

Carvalho, Keila Auxiliadora
Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico,
Minas Gerais, na década de 1950
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 22, núm. 2, enero-abril, 2015, pp. 541-557
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386139487014>



Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950*

Discussions regarding the reconstruction of the significance of leprosy in the post-sulfone period, Minas Gerais, in the 1950s

Keila Auxiliadora Carvalho

Professora, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Rodovia MGT 367, km 583, n.5000
39100-000 – Diamantina – MG – Brasil
keilahis2002@yahoo.com.br

Recebido para publicação em junho de 2012.
Aprovado para publicação em setembro de 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000026>

CARVALHO, Keila Auxiliadora. Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, abr.-jun. 2015, p.541-557.

Resumo

Da perspectiva histórica, todos os elementos que envolvem uma doença, desde sua nomeação até a carga de significado que lhe é atribuída, resultam de "negociações" elaboradas por múltiplos atores sociais. No caso da lepra, a descoberta das sulfonas, em 1941, contribuiu de forma significativa para a transformação do entendimento dessa enfermidade, gerando um questionamento acerca das ações utilizadas para o seu controle/combate, sobretudo o isolamento compulsório dos doentes. Com base nesses pressupostos, este artigo analisa o debate que se constituiu acerca do processo de substituição das antigas práticas profiláticas para o controle da lepra, em um importante periódico de circulação nacional, *Arquivos Mineiros de Leprologia*, na década de 1950.

Palavras-chave: lepra; sulfonas; profilaxia anti-isolacionista.

Abstract

*From a historical viewpoint, all the elements surrounding a disease, from its name to the weight of meaning attached to it, are the result of "negotiations" in which many sections of society are participants. In the case of leprosy, the discovery of sulfones in 1941 made a significant contribution towards transforming our understanding of this disease, leading to questions being raised as to the measures adopted for its prevention and control, particularly the compulsory isolation of sufferers. On the basis of these assumptions, this article examines the debate which took place regarding the process whereby the old prophylactic procedures for the control of leprosy were replaced, in an important national journal, *Arquivos Mineiros de Leprologia*, in the 1950s.*

Keywords: leprosy; sulfones; anti-isolationist prophylaxis.

Embora a lepra se tenha tornado referência universal das enfermidades mais temidas no mundo ou, como propõe Susan Sontag (2007), “metáfora”¹ do que havia de mais perigoso em termos de doença, sua história não se restringe a essa perspectiva metafórica do estigma e da periculosidade. Ao contrário, a história da lepra é marcada por continuidades, mas também por rupturas, sendo que a mais significativa se refere à maneira como essa doença – ou a compreensão acerca da mesma – passou por uma reestruturação a partir de meados da década de 1940. Se de fato, por um lado, temos uma trajetória milenar que considera a lepra uma doença temível e, por isso, ela se torna metáfora para referir-se a uma situação de perigo, de outro lado, essa trajetória passa por um processo de inflexão a partir do final da primeira metade do século XX. Esse processo deriva de um maior conhecimento sobre a doença, o qual resultou em uma atenuação da perspectiva metafórica do perigo, pois, como observou Susan Sontag (p.56-58), “quanto mais misteriosa pareça ser uma doença, mais metafórica se torna”. Conhecer a lepra implicou, então, recriar seu significado, isto é, reconstruir socialmente os conceitos sobre a doença, a fim de extinguir algumas práticas profiláticas e impor novas. Entretanto, esse processo não se referia apenas ao universo da medicina. Na verdade, era muito mais amplo, envolvendo o portador da doença e também a sociedade.

O médico norte-americano Guy Faget, em 1941, descobriu o poder terapêutico das sulfonas através de experiências desenvolvidas no Leprosário de Carville, no estado de Louisiana, EUA. Essa descoberta marcaria uma nova fase no tratamento da lepra, uma vez que, como explicou Vivian Cunha (2005, p.117), “responsável por acabar com a contagiosidade do doente logo no início do tratamento, a sulfona revolucionou os quadros medicamentosos e impôs uma nova realidade para a profilaxia baseada no isolamento dos doentes entre os muros do leprosário.” Desse modo, se o doente deixava de contaminar as pessoas ao seu redor ainda no início do tratamento não se justificava mais a sua segregação nas colônias. Assim, como afirma a autora, “deu-se início a um processo de questionamentos – que durou mais de vinte anos – do modelo de isolamento compulsório dos doentes de lepra” (p.117).²

A profilaxia da lepra no Brasil

No Brasil, a segregação dos portadores de lepra foi uma medida de controle da doença implementada pelo Estado e legitimada pela sociedade ao longo de aproximadamente quatro décadas, entre os anos de 1920 e 1960. A justificativa do isolamento se dava em função do fato de a doença carregar consigo um forte estigma “e historicamente estar relacionada com as noções de pecado e corrupção” (Curi, 2002, p.57). A lepra era vinculada às ideias de sujeira, promiscuidade e miséria humana. O leproso era aquele indivíduo com o qual ninguém desejava se relacionar, era um genuíno “indesejável” na sociedade. Além dessa marca, a pouca precisão dos conhecimentos médicos sobre a doença – por exemplo, se era hereditária ou não, como se dava a transmissibilidade e a dificuldade em isolar o bacilo causador da lepra – também contribuía para que a política de isolamento se sustentasse.

A historiadora Laurinda Maciel (2007) destaca que a perspectiva médico-sanitária ao adotar o isolamento como medida profilática era, antes de tudo, a de preservar a integridade dos “sãos”. Nos diversos congressos nacionais e internacionais sobre a lepra, discutiam-se métodos de tratamento da doença e novas experiências e, embora não houvesse consenso a esse respeito,

a discussão acabava apontando para o isolamento como a solução mais viável. Ainda conforme a autora, “o Brasil participava ativamente dos congressos nacionais e internacionais sobre lepra e, como a maioria dos países participantes, acatava as deliberações finais dos mesmos como balizas para implementar suas ações de combate e controle da doença” (p.207). A partir da década de 1920 as políticas públicas de controle da doença se intensificaram, por um lado, pela relevância que o combate à lepra ganhou no cenário internacional e, por outro, pela enorme incidência no país, bem como pelo “empenho dos leprólogos em descrevê-la estatística e geograficamente” (Costa, 2007, p.226). Ainda de acordo com Dilma Costa (p.245), “materializar o problema da lepra no Brasil significava conferir-lhe visibilidade para além do discurso médico, o que deu diferentes nuances à trajetória da doença em se estabelecer como uma ‘endemia nacional’”. Uma forma de materializar o problema era por meio dos censos, que identificavam estatisticamente o número de leprosos e, consequentemente, criavam condições de convencimento sobre a urgência em solucionar a questão.

