

©Copyright, 2006. Todos os direitos são reservados. Será permitida a reprodução integral ou parcial dos artigos, ocasião em que deverá ser observada a obrigatoriedade de indicação da propriedade dos seus direitos autorais pela INTERFACEHS, com a citação completa da fonte. Em caso de dúvidas, consulte a secretaria: interfacehs@interfacehs.com.br

O MUNDO DO TRABALHO E AS PROFILAXIAS DA HANSENÍASE NO BRASIL: CONJUGAÇÕES NÃO APARENTES

Ivan Ducatti

Doutor em História Social pela Universidade de São Paulo e Professor de História do Programa de Educação de Jovens e Adultos (EJA) da Fundação Municipal de Niterói (RJ).

RESUMO

As profilaxias para a cura da hanseníase no Brasil foram várias. De unguentos para a pele nos tempos coloniais, até a cura medicamentosa que surge na década de 1940, foi um longo processo de evolução técnica da medicina. Nesse caminho profilático, lançou-se mão do isolamento compulsório para todos e quaisquer casos, independentemente do grau de evolução da doença, o que não era consenso entre a categoria médica, pois uma fração considerada humanista receitava o isolamento somente em casos crônicos. Durante a Era Vargas o controle do problema de saúde pública passou para o Estado – embora no âmbito policial –, e os avanços tecnológicos permitiram não mais isolar indiscriminadamente, mas o problema do isolamento só deixou de existir na década de 1960. Nesse período, o impacto do mundo do trabalho e de suas tecnologias têm de ser considerados no que tange à saúde pública.

Palavras-chave: hanseníase; isolamento compulsório; Saúde Pública.

A industrialização alterou a divisão social do trabalho na Europa Ocidental no século XIX, e mais tarde atingiu quase todo o mundo. Fora da Europa, os Estados Unidos são o grande exemplo dessa transformação econômica. O proletariado urbano, ao longo do século XIX, passou a dar uma característica para as cidades: o crescimento dos centros urbanos. A industrialização necessitava força de trabalho. A economia natural, no campo, voltada para a subsistência da classe trabalhadora, bem como as atividades artesanais, tornaram-se traços marginais desse desenvolvimento.

O mercado de força de trabalho para a indústria crescia pelas urbes, e a adaptação e a educação para a máquina já se tornavam realidade. Em alguns países, a educação para o trabalho na grande indústria, em virtude de um capitalismo tardio, como no Brasil, ocorreu somente no século XX, durante as décadas de 1920 e 1930. As pessoas portadoras de hanseníase em nível avançado são preteridas nessa nova dinâmica do capital. As mãos dos/as portadores/as de hanseníase são facilmente atingidas pelo *Mycobacterium leprae*, e seus nervos são por ele corroídos. As máquinas são manipuladas, pois são ferramentas (mais ou menos sofisticadas); por serem ferramentas, são extensão das mãos. São mediações entre o ser humano e a natureza a ser transformada historicamente. A natureza se transforma e transforma o ser humano, por intermédio do trabalho.

As ciências de gerenciamento do capital, no século XX, reproduzem, ao adaptar o ser humano à máquina, mecanismos de controle dos/as trabalhadores/as. O capitalista ficará atento para que o/a trabalhador/a garanta habilidade, destreza e rapidez na especialidade em que se aplica sua força de trabalho. A garantia do controle institucional torna-se uma grande oportunidade de adestramento dos seres humanos à lógica do mundo do trabalho alienado. Instaura-se, assim, um mecanismo de exclusão social daqueles considerados inábeis para produção fabril.

Do ponto de vista do mundo do trabalho, é mister destacar que as más condições de vida e de saúde reduziam significativamente a produtividade do trabalho. O empresariado precisava manter seus operários saudáveis para que não houvesse interrupção na linha de montagem. Pode-se afirmar que a influência econômica sobre as bases biopsicossociais de uma sociedade seja uma visão determinista de explanação científica. No entanto, as elites econômicas jamais olvidaram que a educação para o trabalho – dentro do domínio do capital, é óbvio – deveria ser elemento de formação da população a ser explorada.

