

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIAS EXATAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA E GEOGRAFIA
CURSO DE HISTÓRIA

LARISSA OLIVEIRA DE CASTRO

**O NASCIMENTO DO HOSPITAL-COLÔNIA DO BONFIM NO CONTEXTO
POLÍTICO E SANITÁRIO DAS DÉCADAS DE 1920 E 1930**

São Luís
2017

LARISSA OLIVEIRA DE CASTRO

**O NASCIMENTO DO HOSPITAL-COLÔNIA DO BONFIM NO CONTEXTO
POLÍTICO E SANITÁRIO DAS DÉCADAS DE 1920 E 1930.**

Monografia apresentada ao curso de História da
Universidade Estadual do Maranhão como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciatura plena em História.

Orientador: Prof. Ms. Yuri Michael Pereira Costa.

São Luís
2017

Castro, Larissa Oliveira de.

O nascimento do Hospital-Colônia do Bonfim no contexto político e sanitário de 1920 e 1930 / Larissa Oliveira de Castro. – São Luís, 2017.

72 f.; il.

Monografia (Graduação) – Curso de História, Universidade Estadual do Maranhão, 2017.

Orientador: Prof. Ms. Yuri Michael Pereira Costa

1. Bonfim. 2. Lepra. 3. Saúde. 4. História. 5. São Luís I. Título

CDU: 321.8:616-002.73(812.1)"1920/1930"

LARISSA OLIVEIRA DE CASTRO

**O NASCIMENTO DO HOSPITAL-COLÔNIA DO BONFIM NO CONTEXTO
POLÍTICO E SANITÁRIO DAS DÉCADAS DE 1920 E 1930.**

Aprovada em: ____/____/____.

Monografia apresentada ao curso de História da
Universidade Estadual do Maranhão como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciatura plena em História.

Orientador: Prof. Ms. Yuri Michael Pereira Costa.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Mr. Yuri Michael Pereira Costa (Orientador)
Universidade Estadual do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Marcia Milena Galdez Ferreira
Universidade Estadual do Maranhão

Prof^a. Dr^a. Monica Piccolo Almeida
Universidade Estadual do Maranhão

“[...] Ganhando ou perdendo, vai acabar mesmo. E como uma porção de coisas boas ou ruins. A história da humanidade é muito lenta. Eu, por mim, prefiro assistir de camarote.”

Charles Bukowski

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por cada dia, pelos momentos de alegria e pelos momentos difíceis, pois sei que foram para meu aprendizado.

Aos meus pais Conceição Oliveira e Francisco Castro pelo apoio e carinho, sobretudo, o esforço que fizeram durante toda a minha vida para tornar realidade os meus sonhos. E que eu possa devolver em dobro o que me foi dado.

Agradeço a minha tia Socorro pela ajuda e apoio moral durante a graduação e que eu possa retribuir um dia.

A minha avó, Maria de Jesus, pelo amor e carinho, e por Deus ainda lhe permiti está presente em minha vida para presenciar esta vitória.

Ao professor Yuri Costa pela oportunidade de participar no projeto de pesquisa sobre a história do antigo Hospital-Colônia do Bonfim, e orientações ao longo destes três anos.

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Uema apoio financeiro ao desenvolvimento desta pesquisa.

A Severina, Flávio, João e Francisco por compartilhar gentilmente suas experiências e memórias sobre o período em que estiveram internados no antigo leprosário da cidade de São Luís.

A todo o corpo docente do curso de História pelo conhecimento adquirido ao longo da graduação.

Ao meu queridíssimo amigo Matheus Serejo pelas conversas, favores e amizade ao longo destes quatro anos, dentro e fora da Uema.

Ao Rodrigo Wolff pelo apoio e ajuda técnica nesse meu caminho tortuoso que é lhe dar com aparatos tecnológicos.

A Samara Ramos, Yann Maia, Poliane Almeida, Jaciara Leite, Francisca Erenildes, Ana Paula e Rafael Assunção pela agradável convivência e risadas dentro e fora do ambiente acadêmico.

Em especial a Camila Lima pela parceria e ajuda mútua durante a pesquisa de campo.

E Adriana Santos pela amizade, conselhos, compreensão, companheirismo e paciência ao longo destes anos. Obrigada por fazer parte deste processo.

RESUMO

Este trabalho visa discutir o nascimento do Hospital-Colônia do Bonfim através das matérias veiculadas pela imprensa ludovicense na década de 1920 e 1930. Pretende analisar o contexto médico e político que permitiu a aceitação de seu projeto como modelo viável para o combate da lepra no estado do Maranhão. Pretendemos ainda estudar as políticas anteriores de combate a hanseníase no país e no Maranhão para melhor compreender o contexto no qual estavam inseridos as medidas profiláticas de combate à doença neste período.

Palavras-chave: Bonfim. Lepra. Saúde.