Foi, então, entre 1930 e 1941, quando a lepra já consolidara sua fama de flagelo nacional, que o isolamento ganhou vigor. Mas não se pode atribuir o fortalecimento dessa política de saúde pública apenas a um suposto “convencimento” dos governos de que a doença poderia trazer danos irreparáveis à nação. Outros fatores devem ser considerados, entre eles o aumento do poder do Estado ao longo dos anos 1930, que permitiu que o governo federal interviesse em várias áreas das políticas públicas. No caso específico da saúde, houve a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que gradativamente passou a centralizar as decisões. Esse centralismo tornou-se mais explícito na gestão do ministro Gustavo Capanema, que teve início em 1934 e só se encerrou em 1945. Como destacam Gilberto Hochman e Cristina Fonseca (2000, p.176), “Capanema assumiu o ministério tendo consciência de que precisava reorganizar os serviços nessas áreas”. Desse modo, Capanema deu início a uma reforma administrativa nos serviços federais de saúde, tendo em vista a perspectiva da política varguista de consolidar a unidade nacional. Isso ocorria porque o governo Vargas desejava ampliar a atuação federal no território brasileiro e usava a saúde pública como um instrumento propício para tal fim. Outro fator importante refere-se à prática médica: no pós-1930, formou-se uma burocracia fortemente profissionalizada – em contraste com os médicos sanitaristas das décadas de 1910 e 1920, que tinham uma perspectiva mais campanhista. Além disso, como ressaltou André Campos (2006, p.25), “no processo de construção das estruturas estatais, os sanitaristas foram incorporados por meio da profissionalização, como um dos elementos constituintes do processo de burocratização do Estado”. Assim, aproximaram-se do poder público para expor suas necessidades e demandar soluções para os problemas. Dessa forma, tanto a centralização das decisões no campo da saúde pública quanto a incorporação de muitos sanitaristas à burocracia estatal podem ser pensadas como fatores que contribuíram para o avanço das políticas de controle da lepra e, particularmente, do isolamento compulsório.

A década de 1930 foi o auge da política isolacionista, com a consolidação do modelo tripé: dispensário, leprosário, preventório. Seguindo esse modelo, várias instituições foram erguidas pelos quatro cantos do país. Diversos estudos historiográficos³ se ocuparam em analisar a montagem desse sistema profilático, que Luciano Curi (2002, p.191) definiu como “uma verdadeira indústria da lepra”. Entretanto, poucos trabalhos se ocuparam em estudar a desmontagem do sistema, bem como os aspectos que envolveram a transformação do

significado da doença que, de incurável e flagelo, passara a uma enfermidade como qualquer outra, passível de tratamento e cura. Neste artigo, o objetivo é, justamente, analisar algumas questões importantes do longo processo que resultou em um novo significado para a lepra, por meio de matérias publicadas no periódico *Arquivos Mineiros de Leprologia*, durante a década de 1950.

O isolamento e as sulfonas

Em 1954, foi publicada uma matéria na revista *Arquivos Mineiros de Leprologia*, cujo objetivo era fazer um retrospecto do desenvolvimento da campanha de profilaxia da lepra desde tempos remotos e, com isso, chamar a atenção para as novas práticas, consideradas mais humanas e racionais. De acordo com os médicos Josefino Aleixo, José Stancioli e Nagib Saliba (1954, p.90), autores da matéria, embora a doença fosse conhecida desde antes de Cristo, a dificuldade em controlar a endemia devia-se a fatores como: “o longo tempo de incubação, a impossibilidade de inoculação, o desconhecimento dos meios de contágio e o fracasso para o cultivo de seu germe causador”. Contextualizando as ações para controlar a doença, os autores explicavam que o isolamento fora adotado como medida para evitar a disseminação do mal desde o princípio, “de forma intuitiva”, por leigos, já que eles nada sabiam sobre a enfermidade. Mas, “com o início dos certames científicos da especialidade (leprologia), e já na Primeira Conferência Internacional, realizada em Berlim, em 1897, o isolamento continuou sendo recomendado para todos os hansenianos” (p.90). Os médicos procuravam chamar atenção para o fato de que, no contexto de medicalização da lepra, a etiologia da doença permanecia uma incógnita.

Continuando o retrospecto sobre o controle da endemia leprosa, os autores do artigo afirmavam que na Segunda Conferência Internacional, realizada em Bergen, em 1909, a necessidade do isolamento foi reafirmada; entretanto, pela primeira vez, suscitou-se a possibilidade de o isolamento ser domiciliar. Já na Terceira Conferência Internacional, em Estrasburgo, em 1929, ficou definido que “nos países onde a incidência fosse elevada, como na Noruega, é recomendado o isolamento em hospital ou domicílio, desde que tais métodos sejam possíveis” (Aleixo, Stancioli, Saliba, 1954, p.91). Sem dúvida, para o Brasil, essa foi a conferência que orientou a estruturação do seu sistema profilático, calcado na construção de instituições de isolamento. Ao longo dos nove anos que se passaram até a realização da Quarta Conferência Internacional, no Cairo, em 1938, a prática de segregar os portadores da lepra permaneceu inalterada, nesse evento, sendo novamente estabelecida como orientação básica: “o ponto de vista atual é que os casos abertos constituem o maior perigo à saúde do público e, portanto, tais casos devem ser impedidos de contatos com pessoas sadias, especialmente crianças” (p.91). Finalmente, o Quinto Congresso Internacional de Lepra, realizado em Havana, em 1948, trouxe algumas novidades no campo da profilaxia, pois, embora os especialistas continuassem a afirmar a necessidade de isolar os casos con-tagiantes, naquele encontro fez-se a seguinte ressalva: “a forma e duração do isolamento deverão variar de acordo com as condições clínicas e sociais do enfermo e das localidades” (p.91). Portanto, só no final da década de 1940 os congressos internacionais começaram a sinalizar a possibilidade de terapêuticas alternativas ao isolamento.

Os leprólogos brasileiros, participantes ativos dos congressos internacionais, trouxeram para o país a discussão envolvendo a substituição da segregação do doente de lepra por outras práticas profiláticas. Como é possível observar na matéria analisada, esse processo de “adequarse” às novas perspectivas médico-científicas acontecia de maneira bastante entusiástica; tanto é que, em 1954, alguns médicos já adotavam um discurso muito diferente daquele dos anos 1930, período inicial da campanha contra a lepra no Brasil. Sendo assim, o esforço empenhado na luta contra a doença foi definido pelos autores da matéria nos seguintes termos: “praticamente até dez anos atrás, o hanseniano era submetido a toda uma série de sacrifícios e restrições, e, em troca, nenhuma recompensa lhe poderia ser dada” (Aleixo, Stancioli, Saliba, 1954, p.91).

Um detalhe importante é a forma pela qual os médicos se referem ao doente, substituindo o termo “leproso” por “hanseniano”. Embora nesse momento a nomenclatura ainda estivesse longe de ser transformada, o que só ocorreria em 1995,⁴ é importante destacar que essa mudança do nome da enfermidade, bem como a maneira de referir-se a seu portador foi questão fundamental no processo de atribuir novos significados à doença, reconstruindo seu *framing*.⁵ Este artigo não tem por objetivo analisar a questão da nomenclatura especificamente, mas acompanhar a mudança do discurso medicalizador sobre a lepra, que passou a adotar uma perspectiva progressista em relação à terapêutica de base isolacionista anteriormente praticada. Tal perspectiva foi claramente definida no artigo publicado no periódico *Arquivos Mineiros de Leprologia*, cujos autores afirmam:

Em resumo, a profilaxia antiga se baseava quase sempre na supressão do contágio pelo isolamento, dando margem, entretanto, ao aparecimento de novos casos contaminados anteriormente.

