicos pediram ao colega Dr. Von Bassewitz um parecer sobre o problema da Lepra no Estado. Alertando para a inexistência de profilaxia oficial, o médico criticava as medidas até então tomadas pelos poderes públicos de “internar compulsoriamente meia dúzia de morféuticos vagabundos” no Hospital de Isolamento.

O tema ganhou destaque com a visita ao Rio Grande do ilustre sanitarista Belisário Pena no ano de 1928. Pena mobilizou não apenas a classe médica, como a política. Getúlio Vargas, na época presidente do Estado (governador), compareceu à sessão da Faculdade de Medicina que rendia homenagens ao higienista. A vinda do lente ao estado marcou a abertura para o debate das questões sanitárias nacionais, entre elas a Lepra. Depois de sua visita, os Arquivos Rio-grandenses de Medicina, publicação

³ Relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, de 1919-1921 até 1950, apresentados pelos provedores. Oficinas Graphics d'A Federação, Porto Alegre, e Oficinas Gráficas da Livraria do Globo. – CEDOP/SCMPA

⁴ Archivos Rio Grandenses de Medicina, ano III, n.11, nov. 1922, p.287.

mais importante do meio médico gaúcho da época, publicou um “Número Consagrado ao Problema da Lepra”(n.os 8 e 9 de 1928), seguido de vários textos do próprio Belisário Pena publicados em números vindouros e, posteriormente, dos médicos Maya Faillace e Raul Di Primio.

Não resta dúvida de que os anos 20 foram marcados pela ausência de atenção oficial em relação à Lepra no Rio Grande do Sul. As soluções localizadas e voluntárias continuavam sendo regra; dessas, talvez, a mais importante tenha sido a criação da Sociedade Pró-Leprosário, em 1924, em Santa Cruz do Sul. Na data comemorativa do centenário da colonização alemã no Rio Grande do Sul (1924), o “Volksverein” lançou em Santa Cruz a idéia da construção de um Leprosário.⁵

Através da fundação da “Sociedade Pró-Leprosário Rio-grandense”, seriam arrecadados fundos para a construção de um hospital tipo colônia-agrícola para abrigar os doentes da Lepra, que – segundo o Rev. Pe. J. Rick, um dos idealizadores do projeto e secretário da “Volksverein” – castigava muitos colonos alemães no Estado, sobretudo naquele município.⁶

Essa Sociedade procurou mobilizar os poderes públicos estaduais para a “causa”. Uma das primeiras medidas tomadas pela Sociedade foi mostrar os planos da construção do Leprosário ao Major Alberto Bins (então deputado estadual), que parece ter sido o intermediário da negociação para conseguir apoio do governo do estado. Em consonância com a legislação federal do DNSP, Borges de Medeiros autorizou que fossem tomadas providências para “entravar a disseminação do mal”. O governador encarregou a Diretoria de Higiene de indicar as medidas julgadas indispensáveis para iniciar a campanha profilática no estado. Além da notificação compulsória, a Diretoria aconselhou o isolamento obrigatório de todos os doentes, a centralização de todo o trabalho de combate, a criação de uma Leprosaria, tipo Colônia-Agrícola, e de um regulamento sanitário para a Lepra.⁷

O Estado iria amparar, “moral e financeiramente”, a construção do Leprosário, “coadjuvando” com a iniciativa com a Sociedade Pró-Leprosário. Para o governo, isso seria uma “questão de honra”; entretanto, o isolamento não seria obrigatório, pois se estenderia aos leprosos que o quisessem.⁸ Duas questões podem ser levantadas a partir dessa posição dos poderes públicos frente à Lepra. A primeira, a de que a doença era considerada um problema quase exclusivamente social, entregue à caridade, não fazendo parte nem da agenda médica, nem dos interesses dos serviços públicos. O Estado aparece como “coadjuvante” da iniciativa da Sociedade; auxilia, mas não toma para si a responsabilidade.⁹

Uma outra questão refere-se ao tratamento e isolamento destinados aos doentes que o “quisessem”, ou seja, o estado não iria obrigar o isolamento de *todos*

⁵ A Sociedade União Popular, o “*Volksverein*”, era uma das mais importantes organizações associativas das comunidades teuto-brasileiras do sul do Brasil. Criada pelas lideranças católicas, leigas e religiosas, tinha por objetivos: promover o bem-estar material e espiritual dos católicos de origem alemã; abrir novas fronteiras de colonização; desenvolver iniciativas de natureza assistencial e de beneficência; promover escolas e educação, etc.