ABSTRAT

This paper aims to discuss the birth of Bonfim Hospital-Colônia through the articles published by the Ludovic press in the 1920s and 1930s. It intends to analyze the medical and political context that allowed the acceptance of its project as a viable model for the fight against the leprosy in the state of Maranhão . Also intends to study previous policies to combat leprosy in the country and in Maranhão to better understand the context in which the prophylactic measures to combat the disease were inserted in this period.

Keywords: Bonfim. Leprosy. Cheers.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– A evolução da população nas grandes regiões e no Brasil, segundo os Censos Demográficos-1872/2010	18
Gráfico 2	– O recenseamento dos leprosos na década de 1920 no município de São Luís no estado do Maranhão.....	44

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Foto 1	– Dr Carlos Chagas.....	29
Foto 2	– Leprosário do Gavião	39
Foto 3	– Localização atual do sítio do Sá Viana.....	43
Foto 4	– O leprosário no sítio Sá Viana.....	48
Foto 5	– Casas do Hospital-Colônia do Bonfim.....	57
Foto 6	– Localização atual Hospital-Colônia do Bonfim	59
Foto 7	– Grupo ex-pacientes do Hospital-Colônia do Bonfim.....	60
Foto 8	– O refeitório do Hospital-Colônia do Bonfim.....	64
Foto 9	– O refeitório do Hospital-Colônia do Bonfim em seus anos de funcionamento	64
Foto 10	– Grupo de doentes a porta do hospital, vendo-se ao centro, de chapéu o primeiro diretor do Hospital-Colônia do Bonfim.....	65

LISTA DE SIGLAS

- DGSP - Diretoria Geral da Saúde Pública
- DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
- MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública
- MICT - Ministério da Indústria, Comércio e Transporte

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1: A ATUAÇÃO DA DIRETORIA GERAL DA SAÚDE PÚBLICA (DGSP)	17
1.1 A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)	21
1.2 A escolha de Carlos Chagas para a direção do DNSP (1920-1926)	26
CAPÍTULO 2: O SISTEMA PROFILÁTICO DE COMBATE A LEPROA NO BRASIL NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX.....	31
2.1 O Leprosário do Gavião.....	37
2.2 O prometido leprosário no sítio Sá Viana	41
CAPÍTULO 3: A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA DURANTE O GOVERNO DE GETÚLIO VARGAS (1930-1937)	50
3.1 Os primeiros registros sobre o Hospital-Colônia do Bonfim na imprensa ludovicense	54
3.2 A inauguração do Hospital-Colônia do Bonfim através da imprensa ludovicense	61
4 CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	69

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise sobre o contexto político e sanitário de inserção e concepção do projeto do Hospital-Colônia do Bonfim. Tem origem no projeto de iniciação científica, O nascimento do Hospital-Colônia do Bonfim: política varguista e administração sanitária na década de 1930, fomentado pela Universidade Estadual do Maranhão no ano de 2016 e 2017. O enfoque da pesquisa será precisamente nas medidas profiláticas de combate a hanseníase implantada no estado nos anos anteriores ao nascimento do leprosário.

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica causada bacilo *Mycobacterium leprae* (M. Leprae) de incubação lenta e não hereditária. Seus sintomas afetam a pele, nervo periférico¹ e olhos. Na pele se manifesta através do aparecimento de pequenas manchas despigmentadas em que não há transpiração e sensibilidade.

As políticas públicas desenvolvidas pelo governo federal incluíam campanhas de conscientização nacional sobre os perigos da doença e os seus sintomas. Apesar dessas medidas o Brasil foi o único país que não conseguiu eliminar a propagação da doença no seu território. As regiões mais atingidas foram Mato Grosso, Pará, Tocantins, Rondônia, Goiás e Maranhão chegando a somar 80% dos casos notificados no país.

Atualmente o paciente ao ser identificado como portador da hanseníase recebe total auxílio do Estado. O tratamento é feito através da distribuição de medicamentos em postos de saúde, dessa forma ele é capaz de ministrar o tratamento em casa sem a necessidade de internamento.

Segundo Nascimento (2010, p. 24) o Brasil na década de 1970 modificou o nome “lepra” para Hanseníase, uma nova forma de se referir a doença, pois a nomenclatura anterior possuía representações negativas, que remetiam ao estigma e preconceito. A mudança na nomenclatura não implicou automaticamente em uma alteração no olhar sobre a doença, o termo vem sendo usado a quase dois mil anos e sofrendo uma série de ressignificações. Por este motivo ao longo do trabalho o termo “lepra” e seus derivados serão usados para se referir à hanseníase, uma vez que esta é a nomenclatura utilizada nos documentos deste trabalho.

¹ O nervo periférico é responsável por levar os comandos do cérebro até os músculos para que eles executem movimentos, além de levar os estímulos de dor, sensibilidade, pressão e tato até o cérebro para que sejam interpretados. Este nervo é bastante afetado pela hanseníase, ela cessa a comunicação entre o músculo e o cérebro.