Ela não dispunha de recursos para impedir a eclosão desta série de contágios em cadeia ininterrupta.

A profilaxia moderna será orientada no sentido de evitar o aparecimento desses casos em potencial, utilizando os progressos da terapêutica e da imunologia (Aleixo, Stancioli, Saliba, 1954, p.92)

De acordo com os médicos autores da matéria, havia-se chegado à conclusão de que isolar o portador de lepra não resolia o problema do aumento de contágio da doença, pois o bacilo podia permanecer anos no organismo humano sem se manifestar e, então, o contágio poderia já ter ocorrido quando da retirada de um doente do convívio familiar. Na verdade, essa era uma prática muito comum e acarretava, por vezes, o isolamento de mais de uma pessoa da mesma família, em momentos diferentes. Assim, o que animava os leprólogos era o fato de a imunologia ser capaz de romper com esse ciclo de contágio e, embora naquele momento a eficácia das sulfonas ainda não tivesse sido completamente comprovada para essa finalidade, as expectativas eram positivas. Segundo os médicos, proceder à comprovação da eficácia era tarefa que poderia ocorrer com a observação sistemática dos resultados da sulfonoterapia: “parece-nos fácil, depois de um quinquênio, verificar os resultados desta profilaxia se o número de doentes novos declinar em zonas cuja incidência tem se mantido uniforme no Estado (Minas Gerais), apesar das medidas de isolamento em vigor” (Aleixo, Stancioli, Saliba, 1954, p.92).

Os argumentos utilizados para convencer o poder público a investir na nova terapêutica – as sulfonas, inicialmente, foram importadas, o que tornava muito dispendioso o tratamento –

eram também de base econômica: a diminuição dos custos para tratar o portador da doença. Conforme afirmavam os médicos, “isso se faria com grande economia para os governos interessados na erradicação do mal, sem o sacrifício imposto ao doente pelo isolamento” (Aleixo, Stancioli, Saliba, 1954, p.92). A preocupação começava, pois, a deslocar-se do doente de fato – aquele que já possuía o bacilo – para o doente em potencial – o chamado comunicante; de acordo com os autores (p.93), “é sobre esses futuros doentes que precisamos aplicar, de maneira mais completa possível, o aparelhamento atual da profilaxia antileprótica como sejam a calmetização dos comunicantes e a sulfonoterapia através de uma rede cada vez maior de dispensários”. Essa perspectiva de mudar o foco da campanha do leprosário para o dispensário ganhou vigor, embora naquele momento o isolamento ainda permanecesse como ação profilática necessária, tendo em vista que os leprologistas partiam da seguinte premissa: “reconhecemos que o isolamento nosocomial tem sido um fator ponderável para diminuir a disseminação da moléstia e, por isso, precisa continuar como útil medida profilática” (p.93).

O artigo analisado permite que se compreenda, em primeiro lugar, como a mudança no entendimento de uma enfermidade e, de forma mais ampla, a mudança nas práticas utilizadas para controlá-la, são processadas de forma lenta e criteriosa. A sulfonoterapia começou a ser empregada no Brasil em 1946, gerando resultados muito positivos, conforme podemos constatar nos relatórios e trabalhos publicados a partir desse período. Entretanto, em 1954, quase uma década depois, a maioria dos médicos ainda estava processando as novas informações e se por um lado procurava difundi-las, por outro continuava reticente em relação à extinção da antiga prática terapêutica. Nesse ponto, podemos entender suas múltiplas razões: não se podia desconsiderar um sistema que fora todo montado sobre o princípio isolacionista, tanto por questões médica-científica quanto por interesses profissionais e materiais.

A experiência com as sulfonas em Minas Gerais

A sulfonoterapia tornou-se foco de debate entre os leprólogos do país e, em 1952, foi o tema principal da Segunda Reunião de Leprólogos Brasileiros, ocorrida em Minas Gerais. O evento foi conduzido pelo médico Eduardo Rabelo, que enumerou pelo menos nove temas relativos à terapêutica com as sulfonas para ser debatidos, entre os quais, dose e via de administração, número de doentes tratados e resultados quanto à forma clínica, medicamentos associados, reações terapêuticas, tempo de negativação, recidivas e observações de modo geral. Os estados de Minas Gerais e São Paulo estiveram representados com o maior número de leprólogos e também apresentaram as maiores contribuições ao debate. Na reunião, os profissionais da saúde expuseram os resultados obtidos com o tratamento sulfônico em seus respectivos estados.

O médico Lauro de Souza Lima relatou que, em São Paulo, “a anemia é um dos incidentes mais frequentes no tratamento sulfônico”, por isso, administravam feno aos pacientes, a fim de minimizar o problema (Anais..., 1952, p.290). Apesar disso, a esse respeito, o médico afirmou que, “de modo geral, o medicamento foi bem tolerado, mesmo por crianças e doentes com mais de 70 anos” (p.290). O leprólogo ressaltou como ponto positivo o fato de que, “o número de doentes falecidos diminuiu sensivelmente após a introdução da sulfonoterapia” (p.292).

O representante de Minas Gerais, Orestes Diniz, iniciou sua exposição com a seguinte ressalva: “nossa experiência, por motivos alheios à vontade dos leprólogos, não teve no princípio o volume de emprego que se fazia necessário, nem a largueza de recursos que o momento preconizava” (Anais..., 1952, p.294). Isso se explica porque, como já assinalado, a medicação possuía, inicialmente, custo muito elevado, já que era importada. São Paulo logo tratou de produzir os medicamentos a fim de baratear o custo do tratamento, mas em Minas Gerais, não obstante os esforços dos leprólogos, que pleiteavam recursos junto ao governo estadual para implantação de uma fábrica de sulfonas desde 1947, só foi possível colocá-la em funcionamento em 1950. A inauguração do empreendimento contou com a presença de várias autoridades, entre elas o governador do estado, cujos discursos ressaltavam os avanços que a produção de sulfonas representaria para a luta contra a lepra em Minas Gerais. O diretor do Instituto de Tecnologia, no qual fora instalada a fábrica, doutor José Moreira dos Santos Pena, afirmou que “a instalação que ora se inaugurava produziria 450 drágeas por mês, o que traria considerável ajuda no tratamento da lepra”, mas a produção poderia chegar a um milhão e meio, e só não chegava a esse resultado naquele momento porque dependiam “da entrega de determinados aparelhos que permitiriam um rendimento de 100%” (Inauguração..., 1951, p.48). Com isso, a intenção era fazer com que Minas Gerais se tornasse autossuficiente em relação à produção da medicação, haja vista o número significativo de doentes que possuía a região. Para o secretário de saúde do estado, doutor José Baeta Viana, o problema da lepra exigia dos governos soluções racionais, “baseadas nos modernos conceitos epidemiológicos e inspiradas nos recentes progressos terapêuticos”, e, para o caso específico de Minas Gerais, a situação era alarmante, pois “achavam-se consignados nos arquivos da Divisão de Lepra 20 mil casos confirmados do mal de Hansen, que na mais otimista das estimativas poderia considerar o número atual de enfermos” (p.49). Considerando esses “20 mil casos em Minas contra 60 mil, avaliados pelo censo federal da lepra em todo território nacional, conclui-se que, com 1/7 da população, o estado possuía 1/3 do total dos leprosos do país” (p.49). A expectativa dos médicos era de que a produção de sulfonas em Minas Gerais contribuísse para reverter esse quadro, já que, com a profilaxia de base isolacionista, as estatísticas sobre o número de leprosos só aumentavam.