⁶ *Kolonie* (Jornal de Santa Cruz do Sul), s.d. (possivelmente entre os anos de 1924-25), Biblioteca do Colégio Mauá. Santa Cruz do Sul. Tradução livre de Roberto Steinhaus.

⁷ RSENIE, em 1 de agosto de 1926. Oficinas Graphicas d'A Federação, 1926, p. 416. Ofício 345 de 29/04/1925. AHRG.

⁸ Mensagem enviada à Assembléia dos Representantes do Rio Grande do Sul pelo Presidente do Estado Antônio Augusto Borges de Medeiros, na sessão ordinária da 10ª Legislatura, em 23 de setembro de 1926, p. 11-12. –BALRGS.

⁹ A administração estadual, em relação à saúde pública, voltava-se principalmente ao saneamento das cidades e à assistência pública – casos de emergência. Os serviços de saúde, durante boa parte da década de 1920, não era de responsabilidade do governo.

os doentes, como queria a Diretoria. A posição adotada pelo governo positivista de “não-intervenção” nas questões privadas – como o tratamento das doenças, ainda mais no caso da Lepra, que não figurava entre as epidemias – deixava a critério do enfermo submeter-se ou não ao isolamento.

Uma das primeiras iniciativas do poder público foi buscar o local para a construção do Leprosário. De modo geral, tal escolha gerava problemas e protestos dos moradores. No Rio Grande do Sul não foi diferente. Conforme escreveu um médico: “*as numerosas dificuldades surgidas sempre que se tem cogitado da escolha de local apropriado para o projetado ‘Leprosário Rio-grandense’ refletem expressivamente o terror irreprimível que a Lepra ainda inspira na imaginação popular*”.

Muitos locais foram examinados pela Diretoria de Higiene, pela Sociedade de Medicina e pela Sociedade Pró-Leprosário. Dos locais possíveis para a construção, a Fazenda do Pontal, às margens da Lagoa dos Patos, e a Nova Camalduli, em São Francisco de Paula, não preenchiam os requisitos; a Ilha Francisco Manoel, no Guaíba, cedida pelo governo, era desaconselhada pela Profilaxia; o terreno na linha Pinheiral, em Rio Pardo, local considerado ideal, mas, em função de protestos da população, não foi utilizado; também ocorreram protestos em relação à sugestão do Instituto da Universidade Técnica de Viamão, que dispunha de considerável área de terra; o outro local examinado foi uma faixa de terra em Itapuã, em princípio condenada, devido à distância e às condições do solo, porém, esse foi o terreno adquirido pelo governo e em que seria construído o Leprosário de Itapuã.

A iniciativa no estado de combater a Lepra partiu da Sociedade Pró-Leprosário. Embora a Inspetoria, criada em 1920, no DNSP, já houvesse preconizado a necessidade da construção de tais locais, os governos tinham autonomia para tratar a questão da Lepra como bem lhes conviesse. De modo geral, as Sociedades Assistenciais em benefício dos “Lázaros” antecederam, e talvez tenham impulsionado, a ação do estado, em conjunto com os médicos sanitaristas. Elas eram as divulgadoras da necessidade de atuação no combate à Lepra, da defesa da família e dos filhos dos doentes. Tínhamos, até meados dos anos 30, em torno de 60 associações congêneres no País.