O começo do século vinte é marcado por uma efervescência de modificações nos mais variados âmbitos, principalmente no que se referem à política, décadas estáveis pós anos entrópicos². É também a partir deste momento que ficam mais evidente os efeitos das relações de poder estabelecidas entre o Estado e o indivíduo. Segundo Alvarenga (2013) o Estado expande o seu controle sobre as máquinas administrativas estaduais, passando a exercer maior influência e controle sobre elas, principalmente através de políticas públicas que visavam o bem-estar da nação, unindo lado a lado poder central e estadual.

As ações realizadas no campo da saúde de modo geral tinham como principal alvo promover o bem-estar da população, sob o argumento de que todos deveriam estar em ótimas condições para ajudar na construção do país rumo ao progresso e a modernidade. Aqueles que de algum modo pudessem oferecer algum grau de ameaça a parcela ativa no processo de modernização do país seriam combatidos.

As doenças infecto-contagiosas se propagavam com uma imensa rapidez, devido as péssimas condições de salubridades, tanto nos grandes centros urbanos como na zona rural. Nos centros urbanos, devido a falta de rede esgoto adequada para a escoação de dejetos para locais apropriados ou até afastado de grandes concentrações humana. Ou, na zona rural, pela carência de informações sobre hábitos simples de higiene e saneamento, que poderiam impedir a propagação de certas doenças em áreas de pequeno perímetro.

Dentre as doenças a serem combatidas diretamente pelo poder federal estava a lepra. Uma doença que alarmava a sociedade e a imprensa desde segunda metade do século, nesse período ela estava a cargo das ações caridosas de irmandades religiosas, como a Santa Casa de Misericórdia. Porém, a partir de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, perceberemos que o estado brasileiro toma para si a responsabilidade de agir diretamente sobre a doença, uma vez que os números de notificações aumentavam a cada ano.

Em São Luís, no estado do Maranhão, as tentativas de controle da doença se deram com a criação de leprosários para alojar os doentes. Estes locais apesar de possuírem hospitais para tratar os efeitos físicos da lepra, funcionaram mais como um espaço de segregação da parcela saudável da sociedade.

A primeira tentativa foi em 1874 com a construção do Leprosário do Gavião, cujo objetivo era de realocar os leprosos que viviam em uma casa no centro da cidade. Com o passar dos anos a cidade cresceu e aos poucos este local começou a ser visto como uma ameaça para a saúde coletiva e salubridade do centro urbano. Os doentes que viviam nesse

² Expressão utilizada por Renato Lessa(1999) em seu estudo sobre os anos iniciais da república na política brasileira.

leprosário transitavam livremente pelas ruas em busca de esmolas, uma vez que a estrutura do leprosário não acompanhou o crescimento da doença.

A sociedade, através da imprensa local fez várias queixas aos políticos locais para que fosse criado um hospital para os enfermos longe do perímetro urbano e capaz de atender as modernas medidas profiláticas. Estes pedidos são atendidos em 1920 quando o governo federal aprova a construção de um leprosário no sítio Sá Viana. Este leprosário de fato chegou a ser construído, porém nunca foi entregue e serão alguns fatores que impossibilitaram a entrega dessa obra que nos ajudarão a entender o nascimento de um novo projeto de leprosário para a cidade de São Luís, o Hospital-Colônia do Bonfim.

Expostas estas considerações iniciais, busco analisar neste trabalho a concepção do projeto do Hospital-Colônia Bonfim no bojo dos acontecimentos políticos e sanitários transcorridos durante as décadas de 1920 e 1930 no Brasil e no Maranhão. Esse contexto nos ajudar a entender o processo de institucionalização da saúde brasileira, a partir da implantação das políticas de saúde.

No primeiro capítulo, analisamos o contexto político e social que permitiu a transformação da Diretoria Geral da Saúde Pública (DGSP) no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Quais as consequências desta mudança nas novas atribuições acerca da higiene que estariam, a partir daquele momento, a cargo da União.

Antes de penetrarmos na saúde pública do Brasil na década de 1920, faremos uma breve análise sobre as ações do Estado em resposta às epidemias enfrentadas pelo país na década de 1910. Isto se faz necessário para compreendermos melhor como ao longo das duas primeiras décadas do século XX a saúde pública brasileira entra em colapso, a tal ponto de os estados da federação permitirem a intervenção do poder federal para combater as endemias em seus territórios.

O segundo capítulo trata do sistema profilático de combate a lepra nas primeiras décadas do século XX, quais os atores sociais que participaram do discurso que levaria a aceitação destas medidas, inclusive a do isolamento pelo próprio doente. Em seguida faremos uma explanação sobre a aplicação desse sistema no Maranhão, como o início da construção de um leprosário no sítio Sá Viana. Mas antes faremos um breve estudo do Leprosário do Gavião, que por mais de cinquenta anos abrigou os leprosos da cidade de São Luís.

No terceiro capítulo analisamos as políticas de saúde pública elaboradas por Getúlio Vargas durante os anos de 1930 a 1937, em que medida a montagem de sua equipe administrativa influenciou na condução e aplicação destas políticas. Em seguida analisaremos os primeiros registros na imprensa ludovicense sobre o projeto da construção de um leprosário

na Ponta do Bonfim apresentados pela Maçonaria Maranhense ao governador. E por último a repercussão da inauguração do Hospital-Colônia do Bonfim na imprensa.