A experiência com a sulfonoterapia em Minas Gerais, embora incipiente, havia-se mostrado eficaz no tratamento da lepra, conforme deixou claro Orestes Diniz no relatório apresentado à Segunda Reunião de Leprólogos Brasileiros:

As drogas usadas, a princípio, PROMIM, DIZONE e DIAMIDIN, derivados sulfônicos de larga aceitação, ensejaram os mais promissores resultados, sendo-nos mesmo permitido dizer resultados, às vezes, espetaculares.

Dos 387 enfermos que se submeteram à medicação conforme norma prescrita, foi seguinte o resultado:

223 negativaram = 57,6%

160 melhoraram = 41,3%

4 não melhoraram = 0,1% (Anais..., 1952, p.294).

Dante desses resultados, a necessidade de investimento na produção de sulfonas tornava-se, fundamental, como destacou o doutor José Baeta Viana: “como condição de êxito da

campanha antileprótica entre outras condições igualmente indispensáveis, urgia criar o laboratório para a fabricação da droga heroica” (Inauguração..., 1951, p.51). Entretanto, é interessante notar que os discursos sobre a eficácia da medicação, embora trouxessem novos elementos para compor o cenário de luta contra a doença, ainda não eram capazes de romper com o sistema de isolamento. Exemplo disso é o fato de que, na mesma revista em que eram publicados os resultados da sulfonoterapia, apontando-a como “droga heroica”, e as congratulações pela implantação da fábrica de sulfonas em Minas Gerais, também era noticiada a inauguração de mais dois preventórios para abrigar filhos de leprosos isolados no estado – Educandário Carlos Chagas e Pupileira Ernani Agrícola; juntos, esses eventos constituíam-se como resultados da ampliação das instalações da Divisão de Lepra do Estado.

O investimento no sistema profilático montado para combater a lepra a partir da década de 1930 não desaparecera com o advento das sulfonas: a princípio houve uma orientação no sentido de mudar o foco do processo, utilizando-se a base já formada. Foi assim que o dispensário começou a ganhar importância na luta contra a lepra, ao menos no plano discursivo. O médico José Baeta Viana descreve muito bem essa mudança.

Há um decênio a profilaxia da lepra consistia unicamente na descoberta dos casos e no isolamento compulsório dos doentes em leprocômios, onde o hanseniano aguardava a consumação dos seus dias, sem nenhuma esperança de salvar-se.

Eis que no armamentário terapêutico surgiram agentes quimioterápicos que anunciaram a cura de uma doença considerada até então irremediável.

A descoberta da ação antileprótica das sulfonas abriu uma nova era para o combate à endemia. A curabilidade dos casos incipientes permitiu o tratamento a domicílio, sob a vigilância dispensarial. Os casos de hansenianos contagiantes continuarão a ser recolhidos em leprocômios para o tratamento intensivo pela nova droga, donde muito frequentemente regressarão aos seus lares para uma vida normal após cura clínica confirmada por repetidas provas de negatividade e exames bacterioscópicos.

Com a nova terapêutica revolucionária pelas sulfonas o problema da lepra se desloca em grande parte dos leprocômios para os dispensários (Inauguração..., 1951, p.50).

Como se observa, ainda que parte significativa da comunidade científica⁶ reconhecesse a sulfonoterapia como um tratamento “revolucionário”, capaz de transformar um doente perene em paciente, ou seja, em portador de uma doença curável, o isolamento ainda era reconhecido como medida necessária. Entretanto, nesse novo contexto, o leprosário destinava-se ao cuidado de casos específicos – dos doentes contagiantes⁷ – mas, mesmo assim, a estada desses indivíduos na instituição poderia ser passageira, já que, ao obter a negativação, poderiam voltar a suas casas. Na configuração desse novo modelo profilático, ganhava destaque o dispensário, pois seria ele o órgão responsável pela observação dos “pacientes de alta”; além disso, outras funções, consideradas elementares na luta contra a lepra, foram-lhe atribuídas. Não obstante, à medida que avançava o desenvolvimento das terapias de cura da enfermidade, assim como o leprosário, o dispensário também teve sua funcionalidade questionada.

Novos moldes para a profilaxia da lepra

Na reunião da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, ocorrida em 22 de maio de 1957, o diretor do Serviço Nacional de Lepra (SNL), doutor Orestes Diniz,⁸ expôs aos parlamentares o anteprojeto de lei que pretendia criar a “Campanha Nacional contra a Lepra”. Atendendo ao convite do presidente da Comissão Parlamentar, que desejava esclarecer aos seus pares a apreciação do anteprojeto apresentado pelo deputado Janduí Carneiro, o médico fez longa exposição sobre “os aspectos epidemiológicos da lepra no Brasil e o programa traçado para sua profilaxia em bases mais condizentes com a realidade nacional” (Reunião..., 1958, p.4).⁹

O objetivo da reunião era convencer os parlamentares da necessidade de investir em uma campanha contra a lepra, elaborada à luz dos novos conhecimentos sobre a doença. Assim, a fim de justificar o projeto, era necessário explicar minuciosamente as descobertas e os resultados obtidos com a profilaxia anterior, bem como os pontos de ruptura e continuidade que pretendiam estabelecer em relação a ela. Em resumo, era preciso viabilizar a compreensão acerca do novo significado que a doença assumira a partir da terapêutica das sulfonas, bem como mostrar a gravidade da endemia no país. Foi com esse objetivo que Orestes Diniz iniciou sua fala, afirmando que a lepra era um problema nacional, “que começava nos pampas rio-grandenses, para atingir o máximo de gravidade na Amazônia, não pouRANDO nesse intervalo nenhuma região da pátria” (Reunião..., 1958, p.5). Não obstante esse caráter nacional da doença, o médico observou que o sistema de combate vinha sendo feito, principalmente, pela ação dos estados, os quais gastavam importâncias consideráveis na realização de “um trabalho altamente meritório”, mas insuficiente para levar a efeito a queda do número de prevalência e incidência da lepra (p.5). Portanto, urgia realizar ação mais efetiva de combate à doença, que envolvesse melhor os enfermos, sem que se sentissem intimidados a buscar ajuda, em função de temer o estigma e o afastamento definitivo do seu meio social.