Uma outra iniciativa que antecedeu a ação do estado no combate à Lepra no Rio Grande do Sul foi a fundação do *Hospital de Emergência para leprosos*, em Porto Alegre, no ano de 1936. Esse empreendimento fez parte de um contexto “Campanhístico”, pois havia uma sociedade mobilizada em prol do combate à doença. O *Hospital de Emergência* foi construído em um período de 30 dias, anexo ao Hospital de Isolamento do Partenon, e serviria para isolar os doentes, enquanto o Leprosário de Itapuã não estivesse funcionando.¹⁰

A profilaxia da Lepra no estado ganhou novo impulso com a reorganização dos Serviços de saúde pública, através da criação do Departamento Estadual de Saúde, em 1938 (Dec. 7.481 de 1938). Foram criados um Dispensário central, Dispensários no interior e um *Hospital de Emergência*. As atividades que vinham

¹⁰ O Hospital era composto por dois pavilhões de madeira com 20 leitos cada, refeitório, enfermaria, três residências particulares, capela, forno. Sofreu uma ampliação em 1938, indicando um avanço na profilaxia.

sendo realizadas abrangiam exames, vigilância sanitária, internamento hospitalar e o censo dos doentes. A organização desses serviços estava submetida a dois grandes grupos ligados à Diretoria Geral: a Divisão Técnica, responsável pela propaganda, pelo recenseamento e pelos serviços dos Dispensários; e a Divisão de Assistência Medico Social, encarregada do Leprosário e do Preventório.

Dos 86 municípios existentes no estado no final dos anos 30, havia Lepra confirmada em 45, somando um total de 450 doentes.¹¹ A maioria dos doentes afluía para Porto Alegre, passando pelo Dispensário, que realizava os exames para confirmar a doença. Alguns, provavelmente, vinham com o diagnóstico confirmado dos Dispensários de seus municípios – e dali eram encaminhados para o isolamento no *Hospital de Emergência*, que chegou a receber 99 doentes para internação.

No ano da criação do *Hospital de Emergência*, havia sido lançada a pedra fundamental do Leprosário de Itapuã. Com a sua inauguração, em 1940, aquele isolamento passou a servir de passagem para os doentes a caminho da internação na Colônia. O Leprosário do Rio Grande do Sul era distante 60 km da capital, localizado em Itapuã. Foi construído pela União e seria mantido pelo governo estadual. Obedecia a um padrão nacional, dividido em 3 zonas: a limpa, destinada à moradia dos funcionários saudáveis; a intermediária, onde funcionaria a administração; e a zona “suja”, destinada à habitação aos doentes. Estava completo, no Estado, o “*armamento antileprótico*”. A partir de então, desenvolver-se-ia o combate à Lepra, que, em última análise, na época, resumia-se a isolar os doentes.

Se hace necesario tener cuidados con la Lepra: políticas sanitárias de Rio Grande do Sul em las primeras décadas de la República.

Resumen: *El combate a la Lepra en Brasil, ingresó a la agenda sanitaria nacional en el período Republicano con la creación en 1920 del Departamento Nacional de Salud Pública y de la Inspectoría de Profilaxia de Lepra y enfermedades Venéreas. Sin embargo las autonomías estatales garantizadas por la constitución de 1891 impidieron que la sistematización en la profilaxia de la enfermedad fuera extendida a todos los Estados de la Federación. Debido a la ascensión del Estado autoritario en Brasil pos años 30, las cuestiones de Salud Pública pasaron a ser ejecutadas de manera coordinada y centralizada. El combate a la Lepra estuvo entre las prioridades del gobierno ‘Varguista’, sinónimo de retraso y subdesarrollo, la endemia comprometía la imagen del país. La campaña nacional contra la Lepra iniciada en Brasil en los años 30 visaba ponerle un punto final a esta molestia que cobraba importantes tributos sociales. Medidas como la creación de “Preventorios”, establecimientos destinados a los hijos saludables de enfermos, “Dispensarios”, para exámenes y tratamiento de enfermos. Además de “Leprosários” para aislamiento de portadores de Lepra, fueron algunas de las medidas tomadas por la Campaña. En Rio Grande do Sul, las primeras acciones “oficiales” del combate a la Lepra se restringieron a segregar los enfermos en el Hospital de Isolamiento, en seguida se pasó a una campaña para la construcción del Hospital Colônia Itapuã, institución destinada a isolar los enfermos de todo el Estado. Este artículo desea hacer un rescate histórico de las acciones de poderes públicos en relación a la Lepra hasta la construcción del Leprosário de Itapuã, Importante marco en la Salud Pública de Rio Grande do Sul.*

Palabras clave: *lepra; salud pública; historia.*

¹¹ Archivos Rio Grandenses de Medicina, ano XX, n. 4, p. 112-116. Faltando realizar o censo em vários municípios, estimava-se o número de mil doentes no estado. No Brasil, o censo até 1938 havia registrado 35.091 leprosos, segundo Barros Barreto: ARM, ano XIX, n. 6, 1940, p.183.