Por fim temos as considerações finais sobre quais elementos permitiram a concepção do Hospital-Colônia do Bonfim como medida de contenção da lepra no estado do Maranhão.

CAPÍTULO 1. A ATUAÇÃO DA DIRETORIA GERAL DA SAÚDE PÚBLICA (DGSP)

Nas primeiras décadas do século XX, no Brasil houve uma assolação de doenças infectocontagiosas que se alastraram rapidamente pelo território nacional. Elas atingiram principalmente as camadas mais pobres que eram carentes de saneamento básico e informações sobre as formas de contágio de tais doenças.

Durante este período foram idealizadas as primeiras políticas de saúde pública pautadas em discursos de médicos sanitaristas. Elas voltaram-se para questões sanitárias que envolviam principalmente as salubridades das grandes cidades do país, uma vez que nestes locais abrigava-se a maior parte da mão-de-obra utilizada no país, e a preocupação com a saúde desta parcela da população estava ligada diretamente à manutenção da economia do país.

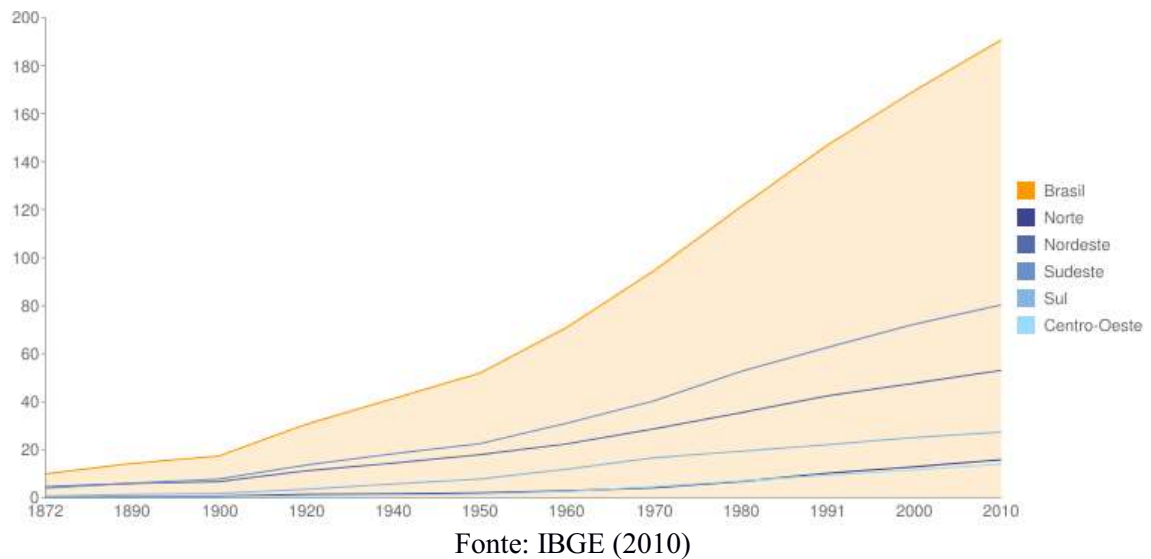
Segundo Márcio Galvão

A organização sanitária foi viabilizada em contraposição a ameaça que, principalmente, a varíola, a peste e a febre amarela, nas áreas urbanas, significavam para a força de trabalho imigrada e nacional e mesmo para as classes dominantes. A ação sanitária também objetivou criar determinadas condições básicas de existências das cidades portuárias, num período de transição para a órbita da acumulação industrial. (GALVÃO, 2000, p. 20).

O momento era de grandes alterações nas grandes cidades do país, ocasionadas pela imigração européia, que esteve voltada para a mão-de-obra nos grandes cafezais paulistas; ou pela migração de nordestinos durante o “ciclo da borracha”, a população brasileira ao longo da década de 1910 apresentou um notável crescimento, apesar das altas taxas de mortalidades.

A seguir temos um gráfico com dados demográficos realizados a partir do ano 1872 até o ano de 2010, nele temos a representação do crescimento populacional no país e nas grandes regiões durante este período:

Gráfico 1: A evolução da população nas grandes regiões e no Brasil, segundo os Censos Demográficos-1872/2010



Segundo os dados do IBGE em 1900 a população brasileira era estimada em cerca de 17.438.434 pessoas e com expectativa de vida que girava em torno de 33,4 anos. Já em um novo censo realizado em 1920, o número cresce para 30.635 com um modesto aumento na expectativa de vida dos brasileiros que passou a ser de 34,5 anos. Em 20 anos a expectativa do brasileiro cresceu apenas 1,1 ano, este baixo crescimento pode ser explicado por dois motivos: as políticas de saúde e higiene federal que não acompanharam o crescimento populacional, e a sobrecarga dos serviços oferecidos pelos estados.