A educação para o trabalho, no modo de produção capitalista, é a educação para a adestração do/a trabalhador/a à máquina, ao ritmo que ela irá impor. Trata-se de um mecanismo que exige concentração e atenção aos ritmos das máquinas. Com a maquinaria, prolongou-se a jornada de trabalho do trabalhador social e o trabalho passou a ser intensificado. Observamos, então, que o capital exige uma massa de trabalhadores/as educados/as para trabalharem ao ritmo das máquinas, cuja precisão, força e velocidade exigem destrezas que só a indústria moderna pôde desenvolver. Não se trata mais de uma questão de força humana para a produção, mas do controle das máquinas. A necessidade de controle e organização da produção exigiu uma administração científica, tarefa efetuada pelo taylorismo/fordismo. Mas se o/a trabalhador/a deve estar educado/a para o ritmo e destreza da industrialização moderna, isso pressupõe que pessoas com deficiências e debilidades físicas – em nosso caso específico, pessoas portadoras de hanseníase que, como sabemos, há sessenta ou setenta anos (a nossa periodização) tinham raríssimas chances de obter cura, e mesmo se conseguissem, não se livrariam das sequelas nos membros, principalmente pés e mãos – não estariam aptas para o trabalho na indústria moderna, que surgia com certo vigor, rompendo com o limite monopolista do café.

O TRATO AOS HANSENIANOS (QUAL A LÓGICA?)

O alívio para os sintomas, diante das dificuldades técnicas de cura do mundo antigo e medieval, consistia basicamente na aplicação de pomadas e unguentos, além de banho de ervas. No Brasil, sob influência indígena, o emprego de ervas medicinais fora constante, em especial nas zonas rurais, desde os tempos coloniais. Sangrias, banhos longos e até veneno de cobra também foram administrados no tratamento da hanseníase no Brasil, além de aplicação da resina de caju sob nódulos e manchas.

Mesmo com as dificuldades atuais de erradicação da hanseníase no Brasil, sua profilaxia e suas técnicas para a cura nem sempre foram como as conhecemos neste momento. As técnicas avançaram, assim como avançaram, com seus devidos limites político-regionais, a industrialização, a divisão social do trabalho, o saneamento básico, a alimentação etc. A história da hanseníase se processa à medida que os agentes sociais atuam buscando soluções mais ou menos proporcionais aos distúrbios biopsicossociais que a doença traz à organização do sistema social (CORDEIRO, 1985). O tratamento, no

Brasil, no entanto, variava de região para região: infusão de ervas laxantes aqui, banhos prolongados ali, aplicação de emplastros acolá. Como se vê, não era o caso de se pensar em uma normatização em relação à profilaxia. Somente em 1904, com o Regulamento Sanitário da União, é que o Estado passou a colocar os doentes sob domínio do poder público.

Ao mesmo tempo, na Europa, a doença praticamente encontrava-se extinta, com alguns focos autóctones, como já mencionado. Mas aqui, apesar de pressões da população, que reivindicava melhorias para os leprosários, o desinteresse das autoridades deixava-os à míngua, dependentes de esmolas. Mesmo com Oswaldo Cruz à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903, quando a atenção do Estado se deu de forma mais contundente, a doença persistiu, em todo o país, e suas sequelas são grandes e altas ainda hoje (CUNHA, 2002).

De acordo com os estudos feitos por Magalhães e Rojas, o primeiro leprosário do Brasil foi criado em 1600, no Rio de Janeiro, pois ali foram registrados os primeiros casos. A doença se espalhou para a Bahia, Pernambuco e Pará. Os fluxos migratórios da colônia – de europeus e escravos africanos – foram responsáveis pela disseminação da endemia no país. Na Bahia, Nina Rodrigues já considerava a expansão da hanseníase um fato dado por quase todo o estado. Embora as taxas de prevalência no Nordeste no início do século XX possam variar, afetando diferentemente cada um dos estados daquela região (conforme dados do IBGE, de 1956, levantados por Magalhães e Rojas), historicamente a doença se difundiu, por entre os escravos majoritariamente, sendo estes o ponto em comum daquela região.