We must take care of leprosy: sanitary policies in Rio Grande do Sul in the first decades of the Republic

Abstract: *patients from all the State. This article tries to restore the historic actions of the government in relation to Leprosy until the construction of the “Abstract: The fight against leprosy in Brazil enters into the sanitary agenda in the Republican period, with the creation in 1920 of the National Department of Public Health and the Inspectorate of Prophylaxis of Leprosy and Venereal Diseases. However the state autonomy guaranteed by the Constitution of 1891 did not permit to extend to all States of the Federation the prophylaxis measures of the disease. With the assumption of the authoritarian State in Brazil after the 30’s, the policies on Public Health were done in a coordinated and centralized way, and the fight against leprosy was one of the priorities of the Vargas government. As a signal of retard and underdevelopment, the endemicity compromised the image of the country. The national Campaign against Leprosy established in the 30’s had the objective of banishing this disease that caused many important social damages. Measures like the creation of “Preventórios”, a place destined to the healthy children of the sick people, “Dispensários”, for clinical exams and for treatment of unhealthy people and Leprosarium for isolation of carriers of Leprosy, were some of the measures taking by the Campaign. In the State of Rio Grande do Sul the first “official” actions in the fight against leprosy were restricted to segregate sick people in a Isolation Hospital, followed by a campaign for the construction of the Hospital Colônia Itapuã, which was destined to isolate the Leprosário de Itapuã”, an important landmark in the Public Health in Rio Grande do Sul.*

Key words: *leprosy; public health; history.*

Referências

- ARAÚJO, H. C. de S. **História da Lepra no Brasil:** o período republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, v. 3, 1956.
- ARCHIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA. Rio Grande do Sul, 1927.
- CAMPOS, A. L. V. de. Políticas internacionais de saúde pública na era Vargas. In: GOMES, A. de C. (Org.). **Capanema:** O Ministro e seu Ministério. Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- CRUZ, O. Uma questão de hygiene social: lepra. **O Imparcial**, Rio de Janeiro, n. 211, p.2, jul. 1913.
- FAILLACE, J. M. **Do conceito atual de profilaxia da lepra:** contribuição à Campanha contra a Lepra no Rio Grande do Sul. 1933. Tese- Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Porto Alegre, 1933.
- FREITAS E CASTRO, F. de. Considerações sobre a organização sanitária no Brasil. **Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**, Oficinas Graphicas da Livraria do Comercio, ano XVIII, n.18, p.156-184, 1932.
- HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e Previdência 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da Interdependência: sobre as relações entre saúde pública e a construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Fundação Getúlio Vargas, v.6, n. 11, 1993.
- _____. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

- IYDA, M. **Cem anos de saúde pública no Brasil**: a cidadania negada. São Paulo: UNESP, 1994.
- MANGEON, G.; MENDES, P. A profilaxia da Lepra no Rio Grande do Sul. **Arquivo do Departamento Estadual de Saúde**, v. 1, 1940.
- RAMBO, A. B. A Sociedade União Popular. **Perspectiva Econômica**, v. 27, n.79, 1992. (Série Cooperativismo, n. 32).
- REY, L. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- SANTOS, L. A. de Castro. O pensamento sanitarista na primeira república: uma ideologia da construção da nacionalidade. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Campus, v.28, n.2, 1985.
- SCWARTZMAN, S. (Org.). **Estado Novo, um auto-retrato** (Arquivo Gustavo Capanema) Brasília, DF: CPDOC/FGV, Ed. Universidade de Brasília, 1983. (Coleção Temas Brasileiros, 24).
- SILVA, J. A. da. **A propósito de alguns casos de lepra**. 1915.Tese- Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Porto Alegre, 1915.
- WEBER, B. T. **As artes de curar**: religião, magia e positivismo na república rio-grandense: 1889-1928. Santa Maria: Ed. UFSM: Bauru: EDUSC, 1999.