Além dos motivos supracitados, os serviços estaduais e federais oferecidos eram dispersos e não mantiam uma comunicação. Os serviços federais apesar de possuírem estrutura e logística, não desfrutavam de tanta autoridade para agir nos estados de modo regular. E os estaduais não dispunham de recursos financeiros capazes de manterem estes serviços em pleno funcionamento.

A Diretoria Geral da Saúde Pública (DGSP) foi o principal órgão responsável pela saúde coletiva nas décadas iniciais da república, foi fundada em 1897 e funcionou até o ano de 1919 quando foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. Seu poder era limitado e voltado para a fiscalização dos serviços médicos desempenhados pelos estados, além supervisionar as pesquisas e o recolhimento de dados referentes às doenças no país.

A DGSP passou por importantes mudanças na sua estrutura administrativa durante os anos em que funcionou. O sistema profilático referente à lepra também acompanhou estas

mudanças, pois incorporaram em suas medidas as novas descobertas e tratamentos difundidos no âmbito médico, sobretudo as ideias vindas da Europa.

Uma das primeiras reformas pela qual passou a DGSP ocorreu em 1904 durante a gestão de Oswaldo Cruz (1903-1909), quando o país era atingido por diversas epidemias de doenças infecto-contagiosas. Uma das principais dificuldades encontradas por Oswaldo Cruz era o regimento do departamento que limitava a elaboração de um plano de combate em conjunto com os estados. A solução seria o alargamento da jurisdição exercida pela DGSP.

Isto veio através do decreto de nº 1.151, de 5 de janeiro de 1904 (BRASIL, 1904a), que expandiu e regulamentou os serviços sanitários que estavam a cargo da União e implementou novos. Podemos citar como exemplo aqueles responsáveis pela profilaxia rural e a higiene domiciliar, que antes estavam restritos ao Distrito Federal e foram expandidos para todo o território nacional. Percebemos que aos poucos o governo federal expande suas relações de poder através das políticas de saúde, justificadas pela preservação do bem-estar da coletividade.

A reforma sanitária proposta por Oswaldo Cruz gerou vários impactos na sociedade e na organização do espaço urbano. Uma vez que normalizava as construções através de uma série de normas contidas em códigos sanitários impostos pela União. Além de medidas profiláticas de cunho coercitivo, como a vacinação obrigatória contra a varíola e outras medidas relacionadas ao controle da doença. O caso de descontentamento mais conhecido foi o movimento de cunho popular e político ocorrido no Rio de Janeiro denominado “Revolta da Vacina.”³

Outro desdobramento destas medidas idealizadas pela equipe que esteve a frente do DGSP, foi a criação de diversos códigos sanitários municipais por todo o país. Podemos citar como exemplo o Código Sanitário da cidade de São Luís, no estado do Maranhão. A aplicação destes códigos, junto à fiscalização exercida pelas delegacias de saúde, reestruturou o centro da cidade. Uma das justificativas utilizadas pelo governo local foi a preocupação com a melhoria na salubridade e higiene das construções da capital. A seguir temos um trecho da análise que Medeiros (2007) fez acerca de São Luís, na primeira década do século XX, durante um surto da peste bubônica e como isso afetou no reordenamento espacial do centro

³ A Revolta da Vacina foi uma insurreição popular ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 16 em novembro de 1904. Ela foi desencadeada pela forma autoritária e intensa que foi posta em prática a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola. A reação violenta da população levou a uma retaliação agressiva do governo federal, deixando mortos, feridos e centenas de presos. Após a contenção da revolta popular, a campanha de vacinação foi retomada e a varíola erradicada no país.

da cidade. Ele toma como referência a aplicação do Código Sanitário e as normas municipais já existentes acerca da higiene em São Luís, afirmando que

Fora dos centros populosos deveriam estar outros espaços necessários para a população urbana, mas que por representarem perigo de contaminação deveriam ser afastados, como matadouros, açougues, em uma das extremidades, e noutra cemitérios, necrotérios, fábricas e hospitais. (MEDEIROS, 2007, p. 101).

Além dos serviços citados terem sido realocados para lugares em torno do centro, as pessoas que residiam em construções consideradas irregulares pelo código e que não tinha recursos financeiros suficientes para realizar as mudanças exigidas, foram despejadas. Aos poucos, muitas pessoas sem terem uma moradia foram construindo casas ao redor do centro, em uma área menos privilegiada e saneamento básico quase inexistente, em pouco tempo transformaram-se em bairros.

Os códigos sanitários passaram a reconfigurar a cidade e delimitar os espaços de circulação das pessoas pautados no discurso médico e sanitário do período, tinham o objetivo de expurgar focos das doenças e manter a salubridade da zona urbana. O processo de institucionalização da saúde pública brasileira pelo Estado se deu através da criação de um aparelho estatal capaz de penetrar o território brasileiro, amparado por um arcabouço jurídico que aumentou seu poder coercitivo perante a sociedade.