Assim, Orestes Diniz explicou que, naquele momento, a profilaxia da lepra no Brasil estava sendo realizada por meio do modelo institucional tríplice:¹⁰ dispensário, leprosário, preventório. Além disso, embora houvesse “22.462 doentes internados nos leprosários brasileiros, o número existente no Brasil, no momento, era de 80 mil” (Reunião..., 1958, p.6). Desse modo, para ampliar o sistema de maneira a atender toda a demanda, seria necessário “fazer o levantamento de outros tantos leitos, que iriam custar cerca de 3 bilhões de cruzeiros e exigir uma manutenção que orçaria, anualmente, em 44 milhões de cruzeiros”, uma soma, sem dúvida alguma, bastante elevada (p.6). Questionado sobre o número de leprosários existentes no país, o médico respondeu que havia 36, mas logo advertiu que, “no geral, eram mal instalados, velhos, precisando de rejuvenescimento” (p.6).

Esse assunto foi tratado rapidamente pelo diretor do SNL, uma vez que o foco de sua exposição era outro, qual seja: apresentar o novo modelo profilático. Nesse sentido, Orestes Diniz tratou de inserir na discussão a problemática dos trabalhos de epidemiologia, os quais, materializados na instituição dispensarial, “ainda se mostravam insuficientes no Brasil” (Reunião..., 1958, p.6). E prosseguiu:

Oitenta e três dispensários para atender a um país que tem dois mil trezentos e tantos municípios não podem absolutamente realizar esse trabalho em toda essa área. E o resultado? É que os doentes se apresentam, no geral, espontaneamente, já quando o mal se desenvolveu muito, já quando o clamor público se fez sentir em torno do doente.

Não são os doentes encontrados pelo leprólogo. É o doente que vem até o leprólogo, muitas vezes, tocado pelo clamor público (Reunião..., 1958, p.7).

Notemos a maneira pela qual o médico apresentou o modelo tripé como deficiente, incapaz de corresponder às necessidades reais do quadro endêmico no país, pois, de acordo com suas estimativas, para cada doente havia, pelo menos, mais cinco comunicantes. Desse modo, se o Brasil possuía 80 mil leprosos, o número de comunicantes a ser examinados chegava a 400 mil, ou seja, “apenas cerca de 10% desses comunicantes eram examinados, 90% estavam totalmente desconhecidos de providências de ordem sanitária” (Reunião..., 1958, p.7). De acordo com Orestes Diniz, quando o indivíduo chegava a ser diagnosticado, até os “leigos” já eram capazes de identificar a lepra, tal era o nível de avanço da doença. Nesse sentido, poder-se-ia pensar que o médico estava tentando sugerir a ampliação do número de dispensários para diagnóstico precoce e tratamento de casos novos, mas não era essa a intenção, e ele justificou, mais uma vez, sua posição em termos orçamentários: “precisaríamos, no país, para fazer um atendimento mínimo, portanto, para a construção e equipamento de 500 dispensários novos, de cerca de 500 milhões de cruzeiros. E, para a manutenção, anualmente, 340 milhões para os mesmos dispensários” (p.7). Sendo assim, ele mesmo concluía que a proposta de construção de novos dispensários tornava-se inviável, dado que não se dispunha de orçamento “para realizar uma obra baseada neste costume antigo de luta contra a lepra” (p.7). Nota-se que o modelo tripé é caracterizado pelo médico como “antigo”, isto é, não se adequava mais aos novos rumos assumidos pela profilaxia que, aliás, considerava desnecessária também a construção de qualquer leprosário novo no país. Sobre esse assunto, o diretor do SNL observa que “somos radicalmente, frontalmente contra essa providência” (p.7).

Diante desse quadro, qual seria, então, a proposta do anteprojeto de lei defendido naquele momento? Para chegar ao cerne da discussão, Orestes Diniz introduziu a questão da terapêutica das sulfonas, explicando que o método fora inaugurado pelo norte-americano Guy Faget que, em visita ao Rio de Janeiro em 1946, apresentou uma série de doentes curados por aquele tratamento. A partir de então, as sulfonas passaram a ser empregadas de norte a sul do Brasil e, com isso, “os índices de recuperação cresceram sensivelmente” (Reunião..., 1958, p.8). Assim, tendo a cura como uma realidade, tornava-se dispensável a providência do isolamento do doente. Como se pode observar, a justificativa da necessidade de reelaborar o modelo profilático baseava-se nas novas variáveis que compunham o *framing* da doença.

A proposta da nova campanha contra a lepra consistia, pois, em “procurar descobrir os casos novos e curá-los, através do uso intensivo de sulfonas” (Reunião..., 1958, p.8). Para os idealizadores do projeto, com base nas novas descobertas sobre a lepra, não havia mais sentido continuar implementando uma ação profilática baseada na “caça ao doente” para levá-lo ao isolamento, uma vez que a experiência havia demonstrado que tal prática pouco contribuíra para a diminuição dos índices de incidência da lepra, ao contrário, eles aumentavam a cada ano. Portanto, para modificar essa situação, o novo modelo da campanha contra a doença apresentava orientações bastante diferentes das anteriores, sobretudo ao destacar os “prejuízos” causados pelo isolamento compulsório dos leprosos.

Isolamento compulsório: de solução a problema social

A conferência proferida pela diretora do Serviço de Lepra do Paraguai, doutora Amélia Aguirre (1957), à Sociedade Mineira de Leprologia, em novembro de 1957, evidenciou aspectos sobre a lepra que corroboravam o argumento de que isolar o paciente era desnecessário. Tal como no Brasil, em outros países da América Latina onde a lepra era endêmica o processo de combate à doença ocorria em consonância com as orientações dos Congressos Internacionais. Desse modo, o Paraguai também passava por um processo de “desmontagem” do sistema profilático de base isolacionista. A conferencista iniciou sua palestra dizendo que a lepra era um dos maiores problemas endêmicos do Paraguai, e, “se bem não seja grave do ponto de vista de contagiosidade e mortalidade, o é pela incapacidade que acarreta para o trabalho, inabilitando o indivíduo em pleno período de produção e convertendo-o em ônus para os meios assistenciais, o que representa constantes ‘déficits’ econômico para o indivíduo e para a sociedade” (p.335).