De acordo com os estudos de Smith III (2003), o isolamento de portadores de hanseníase começou efetivamente em 1640, em Salvador, Bahia, no Campo dos Lázarus, obra de caridade da Igreja católica. No Rio de Janeiro, em 1739, o número de hansenianos era grande, e em 21 de janeiro desse ano o Conselho Municipal, com presença de médicos, reuniu-se para debater a doença, que era considerada uma ameaça à saúde pública. No dia seguinte, uma carta de apelo a D. João V foi enviada a Portugal. Em 1741, o rei autorizou todos os esforços para a criação de um hospital para hansenianos no Rio de Janeiro. No século XVIII, a doença já havia se espalhado por Maranhão, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Mato Grosso. Portugal reconhecia que o Sudeste tinha uma importância econômica considerável, e que não seria possível aceitar tal epidemia. Em 1763, o Santíssimo Sacramento da Freguesia de Nossa Senhora da Candelária assumiu a administração do

leprosário do Rio de Janeiro. As autoridades portuguesas estavam cientes de que a hanseníase no Rio de Janeiro deveria atrair a atenção dos administradores, pois havia facilidade de propagação da doença. Uma propriedade confiscada dos jesuítas em 1759 tornou-se um hospital permanente, em 1766, para os portadores de hanseníase, como propriedade da Coroa, em São Cristóvão, no Rio de Janeiro. De 1766 a 1807, o hospital sobreviveu graças a impostos e donativos de caridade, além da venda de frutas, verduras e carne bovina provenientes do terreno da instituição. Os recursos, todavia, não eram suficientes. Além disso, o hospital não proporcionava conforto a seus pacientes. A assistência médica era precária. Apesar de Portugal reconhecer a problemática da hanseníase, tudo não passava de simples retórica, pois, substancialmente, muito pouco era feito em termos de higiene pública. Em 1808, com a vinda da família real para o Brasil, a população do Rio de Janeiro aumentou significativamente, e a infraestrutura da cidade mostrou-se insuficiente para esse crescente número de pessoas. A necessidade de ampliação da rede de assistência à saúde pública tornou-se um imperativo real (a ambiguidade do termo não é gratuita, pois a Coroa Portuguesa não se permitiria deixar em situação em que a ameaça à sua saúde fosse iminente). Assim, o hospital de São Cristóvão obteve atenção da Coroa, alterando radicalmente sua história, com interesse oficial. Em 1817, os doentes de hanseníase foram transferidos do hospital de São Cristóvão para a Ilha de Enxadas, mas a estrutura dessa ilha era precária e uma nova mudança se deu em seis anos, agora para a Ilha de Bom Jesus. Em 1832, os hansenianos mudaram-se novamente para São Cristóvão, para a localidade original. Com Pedro II, a administração de São Cristóvão tornou-se mais eficaz. Mas, no tocante ao tratamento médico-científico, os avanços não aconteceram, e as terapias, muitas vezes, atingiam o bizarro, como o uso de veneno de cobra como tentativa de eliminar a doença. Em resumo, os pacientes, durante a administração imperial, tiveram cuidados humanizados pelos funcionários do hospital, porém, as inovações internacionais médicas contemporâneas não chegaram a São Cristóvão. Tanto que, para vários pacientes, a fuga do hospital proporcionava uma solução melhor, pois, como a cura não acontecia, a opção de ficar doente ao lado dos familiares, por exemplo, tornava-se mais atrativa. Esforços, como a criação de escola com biblioteca, foram realizados, mas isso não passava de luxo ornamental, que tornava o ambiente um pouco mais agradável, sem resolver o problema da doença. Nem mesmo a presença de Adolfo Lutz, em 1887, para realização de pesquisa do processo infeccioso da hanseníase – momento esse considerado um grande marco para a medicina do Brasil –, fora suficiente para ajudar a melhorar a profilaxia da

hanseníase, pois Lutz acreditava que a doença se transmitia por mosquito, o que dificultava ainda mais a busca de um trajeto para a cura. Lutz estava envolvido com os estudos da doença, a ponto de observar o seu desenvolvimento entre 1889 e 1890 no Havaí, onde era endêmica. Naquele arquipélago, chegou a ser indicado para o cargo de Médico Governamental para o Estudo e Tratamento da Lepra. Lutz não concordava com a possibilidade de a doença ser transmitida pelo *Mycobacterium leprae*, como veremos mais adiante.

Ainda segundo Smith III, durante a República um pequeno avanço ocorreu no hospital, com a abertura de um laboratório de bacteriologia, pelo governo, em 1894. A partir de então o hospital passou a ter, em seu corpo funcional, médicos considerados qualificados pelas autoridades do momento. Emílio Ribas considerou o hospital, na década de 1910, um modelo de higiene. Em 1928, os pacientes do São Cristóvão passaram para o leprosário Curupaiti, no bairro de Jacarepaguá, local este cinco vezes maior que o anterior e com facilidades para o tratamento da doença e outros distúrbios.