Este processo, que envolve o exercício e penetração do poder do Estado, pode ser analisado como a manifestação daquilo que Foucault (2007) denominou de *Bio Poder*, para ele este poder é exercido sobre o corpo coletivo, uma tecnologia que dispõe de dispositivos para “fazer viver” e o “deixar morrer”, com o objetivo de aniquilar ameaças à preservação do bem-estar da população. O estado brasileiro dispôs, através das políticas públicas, um meio para submeter a população brasileira ao seu controle.

O aumento do poder coercitivo do Estado sobre a sociedade esteve pautado na legitimidade e autoridade que o discurso médico desfrutava na sociedade e na política. Sobretudo após o êxito das medidas profiláticas empregadas pelos médicos sanitarista no combate a varíola e febre no país.

Progressivamente após a década de 1910 os estados passam a requisitar cada vez mais o auxílio do governo federal para combater as epidemias, tornando as operações esporádicas em ações cada vez mais constantes. Apesar do número crescente de ajuda, o

poder central encontrava dificuldade na expansão de sua atuação devido ao arranjo constitucional da DGSP.

Como vimos a partir da década de 1910 o país ampliou a demanda por serviços públicos de saúde de qualidade. Esta demanda criou o contexto oportuno para o aumento da intervenção do poder federal nos estados através das políticas públicas. Mesmo com as reformas pelas quais passou a DGSP seu poder ainda era diminuto frente ao contexto de calamidade na saúde do país, ocasionado em parte pelas epidemias do começo do século.

Uma reforma nos órgãos responsáveis pela saúde coletiva dos brasileiros era imprescindível, bem como a redistribuição das responsabilidades neste setor entre a União e os estados da federação. Isto veio em 1919 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

1.1 A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Fundada em 1897 a Diretoria Geral da Saúde Pública (DGSP) era o principal órgão federal responsável pela saúde coletiva brasileira, estava subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Sua ação era limitada e pontual, estava concentrada no combate a endemias em locais específicos do território nacional nos períodos de epidemias.

O Rio de Janeiro, distrito federal, serviu como local para a aplicação de ações mais efetivas da saúde pública, elas também serviram de modelo para vários estados. Um exemplo foram os primeiros projetos de leprosários implantados na cidade do Rio de Janeiro e São Paulo que mais tarde serviram de modelos para as construções nos estados do Maranhão e no Piauí.

A legislação da DGSP passou por algumas mudanças ao longo da década de 1910, as mais relevantes foram as que aconteceram no Serviço de Profilaxia Rural. Ela regulou as atividades do governo federal no interior do país através das políticas públicas. Para Hochman

Mesmo que a intervenção federal fosse tratada como episódica, na verdade, ela foi se constituindo ao longo do tempo, enquanto ação permanente. Isso se tornou crescentemente desejável para uma incipiente, porém emergente, burocracia da saúde pública, mas também decisivamente, para algumas unidades da Federação que não tinham recursos materiais e técnicos para resolver seus problemas sanitários, assim como para aquelas que, mesmo dispondo desses recursos, se viam ameaçadas pelas péssimas condições sanitárias de outros estados. (HOCHMAN, 1993, p. 134).

Apesar da evidente falência dos serviços sanitários estaduais em conter as epidemias, eles ainda relutavam a qualquer insinuação de intervenção direta do governo federal ou seu “auxílio” através de políticas públicas mais intensas.

Era necessária uma padronização nos serviços oferecidos pelos estados. Imaginemos o seguinte cenário: um estado oferece serviços de sanitários de qualidade capazes de atender as necessidades da população, mas o estado vizinho disponibiliza estes mesmo serviços, porém sem a mesma eficácia. Todo o esforço do primeiro estado estará com a eficácia comprometida pela ação deficiente do segundo. Ou seja, temos um estado que sofre com as consequências da relação de interdependência social.

O crescimento da interdependência nas relações sociais no país acarretou a intensificação dos efeitos externos das ações estatais. Este processo tornou propícia a reflexão sobre as relações sociais existentes entre as doenças, a sociedade e o papel do Estado na saúde do país.

É neste contexto que o presidente Epitácio Pessoa (1919-1922) apresenta ao Congresso Nacional a criação de um novo órgão de saúde federal, ele unificaria os serviços já existentes e redistribuiria as responsabilidades entre o poder central e os estados. Para Hochman (1993) mais que uma simples reestruturação organizacional, significou a uniformização da atuação dos saberes médicos e científicos, além da centralização da saúde pública. Segundo Gilberto Hocman

A criação do DNSP resultou de um amplo movimento político de caráter nacionalista que reivindicou uma maior intervenção do governo federal em assuntos de saúde e saneamento diante do trágico quadro sanitário revelado pelos médicos do Instituto Oswaldo Cruz em suas viagens ao interior do Brasil, em particular a realizada por Artur Neiva e Belizário Pena em 1912. (E foi)

[...] resultado de um acordo político que envolveu um grande número de pactuantes, os quais abriram mão, gradativamente, de suas posições dogmáticas iniciais, fossem baseadas na Constituição, no conhecimento médico ou penúria financeira. (HOCHMAN, 2005, p. 3; 147).