A doutora Amélia Aguirre (1957) abordou com bastante clareza os argumentos que se tornariam fundamentais para convencer os governos a investir na reestruturação das ações de combate à doença. Inicialmente, ela afirmou que o objetivo das novas campanhas era justamente atenuar o estigma de contágio vinculado à lepra para que o leproso não sofresse o repúdio social, podendo mantê-lo integrado à sociedade. Além disso, a médica ressaltou que, embora a enfermidade não fosse grave do ponto de vista do contágio, o grande problema da doença era o ônus econômico que causava, tanto para o indivíduo que precisava deixar seu trabalho, quanto para a sociedade e, destacadamente, para os cofres públicos, que precisavam despender vultosas somas para assistir ao doente. Conforme destacou o médico Francisco Eduardo Rabelo, para a nova profilaxia, “a admissão de mais um caso avançado num leprosário é antes uma dolorosa derrota, do que uma posição conquistada” (Rabelo Filho, 1959, p.149). Essa máxima servia para todos os países que passavam pelo processo de readaptação do modelo profilático. Na América do Sul, os índices endêmicos eram altíssimos, e o Brasil, junto com a Guiana Holandesa, ocupava o terceiro lugar em relação ao índice de prevalência por mil habitantes, ficando atrás apenas da Guiana Francesa e da Guiana Inglesa, cujos números de doentes eram alarmantes. O Paraguai galgava o quarto lugar nesse ranking, mas mesmo assim, conforme se observa na fala da diretora do Serviço de Lepra daquele país, o índice era preocupante e carecia de atenção. É possível visualizar com mais clareza a situação da lepra na América do Sul por meio do quadro reproduzido do relatório apresentado pelo médico Lauro de Souza Lima (ver Tabela 1), na Oficina Sanitária Pan-americana, em 1958.

De acordo com Lauro de Souza Lima, se fossem comparados esses índices de prevalência da lepra aos números das décadas anteriores, perceber-se-ia uma curva ascendente, apesar de todos os esforços realizados no sentido de combater a doença. Se o quadro mostra que em 1957 o índice de prevalência era de 2,02, o médico Joir Fonte (Reunião..., 1958, p.26) apresenta a estatística da década anterior, quando, no Brasil, “o índice de prevalência da doença, em 1946, era de 0,96”. Para os médicos envolvidos na implantação de práticas profiláticas baseadas na sulfonoterapia, a ascensão do número de casos demonstrava a ineeficácia do isolamento como medida profilática. Joir Fonte ainda destacou que, no caso específico do Brasil, a luta contra a lepra, até aquele momento, baseava-se em um serviço de rotina, sem as armas necessárias

para combater de fato a endemia. Entretanto, essa situação estava sendo modificada graças à nova campanha que se baseava na “teoria moderna, consagrada pelos congressos e pela experiência” (p.27).

Tabela 1: Situação da lepra na América do Sul

País	Ano	N. de Casos	Índice de Prevalência por 1.000 Habitantes
Argentina	1956	9.572	0,52
Bolívia	1956	951	0,31
Brasil	1957	121.314	2,02
Chile	1956	37	0,002
Colômbia	1956	9.155	0,75
Equador	1955	150	0,04
Guiana Francesa	1955	1.341	4,80
Guiana Holandesa	1956	2.197	2,02
Guiana Inglesa	1957	1.403	2,80
Paraguai	1957	2.014	1,22
Peru	1954	1.127	0,13
Uruguai	1954	62	0,024
Venezuela	1956	8.648	1,04

Fonte: Lima, 1959, p.26.

O isolamento, de fato, não trouxera os resultados esperados, tendo em vista que não conseguiu diminuir as estatísticas da lepra no país. Conforme exposto pelo médico Wandick Del Favero (Reunião..., 1958), do Serviço de Lepra de Minas Gerais, a lepra era uma doença de baixa difusão, de contágio difícil, e não se justificava a adoção do isolamento compulsório do doente, uma vez que não se aplicavam medidas dessa natureza para controlar outras doenças infectocontagiosas de maior difusão. Além disso, destacou, “precisamos obter, a todo custo, a colaboração do doente e dos seus comunicantes para o trabalho a realizar, e esta colaboração nunca poderá ser obtida mediante a execução de um trabalho de profilaxia baseado no isolamento compulsório, indiscriminado” (p.29). Para os médicos favoráveis à sulfonoterapia, a nova estrutura profilática permitiria um diagnóstico precoce da doença, o que levaria mais rapidamente à cura e, consequentemente, à ruptura da cadeia de transmissibilidade. Toda a lógica das ações anteriores inverter-se-ia, visto que não seria mais o leprólogo que sairia em busca do doente, mas sim, este último que buscaria ajuda nas unidades de saúde básicas.

Embora as estatísticas que apontavam o aumento e não a diminuição da endemia de lepra tenham sido utilizadas como argumento para legitimar o novo modelo profilático, não foram esses altos índices os únicos responsáveis pela transformação nas orientações em relação ao combate à doença. Vários outros fatores podem ser acrescidos às estatísticas, que, aliás, talvez ocupem lugar secundário nesse processo; o maior deles, como já foi citado, pode ser a descoberta da eficácia terapêutica das sulfonas. Contudo, Wandick Del Favero (Reunião...,

1958, p.29) fornece uma pista sobre outro fator importante, ao fazer a seguinte afirmação: “não estamos em condições técnicas e financeiras de dar assistência aos descendentes do leproso e de solucionar problemas outros criados pelo isolamento compulsório”. A política isolacionista passou a onerar demasiadamente os cofres públicos, pois, além de o Estado ser o responsável pela subsistência do indivíduo internado, ele também deveria assistir sua família, principalmente, os filhos indenes.

Obviamente, esse não fora o argumento mais difundido no processo de deslegitimar a prática isolacionista; afinal, a sociedade não se incomodava em arcar com esse ônus, desde que os leprosos fossem mantidos bem longe. Assim, recorreu-se a um apelo mais social e menos econômico, qual seja, o de que o isolamento provocava danos irreparáveis à “sagrada instituição família”. Orestes Diniz, ao defender o anteprojeto de lei que criaria a “Campanha Nacional contra a Lepra”, em 1957, afirmou que a assistência social ao doente e a sua família construía-se como um problema mais difícil de resolver do que a própria lepra. Para o diretor do SNL, “os problemas decorrentes do internamento são muito mais sérios do que daqueles que permanecem junto ao seu lar” (Reunião..., 1958, p.14), pois, após o doente ter ido para o leprosário, sair de lá e voltar ao seio da família tornava-se quase impossível, dado o clamor público que era desencadeado em torno da questão. Tal circunstância gerava um impasse na hora de conceder as altas, já que, devido a ela, os pacientes não queriam mais sair do leprosário. Esse fato levava a instituição a transformar-se em asilo, abrigando um grande número de pacientes não contagiosos, mas que, por falta de receptividade no meio social, acabavam permanecendo isolados. Na visão de Diniz (p.14), “A proporção dos curados que se fixam fora dos leprosários não é satisfatória. Ora, exatamente essa classe de doentes que se internam e que precisam sair é que vai onerar mais o poder público ou as entidades particulares, no atendimento do problema de assistência social”.