A partir da década de 1920, vale destacar o trabalho assistencialista de Alice Tibiriçá, que se engajou em causas médicas, políticas e sociais, participando de campanhas contra a tuberculose, hanseníase e pela saúde mental. Tibiriçá, em relação à questão da hanseníase, deixava claro que a assistência aos hansenianos tinha como imperativo a defesa dos sãos (MIRANDA, 2005). Além disso, Tibiriçá também afirmava que os doentes deveriam ter uma vida útil, isto é, para ela, uma vida que pudesse ser despendida em uma oficina de carpintaria, por exemplo. A militância de Tibiriçá se deu por intermédio de associação a entidades assistencialistas encarregadas de construir leprosários, entre eles o Santo Ângelo, em São Paulo. A militância de Tibiriçá, apesar de seu assistencialismo, causou preocupações no estado de São Paulo, pois a campanha em si denunciava a existência de portadores de hanseníase e perturbava a imigração, pois criava-se, no Brasil, a imagem do país da 'lepra'. Em 1933, Tibiriçá organizou um congresso de hanseníase no Rio de Janeiro, cujo título era "Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra", com a presença de representantes do governo, hansenólogos e membros de sociedades de assistência a portadores da hanseníase. Nesse evento, Getúlio Vargas afirmou, por intermédio de um porta-voz, que as resoluções ali formalizadas seriam adotadas posteriormente em seu programa oficial no setor.

O isolamento compulsório, a partir da década de 1930, no Brasil, pode ser explicado pelos discursos científico-ideológicos, pelo estigma da hanseníase, pela

dificuldade técnica em se chegar a uma vacina, pelos problemas sanitários e de urbanismo, pela necessidade do controle social pelo aparelho de Estado etc., possibilidades que não são excludentes entre si. Pelo contrário, constituem uma série de determinações que se articulam em torno da necessidade de organização da reprodução das relações sociais, cujas bases ganhavam novos contornos a partir das mudanças estruturais da economia brasileira em face de um crescente industrialismo. Com Vargas, o capital monopolista conseguia as bases políticas necessárias para sua implantação. Essas determinações constituem uma totalidade construída por aspectos de natureza econômica, política, social e cultural.

A implantação do isolamento do portador de hanseníase, cientificamente implantada na Noruega no século XIX, era uma condição relativamente aceitável até a década de 1930, desde que não ocorresse de forma compulsória e incluísse instrução e apoio aos familiares e amigos do doente. Exemplos históricos têm mostrado que, para a eliminação da hanseníase e de outras epidemias (já extintas nos países capitalistas centrais), seria necessária, concomitantemente às pesquisas médicas e de saúde, a criação, em nível nacional, da melhoria das estruturas sociais, como saneamento público, educação, saúde coletiva e alimentação, como ocorreu, por exemplo, na França, ainda no período medieval. No Brasil, Chagas (1921) reconhecia a gravidade da profilaxia da hanseníase. Reclamava, contudo, num momento em que a existência de leprosários ainda era relativamente necessária, da falta de colônias de isolamento e apontava para a criação de outras.

A sustentação do isolamento não era questão unânime, do ponto de vista científico, se considerarmos que a quimioterapia só foi possível a partir da década de 1930. Adolfo Lutz, em palestra proferida em 1932, na Rádio Sociedade do Rio de Janeiro, sobre a transmissão e profilaxia da hanseníase, argumentava haver interferência de animais sugadores de sangue na transmissão da hanseníase, como certos insetos, que eram muito mais abundantes em países tropicais e quentes. Lutz trabalhava na contracorrente da visão dominante, que aceitava a hipótese de ser um bacilo o causador da doença (*Mycobacterium leprae*), e não via motivo em se instalar o isolamento, pois só haveria uma forma de prevenir a transmissão – trancafiando os doentes, o que era praticamente impossível.

Em texto¹ de autoria do próprio Lutz, de 1939, este afirmava que a hanseníase era transmitida pelo *Coccothrix leprae*, sobre o qual ele dizia ter propriedade incontestável sobre o *M. leprae*. Apesar de não conseguir provar a transmissão da doença por meio do

mosquito, Lutz insistia em que:

- a) os insetos dípteros deveriam ser cuidadosamente estudados;
- b) os portadores de hanseníase deveriam ser protegidos de picadas de insetos;
- c) os doentes em estado febril deveriam ser isolados em enfermarias com telas de arame;
- d) entre o pessoal técnico que admitisse um doente deveria haver um médico ou um entomologista treinado para supressão do mosquito;
- e) o doente seja interrogado minuciosamente sobre as condições dos mosquitos no lugar por ele frequentado;
- f) nenhuma habitação seria permitida até a distância em que o mosquito pudesse atingir um leprosário;
- g) seriam publicadas periodicamente as informações sobre os doentes recolhidos.