O maior empecilho para a aprovação deste foi encontrar o ponto de equilíbrio entre as autonomias dos estados e da União, a questão era como alargar as ações dos serviços sanitários federais sem intervir de modo abrupto na jurisdição dos estados.

O Departamento Nacional da Saúde Pública (DNSP) foi aprovado pelo Congresso no final do mês de dezembro de 1919 e sancionado através do Decreto de nº 3.987/1920. Ele inaugurou uma nova etapa no desenvolvimento das políticas de saúde e saneamento no país,

pois estabeleceu novas normas sanitárias pautadas no discurso médico legitimadas por este novo arranjo constitucional.

Os 1.095 artigos estabelecem a utilização de procedimentos sanitários e recursos que deveriam ser utilizados para prevenir e evitar doenças, sobretudo as infectocontagiosas. As medidas de um modo geral giravam em torno das seguintes ações: notificação, tratamento, desinfecção e vigilância.

A notificação deveria ser feita junto aos órgãos federais competentes ou estaduais, e logo em seguida deveriam ser feitos exames para a comprovação da doença do paciente. Logo em seguida, o doente deveria ser encaminhado para lugares autorizados pelo governo para fazer tratamentos, mediante inspeção sanitária do local.

Em alguns casos era recomendado o isolamento do doente em hospitais ou em sua residência num cômodo isolado. E por fim a vigilância, que consistia no mapeamento das relações sociais que o doente estabeleceu na fase inicial da doença. Estes três passos deveriam ser uma medida de praxe para constatação das doenças infectocontagiosas.

A partir deste momento a DNSP dispunha de instrumento legal e estrutura física para combater as doenças em ação conjunta com os governos estaduais no combate as principais endemias, como a lepra.

Como medida legal foi criada a Profilaxia Especial Contra a Lepra, responsável por estabelecer medidas sanitárias referentes à profilaxia e fiscalizar possíveis focos dela.

Após as autoridades médicas serem notificadas sob a suspeita de um caso de lepra, o doente deveria permanecer sob vigilância até que fossem realizados os exames médicos para comprovação da doença. Caso fosse confirmada a suspeita os doentes eram encaminhados para lugares afastado da sociedade, “O isolamento nosocomial será feito conforme indicação, em estabelecimentos fundados pelo Governo Federal, pelos governantes estaduais ou municipais ou por pessoas ou associações privadas, de acordo com instruções expedidas pelo inspetor de Profilaxia da Lepra.” (BRASIL, 1923).

Os leprosários fundados pelo governo federal eram poucos, e mesmo os criados pelos estados e municípios não dispunham de vagas suficientes para todos os enfermos. Assim que era inaugurado um novo leprosário no estado vinham doentes de várias localidades, inclusive de estados vizinhos.

É válido ressaltar que era permitida por lei a possibilidade do doente permanecer em sua residência após a comprovação do diagnóstico, mediante a observância prévia, avaliação das condições sanitárias da residência e autorização das pessoas que viviam em torno da casa.

Podemos citar como exemplo o Leprosário do Cemitério do Gavião em São Luís do Maranhão, que conforme o artigo citado a pouco, deveria seguir uma série de normas higiênicas para receber os doentes. Apesar de não atender as normas, não deixou de funcionar até a inauguração do Hospital-Colônia do Bonfim.

Não foram poucas as vezes que jornais de grande circulação na cidade denunciaram as péssimas condições de infra-estrutura das instalações. Esse leprosário, assim como boa parte dos que existiram no país, era administrado por uma entidade religiosa, neste caso pela irmandade da Santa Casa de Misericórdia financiada pelos recursos do governo do Maranhão.

Era permitido ainda o isolamento domiciliar para aqueles doentes que dispunham de recursos financeiros para arcar com os custos do tratamento. Para que fosse autorizado este tipo de isolamento era necessária uma prévia inspeção sanitária para avaliar as condições higiênicas do cômodo em que o doente iria permanecer, e qual o grau de contaminação que poderia oferecer para as pessoas próximas em torno da residência, além das que lá já residiam.

É válido ressaltar que o isolamento do doente era apenas uma recomendação médica e não compulsório como iria ocorrer na década de 1940. Todavia era uma prática bastante difundida tanto no meio médico como na sociedade, pois é uma doença que historicamente desde os tempos antigos carrega consigo estigma e preconceito, vista como símbolo do pecado, e que acaba sendo transferido para o portador da moléstia.

As pessoas que “optavam” pelos hospitais eram a parcela mais pobre da sociedade, carentes de recursos financeiros para manter o tratamento em casa, e vítimas do preconceito na própria família. Enxergavam no leprosário uma saída para uma vida menos sofrida socialmente uma vez que estavam entre pessoas em situação semelhante.

De acordo com o decreto federal, os nosocômios eram divididos em três espécies: colônias agrícolas, hospitais ou sanatórios e asilos (BRASIL, 1923). A espécie da construção era determinada pelo número de doentes da região onde iria ser instalada.