É interessante notar a forma como se processa a mudança, não apenas sob o aspecto do entendimento da sociedade acerca da doença, como também dos próprios portadores, pois, se antes esses indivíduos eram considerados perigosos, isolá-los parecia ser a prática mais sensata. Por isso, a ideia difundida era a de uma segregação definitiva, pois, assim, os doentes poderiam compreender o seu destino e afastar-se dos “sadios”, sobretudo dos familiares, a fim de protegê-los. No novo contexto, entretanto, o indivíduo já precisava ser convencido do contrário, ou seja, sair do isolamento, voltar para casa, uma vez que, ficando ali, ele estava causando um problema social e, principalmente, econômico. O próprio Orestes Diniz esclareceu que “um doente que está na sua casa, é muitas vezes, um lavrador, um indivíduo que executa a profissão em condições compatíveis com o seu estado de saúde” (Reunião..., 1958, p.14). Nessas condições, o leproso não constituía um problema social, entretanto, “removido para o leprosário, ele se transforma, na mesma hora – ele e sua família – em problema social” (p.14). Como se observa, embora o médico não se refira diretamente à questão econômica, fica claro que, em seu entendimento, era justamente a despesa gerada por esses indivíduos o principal fator constituinte do que ele chamava de “problema social”. Nesse momento, os argumentos vão sendo reelaborados para redefinir o *framing* da doença. E, no caso das práticas profiláticas para combater a lepra, a necessidade de romper com o isolamento revisitou, até o exemplo da Noruega. Se, na década de 1930, a Noruega era constantemente citada como referência em termos de combate à doença devido à prática do

isolamento, nos anos de 1950, novamente os médicos brasileiros recorriam ao exemplo do país europeu, só que, dessa vez, sob outra perspectiva. O médico Francisco Eduardo Rabelo foi um dos que utilizou o caso da Noruega como argumento contra o isolamento dos leprosos. De acordo com ele, “a Noruega foi o país em que, até certo momento, fez-se um isolamento muito rígido. Até quando Hansen, o descobridor do bacilo, disse: – parem com isso; vamos dar aos nossos pescadores (era justamente no litoral que havia mais doentes) água e sabão para eles se lavarem” (p.20).

Em 1958, foi realizado em Belo Horizonte o Seminário sobre Profilaxia da Lepra, promovido pela Repartição Sanitária Pan-americana, sendo um dos temas debatidos no evento justamente “o valor do isolamento na profilaxia da lepra”. Nesse evento, o filho de Eduardo Rabelo, também médico, retomou o argumento do pai, lembrando que aquele já havia produzido um artigo no qual descrevera as condições medievais de promiscuidade e imundície em que viviam os pescadores da Noruega. Portanto, na acepção do médico, “a profilaxia da doença só se tornara possível quando Hansen atentou para o fato de que era preciso melhorar as condições de saneamento e higiene em todo o país” (Rabelo Filho, 1959, p.148). Assim, o exemplo da Noruega foi reelaborado a fim de compor o arsenal de motivos que foram elencados para deslegitimizar a prática isolacionista. As conclusões do conclave sobre o assunto foram categóricas: “é opinião do Seminário que a determinação legal de isolamento compulsório em estabelecimentos especiais – leprosários – acarreta sérios inconvenientes que prejudicam a execução das medidas essenciais à profilaxia” (Conclusões..., 1959, p.6). Entre os inconvenientes, estavam:

- a) O ocultamento de grande número de doentes, pelo temor do isolamento e consequente dificuldades no controle de seus comunicantes;
- b) O elevado ônus para o erário público, desviando-se sem proveito para a profilaxia recursos financeiros que poderão ser melhor aplicados no desenvolvimento de métodos racionais e mais eficazes na luta contra a lepra;
- c) A desintegração e estigmatização da família, o que lhe torna mais difícil o reajustamento social;
- d) A discriminação injusta e desumana de uma classe de enfermos, que passam a ser considerados como marginais, impossibilitando-lhes, assim, a posterior reintegração na sociedade;
- e) A perpetuação de preconceitos populares (Conclusões..., 1959, p.7).

Como se pode observar, o isolamento passou de solução a problema em pouco mais de duas décadas. Entretanto, um sistema muito bem estruturado havia sido montado para combater a doença isolando o seu portador. Por isso, era necessário difundir o máximo possível esses novos princípios que não apenas condenavam a antiga prática profilática, como também a destituíam de legitimidade científica. Nesse sentido, o conclave pan-americano concluiu que o isolamento compulsório deveria ser substituído pelo controle efetivo dos focos, a ser realizado pelo tratamento dos doentes e vigilância de seus comunicantes.

Considerações finais

Neste artigo o objetivo foi analisar, ainda que de maneira sucinta, o debate que se constituiu, na década de 1950, sobre o processo de substituição das antigas práticas profiláticas de combate/controle da lepra, destacadamente o isolamento compulsório, por novas práticas baseadas na sulfonoterapia. A mudança em termos profiláticos refletia uma transformação que se processava no próprio significado da doença, ocasionada pela descoberta das sulfonas na década de 1940. Essa medicação trouxera não apenas a possibilidade de curar a enfermidade, como também a necessidade de lhe dar novo significado, para, assim, legitimar novas práticas profiláticas. Obviamente, a transformação foi um processo lento, marcado por continuidades em relação ao significado anterior. Exemplo desse aspecto continuista pode ser percebido pelo fato de que, mesmo sendo questionada e posteriormente confirmada a ineeficácia do isolamento para conter o desenvolvimento da endemia, ele se manteve. O término oficial do isolamento compulsório só ocorreu em maio de 1962, pelo decreto n.968, o qual revogou o decreto n.16.300, de dezembro de 1923. Entretanto, cabe destacar que a extinção oficial da política não significou que o isolamento tenha deixado de ocorrer exatamente naquela data; há evidências de que as pessoas continuaram a ser isoladas em alguns leprosários até o final da década de 1970.

Em relação ao processo de deslegitimar o isolamento como prática profilática, não se pode deixar de assinalar que diversos fatores estiveram envolvidos: fatores de caráter econômico, como o ônus financeiro que o doente isolado passou a representar para os cofres públicos; fatores profissionais, já que havia uma legião de pessoas envolvidas na “indústria da lepra”, e desmontá-la causaria um grande transtorno; e também fatores sociais, esses, possivelmente, foram os que mais dificultaram a substituição da prática isolacionista por outra que mantivesse o portador de lepra no meio social. É possível dimensionar o problema quando consideramos que se, para a comunidade médico-científica, não fora fácil admitir que o isolamento não surtira os resultados esperados e que, portanto, deveria ser abolido das ações de combate à enfermidade; para a sociedade, a questão tornara-se muito mais complexa. Temer o leproso passou a ser um componente da cultura popular que o associava à imagem bíblica do indivíduo desfigurado pela doença, e transformar esse entendimento, tanto sobre a enfermidade, quanto sobre o enfermo, mostrou-se um desafio, em primeiro lugar assumido pelos agentes de saúde pública, particularmente, os médicos envolvidos na luta contra a lepra. Em seguida, tornou-se também um desafio para entidades da sociedade civil, tais como o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), que se envolveram com a causa social de reintegração do portador da doença à sociedade.