Em suma, Lutz discordava do isolamento por razões diferentes das que moviam os humanistas, uma vez que o mosquito causador da doença poderia invadir qualquer ambiente, sendo impossível manter um ambiente hermeticamente fechado.

Quanto aos modelos de prevenção, havia dois adotados em duas diferentes regiões do mundo: o modelo 'democrático', que se implantou na Noruega num tempo em que o nacionalismo estava em alta e os médicos estavam fortemente interessados em estudo de territórios, populações e perfis epidemiológicos; e o modelo 'segregacionista e colonialista', implantado, por exemplo, no Havaí pelos administradores da metrópole, "que haviam repulsa pela doença e nutriam forte preconceito contra doentes de origem asiática ou nativos" (BENCHIMOL; SÁ, 2003, p.50). Na realidade, a diferença entre esses dois modelos encontra-se apenas nos nomes. Como veremos mais adiante, o modelo norueguês não tinha nada de democrático e Hansen era um ferrenho defensor do isolamento.

A luta contra a hanseníase ganha mais contundência em 1935, ano em que ocorre a elaboração de um plano de combate à doença. O ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, solicitou à Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social um plano que visasse a construção de leprosários em quase todos os estados. O pensamento em questão considerava que somente esse plano profilático seria suficiente para a superação da endemia. No mesmo ano elaborou-se o plano e ele foi

posto em execução. Assim, o governo federal direcionou recursos e gastos para a construção e manutenção de leprosários em todo o país (CUNHA, 2005).

Em quase toda a Europa, diferentemente do Brasil, a hanseníase deixou de ser um problema de saúde coletiva antes mesmo da descoberta de sua cura medicamentosa, que ocorreria somente no século XX. Se observarmos atentamente, perceberemos que o processo de urbanização europeu, que conheceu as misérias de epidemias e saneamento, deveu-se ao crescimento da industrialização. Hordas de camponeses procuravam a sobrevivência fora do campo, engrossando a massa populacional das cidades. Trata-se de um processo em que a determinação econômica exerce profunda alteração no ritmo de milhões de pessoas.

A CONJUGAÇÃO SAÚDE PÚBLICA, EPIDEMIOLOGIA E HANSENÍASE

No Brasil, os estudos de doenças tropicais se deram, de forma sistemática, a partir do final do século XIX e início do XX, pois ocorria um crescimento dialético – urbe e população – que demandava novas estruturas sociais e organizacionais. A urbe favorecia a possibilidade de multiplicação da doença, e, nesse sentido, como antídoto, tornava-se necessário o surgimento de instituições que investigassem tais correlações (CAMARGO, 1992, p.95).

Os avanços foram limitados, como o próprio Oswaldo Cruz reconhecia em 1907, em relatório apresentado ao então ministro da Justiça e Negócios Interiores, Augusto Tavares de Lyra, sobre a remodelação de cortiços no Rio de Janeiro:

Infelizmente, nem toda a classe proletária tem podido gozar da totalidade dos benefícios que tem colhido a população do Rio, em matéria sanitária. A classe mais desfavorecida da sorte vive em barracões e casebres acumulados pelos morros e colinas, e aí vegeta, quase que ao desamparo, sem água, sem esgoto, sem teto, e, portanto, sem higiene ... A ausência de numero suficiente de “casas para operários” tem sido o grande escolho que tem encontrado a Diretoria de Saúde para levar a esses pontos as medidas de saneamento, *única a eles aplicáveis: a demolição em massa de tais pardieiros.* (1908)

No campo da Saúde Pública, em São Paulo foi criado em 1875 o Hospital do Isolamento da Capital, hoje Hospital Emílio Ribas, como uma instituição sanitária, necessária não apenas para a assistência médica aos enfermos, “mas também para a proteção das pessoas sadias, através da realização de quarentenas preventivas e do isolamento de indivíduos portadores de moléstias contagiosas” (ANTUNES, 1992, p.23). Devemos citar também a criação do Instituto Butantan (1901) e do Instituto de Higiene (1918), ambos em São Paulo, e de Manguinhos (1900), no Rio de Janeiro, que nos dão a dimensão do desenvolvimento da saúde pública. Manguinhos foi identificado como o lugar, por excelência, do trabalho científico, constituindo “um dos trunfos da ideologia do progresso e da civilização, ao lado de monumentos e avenidas da capital cosmopolita que emergia dos escombros da cidade colonial” (BENCHIMOL, 1990), referindo-se à reforma urbana no Rio de Janeiro de Pereira Passos.