Um ponto importante no processo de ressignificar a enfermidade, procurando torná-la menos temível, foi a mudança na nomenclatura e na forma de se referir a seu portador: de lepra para hanseníase e de leproso para hanseniano. Embora a modificação oficial desses termos tenha extrapolado os limites cronológicos e os objetivos deste artigo – pois somente em 1995, com a lei federal n.9.010, o uso do termo lepra e suas variações foi proibido nos documentos oficiais –, é importante mencioná-lo, tendo em vista que as discussões que levaram a esse desfecho se iniciaram após a comprovação da eficácia terapêutica das sulfonas, no final da década de 1940. Com isso, pode-se compreender como as transformações no campo da história das doenças resultam de discussões e negociações que se processam lentamente.

NOTAS

* Este artigo baseia-se em algumas das questões abordadas em minha tese de doutorado, defendida em março de 2012, no Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal Fluminense (UFF), sob o título: *Colônia Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960)* (Carvalho, 2012).

¹ Susan Sontag (2007, p.63-73) utiliza esse conceito para designar o processo no qual a doença se remete a coisas que estão além do mundo biológico, tais como as normas sociais e a forma como os indivíduos são vistos em relação a essas normas. Sobre a compreensão da lepra como “flagelo social”, ver Carvalho (2012, principalmente capítulo 1).

² Há que ressaltar que o modelo isolacionista já vinha sofrendo críticas por parte de um grupo de leprólogos, entre eles Orestes Diniz, que afirmava que o “modelo tripé” não havia cumprido seu objetivo principal, qual seja diminuir as estatísticas da lepra.

³ Dentre os quais se destacam (ordenados pelo ano de produção): Monteiro (1995); Curi (2002); Cunha (2005); Costa (2007); Maciel (2007).

⁴ O decreto n.968, de maio de 1962, extinguiu oficialmente no Brasil o isolamento obrigatório aos portadores de lepra. Mas a dificuldade em modificar o entendimento que a sociedade possuía da enfermidade persistia. E, com o intuito de atenuar o estigma causado pela perspectiva de ser leproso, o professor Abrão Rotberg propôs a mudança da terminologia lepra para hanseníase, a qual foi aprovada e passou a ser utilizada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo na década de 1970. Daí por diante a denominação lepra foi gradativamente sendo substituída por hanseníase. O Ministério da Saúde adotou esse termo pelo decreto n.76.078, de 4 de agosto de 1975, até que, em 1995, a lei n.9.010, de 29 de março, proibiu definitivamente o uso do termo lepra e suas derivações na linguagem empregada nos documentos oficiais do país. Sobre a mudança na terminologia da doença, ver Martelli, Oppomolla (2005, p.293-294).

⁵ Conceito formulado pelo historiador Charles Rosenberg (1992). De acordo ele, o *framing* envolve a ideia de que a doença é emoldurada por certos esquemas interpretativos e classificatórios, condizentes com contextos histórico-sociais específicos. O autor explica que, ao mesmo tempo em que é emoldurada, a doença também produz ações que a tornam um *frame*, isto é, uma moldura para diversas situações da vida social. Desse modo, para o historiador, o pensamento e a prática médica são capazes de construir socialmente as doenças, tanto por aplicar certos esquemas conceituais que as classificam como realidade biológica, quanto também por formular seus próprios *frames*. Neste artigo, o conceito será trabalhado a partir da ideia de construção e reconstrução de significados para lepra.

⁶ É preciso considerar que não havia consenso em torno do tema da profilaxia da lepra, visto que alguns profissionais da medicina continuavam a acreditar no isolamento como a prática mais adequada.

⁷ A lepra era classificada em três tipos clínicos: lepromatosa, tuberculoide e indiferenciada; o tipo mais contagioso era o lepromatoso, seguido do tuberculoide, já o indiferenciado não provocava contágio. O tratamento sulfônico convergia os casos lepromatoso e tuberculoide para indiferenciado, assim, detectavam-se quais eram os doentes “contagiantes” e “não contagiantes” por meio da realização de biópsias, que comprovavam a baciloscopia negativa para os “não contagiantes”, e positiva para os “contagiantes”.

⁸ Para defender o anteprojeto diante dos parlamentares, Orestes Diniz contou com o auxílio dos chefes das seções de Organização e Controle e de Epidemiologia do SNL, além do catedrático de dermatologia da Faculdade Nacional de Medicina, Francisco Eduardo Rabelo.

⁹ A discussão em torno do anteprojeto foi publicada originalmente no *Diário do Congresso Nacional* de 14 de junho de 1957 (p.3797-3803). Também foi transcrita no periódico *Arquivos Mineiros de Leprologia*, de janeiro de 1958.

¹⁰ As medidas profiláticas para combater a lepra foram estruturadas a partir da união de três instituições: os dispensários, para diagnosticar os comunicantes; os leprosários, para isolar os doentes; e os preventórios, para orfanar seus filhos indenes. Essa estrutura foi denominada “modelo tripé”.

REFERÊNCIAS

- AGUIRRE, Amélia.
Plano de controle da lepra no Paraguai. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 17, n.4, p.335-337.
1957.
- ALEIXO, Josefino; STANCIOLI, José; SALIBA, Nagib.
Considerações sobre o controle da endemia leprótica. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 14, n.2, p.90-94. 1954.

ANAIS...

Anais da II Reunião de Leprólogos Brasileiros, Três Corações, maio de 1952. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 12, n.4, p.285-426. 1952.

CONCLUSÕES...

Conclusões do Seminário sobre a Profilaxia da Lepra, Belo Horizonte, Brasil, 30 de junho a 7 de julho, 1958. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 19, n.1, p.3-113. 1959.

CAMPOS, André Luiz Vieira de.

Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

CARVALHO, Keila Auxiliadora.

Colônia Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960). Tese (Doutorado) – História Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2012.

COSTA, Dilma Fátima A.C.

Entre ideias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934). Tese (Doutorado) – História Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007.

CUNHA, Vivian da Silva.

O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

CURI, Luciano Marcos.

"Defender os sãos e consolar os lázaros": lepra e isolamento no Brasil 1935-1976. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2002.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina.

A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: Gomes, Ângela de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2000.

INAUGURAÇÃO...

Inauguração da Fábrica de Sulfonas do Estado. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 11, n.1, p.38-39. 1951.

LIMA, Lauro de Souza.

La lepra en las Americas. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 19, n.1, p.22-48. 1959.

MACIEL, Laurinda Rosa.

"Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade": uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese (Doutorado) – História Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007.

MARTELLI, Antônio Carlos Ceribelli;

OPROMOLLA, Paula Araújo.

A terminologia relativa à hanseníase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v.80, n.3, p.293-294. 2005.

MONTEIRO, Yara Nogueira.

Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1995.

RABELO FILHO, Francisco Eduardo.

Discurso proferido no Seminário sobre Profilaxia da Lepra, realizado pela Repartição Sanitária Pan-americana, em Belo Horizonte, em 1958. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 19, n.1, p.147-149. 1959.

REUNIÃO...

Reunião da Comissão de Saúde em 22 de maio de 1957. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, ano 18, n.1, p.4-40. 1958.

ROSENBERG, Charles.

Explaining epidemics and the other studies in the History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press. 1992.

SONTAG, Susan.

Doença como metáfora. São Paulo: Companhia das Letras. 2007.