Em 1892 surge o Laboratório de Bacteriologia do Estado, que no ano seguinte passou a se chamar Instituto Bacteriológico, sob direção de Adolfo Lutz. Ali foram desenvolvidos estudos sobre a malária, a lepra, a febre tifoide e a febre amarela, entre outras epidemias. Em 1897, Vital Brazil ingressa ao Instituto, como médico ajudante, trazendo o ofidismo, conhecimento adquirido no Instituto Pasteur de Paris. Isso serviu como atuação sanitária – 4.800 vítimas fatais a cada ano (ANTUNES, 1992) –, uma vez que o Brasil era essencialmente agrário. Anos depois (1900), Vital Brazil continuaria suas pesquisas do soro antiofídico no Instituto Butantan. Ainda no Instituto Bacteriológico, Vital Brazil trouxe grande contribuição para o combate da febre amarela (ANTUNES, 1992).

Camargo (1992), ao estudar a história do Instituto Bacteriológico – atual Instituto Adolfo Lutz –, informa que a Secretaria do Interior que subordinava o Serviço Sanitário reorganizou-se em 1925, e os reflexos também se deram naquele Serviço. Até aquela data, o Serviço Sanitário, que englobava vários laboratórios (de vacina, de análises clínicas, farmacêutico e bacteriológico) de saúde pública em torno de uma diretoria de higiene, tinha amplos poderes de polícia sanitária. Com as mudanças de 1925, houve uma valorização do controle epidemiológico em detrimento da máquina burocrática. No entanto, essas mudanças não foram seguidas pelas administrações seguintes. Avalia a história do Instituto Bacteriológico até 1934 e extrai um dado que consideramos importante. Em 1913, o Instituto contratou um professor alemão da Universidade de Berlim, Martin Ficker, com o intuito de formar pessoal qualificado e ministrar cursos práticos de bacteriologia. Tal professor sempre alertou para a necessidade de pessoas qualificadas, além de local e equipamentos qualificados (CAMARGO, 1992, p.96). Até 1934, a mesma autora informa que, também de acordo com um relatório do mesmo médico

alemão, o Estado, via Serviço Sanitário, fora incapaz de ultrapassar as primeiras fases de descobertas científicas. Nas palavras da autora:

Convém notar que Instituto Bacteriológico não foi capaz sequer de construir uma política eficiente de prevenção a doenças. A ele coube apenas o que era historicamente necessário naquela conjuntura: diagnosticar a doença em questão, indicando se ela constituía perigo à comunidade ou se era apenas resultado da subnutrição. Assim, sua função consistia, de certa forma, num diagnóstico de nossas estruturas sociais: doenças que deveriam ser combatidas rapidamente e doenças cujo combate não era tido, pelo Estado, como necessário. O Instituto, portanto, não acompanhou a evolução científica, porque seu trabalho ficou restrito à elaboração de diagnósticos necessários ao controle da saúde pública. Paralelamente, desenvolviam-se *laboratórios particulares* de diagnósticos aos quais o acesso era individualizado. Rapidamente esses laboratórios encontraram uma correspondência clara no processo de estratificação social. (CAMARGO, 1992, p.107, grifos meus)

Em relação a isso, podemos comparar a mesma realidade, isto é, o acompanhamento da evolução científica, com a realidade norte-americana. Observemos outra citação, a de Rosen:

Foi na cidade de Nova York, que pela primeira vez se aplicou, realmente, o novo conhecimento da Bacteriologia à prática da Saúde Pública. Em 1892, em virtude da epidemia de cólera em Hamburgo, instalou-se uma Divisão de Bacteriologia e Desinfecção, no Departamento de Saúde da Cidade, como salvaguarda contra a entrada da doença na cidade. Graças à iniciativa de Hermann M. Biggs (1859-1923), que viria a ser um dos grandes líderes da Saúde Pública americana, incluiu-se um pequeno laboratório de diagnóstico na Divisão. Passado o temor do cólera, o laboratório, ao invés de ser desativado, começou a usar métodos da Bacteriologia para controle da difteria. Em 1893, William H. Park, um jovem médico, como bacteriologista e inspetor da difteria, assumiu este trabalho. (ROSEN, 1994, p.258)

O Estado brasileiro não teria ido além de organizar-se para o combate de epidemias em momentos críticos e de forma a apresentar uma política imediatista. Houve, sim, ausência de projetos definidos para a valorização da pesquisa. Importante também frisar que os recursos financeiros para a saúde pública eram propriedade de deputados estaduais, o que prejudicava uma ação na saúde pública mais efetiva:

As verbas destinadas à saúde pública nem sempre foram utilizadas dentro de um programa definido com vistas à prevenção de doenças. O ‘desvio’ inicial desse ‘projeto’ impediu o controle, já conhecido, de determinadas doenças. A permanência de alguns surtos epidêmicos favorecia, por outro lado, a obtenção ocasional de recursos, cuja utilização se prestava à construção de estruturas de poder. Neste contexto, a saúde pública transformava-se apenas em pretexto político, um elemento de barganha. (CAMARGO, 1992, p.103)

Mas o renomado cientista brasileiro Carlos Chagas (1921), em conferência sobre o serviço sanitário brasileiro, não concordava muito com a participação estatal nas campanhas sanitárias, pois frisava que ao capital (“iniciativa privada”) compeliaria essa cruzada, operando em semelhantes campanhas. Para ele, era insensato o Estado assumir as responsabilidades no campo da saúde pública, pois isso causaria prejuízos de outros serviços também indispensáveis. O problema é que o renomado cientista não cita quais são esses outros serviços. Chagas ainda argumenta que, mesmo que o Estado, por meio do Tesouro Nacional, tivesse capacidade suficiente para erradicar as doenças em campanhas, jamais poderia atingir os múltiplos aspectos do problema, uma vez que a vida social diz respeito a sentimentos afetivos. E sentimentos afetivos devem ser tocados pela “bondade dos corações, a piedade e o altruísmo das almas bem formadas ... numa cruzada de amor e de solidariedade humana” da cooperação privada (1921, p.18). Parágrafos antes, Chagas já elogiara o papel da “Rockefeller Foundation”, pois era possuidora “de um altruísmo nobilitante ... um belo exemplo de amor e de confraternização universal” (p.14).

A luta contra a hanseníase tornou-se mais contundente a partir de 1935, com a elaboração de um plano de construções e combate à doença. Durante o período capitalista monopolista que o Brasil começava a vivenciar, o então ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, pediu ao responsável pela Diretoria Nacional de

Saúde e Assistência Médico-Social, João de Barros Barreto, que formulasse um plano para o controle dos doentes no país. Esse plano visava, inicialmente, à construção de leprosários em quase todos os estados. Do ponto de vista profilático, o problema da lepra só poderia ser solucionado se fosse enquadrado na órbita de ação dos estabelecimentos conhecidos por leprosários. Posto em execução no mesmo ano em que foi elaborado, o plano nacional de combate à lepra direcionou o governo federal, determinando um rumo a seguir e um planejamento de recursos e gastos para a construção e manutenção de leprosários em todo o país (CUNHA, 2005).

Em suma, na medida em que o Estado brasileiro, na Era Vargas, promove o capitalismo nacional, ele o faz num momento de ascensão de ideologias totalitárias e fascistas, momento em que o pensamento irracionalista burguês está no auge. O pensamento científico que a burguesia persegue corresponde à busca da legitimação do totalitarismo econômico, que teve como expoente o nazifascismo, que, por sua vez, teve suas versões, em diferentes graus, na América Latina, sendo Vargas um de seus epítetos. O irracionalismo, cujas fontes teóricas remontam do século XIX, jamais alcançou tamanha dimensão como no século XX, pois tratava-se de uma luta acirrada do grande capital contra a organização dos/as trabalhadores/as que ganhavam terreno a partir das revoluções socialistas. O irracionalismo abarcou teses racistas e discriminatórias, em que vigorava a supremacia do ser humano ariano, a busca do super-homem. A *intelligentsia* fora altamente influenciada por tal processo ideológico. E essa mesma *intelligentsia* esteve à frente de cargos públicos e de comando. A profilaxia da hanseníase que consistia da aplicação medicamentosa levou anos para ser considerada, apesar de grande esforço por parte de intelectuais considerados humanistas. O isolamento de doentes, ou encarceramento, continuou por mais de três décadas, sem necessidade, mesmo quando Hansen sugeria, ainda sem a possibilidade de cura no século XIX, que o isolamento deveria restringir-se aos casos de estágio avançado da doença, podendo o doente, após educação de higiene pessoal, voltar à sua casa. Como na Europa, a doença poderia entrar em ciclo de extinção apenas com melhorias no saneamento, na alimentação e na saúde pública, sem olvidar, obviamente, os esforços da ciência e da medicina.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. São Paulo – saúde e desenvolvimento (1870-1903): a instituição da rede estadual de Saúde Pública. In: ANTUNES, José L. F. et al. (Org.). *Instituto Adolfo Lutz: 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Letras & Letras, 1992. p.15-41.

BENCHIMOL, Jaime L. (Coord.). *Manguinhos, do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1990.

BENCHIMOL, Jaime; SÁ, Magali Romero. Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, supl. 1, “Hanseníase: longa história de um estigma”. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2003. p.49-93.

CAMARGO, Ana Maria Faccioli de. Instituto Bacteriológico (1892-1934): tendências das políticas de Saúde Pública em São Paulo. In: ANTUNES, José L. F. et al. (Org.). *Instituto Adolfo Lutz: 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Letras & Letras, 1992. p.95.

CHAGAS, Carlos. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro realizada na Biblioteca Nacional em 04 de fevereiro de 1921. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 4 fev. 1921. Disponível em: www.prossiga.br/chagas (Biblioteca Virtual Carlos Chagas da Fiocruz – RJ); Acesso em: 15 out. 2004.

_____. Discurso proferido na solenidade de posse, em 23 de maio de 1925, como professor catedrático de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro. Disponível em: www.prossiga.br/chagas (Biblioteca Virtual Carlos Chagas da Fiocruz – RJ); Acesso em: 15 out. 2004.

_____. Discurso proferido na sessão inaugural do Segundo Congresso Brasileiro de Higiene, no Theatro Municipal, Bello Horizonte, em 1º de dezembro de 1924. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HYGIENE, Belo Horizonte, 1924. *Annaes...* Rio de Janeiro: Pimenta de Mello, 1928. Disponível em: www.prossiga.br/cruz (Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz da Fiocruz – RJ); Acesso em: 15 out. 2004.

CORDEIRO, Hésio. *A indústria da saúde no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CRUZ, Oswaldo Gonçalves. *Uma questão de higiene social: lepra*. Rio de Janeiro: Imprensa Brasileira, 1913. Disponível em: www.prossiga.br/cruz (Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz da Fiocruz – RJ); Acesso em: 15 out. 2004.

_____. *Relatório apresentado ao Exm. Sr. Dr. Augusto Tavares de Lyra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1908. p.8. Disponível em: www.prossiga.br/cruz (Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz da Fiocruz – RJ); Acesso em: 15 out. 2004.

CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

CUNHA, Ana Zoe Schilling da. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, 2002. p.235-242. Disponível em: www.scielo.br.

LUTZ, Adolpho. Transmissão e profilaxia da lepra. Palestra proferida na Rádio Sociedade do Rio de Janeiro. Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. São Paulo, n.36, ano IV, p.15, mar. 1932. Disponível em: www.bvlutz.coc.fiocruz.br/cgi-bin/wxis.exe/iah; Acesso em: 24 nov. 2005.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política. Livro Primeiro, v.1. 13.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá: lutas e ideais*. 2.ed. Rio de Janeiro: Funpaconhan, 2005.

MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Vol. I e II. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1991.

PRENDES, Miguel A G. *Historia de la lepra en Cuba*. Havana: Publicaciones del Museo Histórico de Las Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”, 1963.

QUEIROZ, Marcos S. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. Disponível em: www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah; Acesso em: 17 nov. 2004.

ROSEN, George. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

SMITH III, Thomas Hunter. A monument to Lazarus: the leprosy hospital of Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, supl. 1, “Hanseníase: longa história de um estigma”. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2003. p.143-160.

NOTAS

¹ O texto é intitulado de *Combate à lepra. Regras indispensáveis de profilaxia anticulicidiana, sugeridas ao Serviço Sanitário do Estado de São Paulo*. Datado de março de 1939, encontra-se no Fundo Adolpho Lutz, pasta 254.

Artigo recebido em 15.08.09. Aprovado em 11.09.09.