Quando havia um número grande de doentes nos estados recomendavam-se as colônias agrícolas, construções complexas que deveriam ter a capacidade de produzir recursos alimentares próprios, além de asilos e orfanatos. Tinham traços de pequenas vilas, com características para se transformar em um mundo a parte para os acometidos pela moléstia da lepra.

Os sanatórios, hospitais e asilos eram edificadas quando ficava dispensada se houve poucos casos, ou que pudessem ser abrigados em construções menos complexas.

As construções deveriam levar em conta as condições de salubridade para os doentes e, sobretudo para as populações vizinhas, pois parte dos leprosários foram instalados inicialmente fora dos centros urbanos, principalmente aqueles construídos na década de 1910 e 1920.

No entanto durante o processo de reurbanização das cidades, seja pelas reformas sanitárias ou pelo crescimento urbano, passam a causar incômodo na sociedade civil e médica, pois se situavam próximas as cidades e em condições precárias que não atendiam as normas sanitárias, contribuindo assim para o discurso vinculado pela imprensa, que caracterizava os leprosários, a sua localização e estrutura, como um problema social que ameaçava a saúde coletiva.

Retomando as recomendações sanitárias para os leprosários, o Governo Federal estabeleceu dez disposições que deveriam ser seguidas, além dos regimentos internos formulados pelos diretores dos hospitais.

As disposições frisaram o asseio corporal do doente, as medidas para casos agudos⁴ e proteção dos doentes contra mosca ou insetos, essa última indicação esteve pautada no discurso médico sanitário das primeiras décadas do século XX, que pregava a concepção e propagação de que a maioria das doenças se dava através do ar ou por insetos que haviam picado as pessoas infectadas.

Analisando a fundo as disposições gerais da Profilaxia Especial Contra a Lepra, classificamos os leprosários, estabelecimentos responsáveis por retirar do convívio da sociedade sadia os doentes com lepra, como *Instituição Total*, um termo cunhado por Goffman, segundo ele

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 1974, p. 11).

Um local construído com o objetivo de separar indivíduos doentes da sociedade sadia, por um período de tempo ainda não estabelecido. Além de seguirem rígidos códigos de conduta para garantir a salubridade do local e evitar a propagação para as populações vizinhas.

⁴ Aqueles doentes que tiveram sua saúde bastante deteriorada pela doença, sobretudo aqueles sintomas que afetavam a pele.

O governo federal dispôs apenas as disposições gerais para os modelos dos leprosários, deixando a cargos dos poderes estaduais e municipais a elaboração de regimentos internos mais específicos, que deveriam levar em conta a arquitetura e clima onde haviam sido instalados.

O arranjo constitucional que regia as ações do DGSP sobre as doenças infecciosas, sobretudo quando se tratava de casos de lepra, esteve pautado na ideia que Foucault (2007) denominou de poder disciplinar, que naquele momento é exercido através de práticas sociais e políticas. Pois o Estado exercia o poder disciplinar através da sua teia de poderes políticos que lhe permitiu agir em nome do bem-estar da coletividade em detrimento da parcela “doente” da sociedade.

A criação do DNSP e as reformas pelas quais passou durante seu funcionamento foram frutos da tomada de consciência da relação de interdependência que havia entre os membros da sociedade. As ações giravam em torno de um objetivo em comum, preservar a saúde da coletividade.

Para tanto era necessário que o Estado interviesse através das políticas de saúde pública, respaldado pelo discurso médico para que os doentes fossem retirados do convívio social e não pudesse oferecer riscos.

É ao longo das décadas de 1910 que podemos perceber os primeiros esforços de constitucionalização da saúde pública brasileira através de reformas no principal órgão federal responsável pela higiene e salubridade no país. Vemos, ainda que de forma retraída, o poder federal expandido seus poderes de penetração pelo território nacional através do poder coercitivo das políticas públicas.

1.2 A escolha de Carlos Chagas para a direção do DNSP (1920-1926)

A década de 1920 foi marcada pelo processo de institucionalização da saúde pública brasileira, através de uma ampla reforma presidida pelo médico sanitarista Carlos Chagas. Com essa reforma, houve a ampliação do alcance das políticas públicas com o objetivo de interiorizar as ações de saúde, principalmente após a reforma sanitária ocorrida em 1923 no Serviço de Profilaxia Rural.

Mas antes de nos aprofundarmos neste assunto, é necessário entender como Carlos Chagas conseguiu espaço na política e aceitação da sociedade para efetivar tais políticas, uma vez que imperava no país a descentralização dos serviços de saúde.

Em 1918 a população da capital federal do país, Rio de Janeiro, foi acometida pela gripe pneumônica, conhecida popularmente como gripe espanhola⁵. Inicialmente o doente apresentava sintomas da gripe comum, que em pouco tempo avançava para sinais mais graves: dificuldades para respirar, manchas marrons no rosto e falta de ar. Por fim a pessoa acometida pela enfermidade acabava morrendo sufocado. Da apresentação dos sintomas iniciais até a manifestação dos sintomas mais graves decorriam poucas semanas até a morte.

Os primeiros casos da gripe espanhola foram registrados na Europa e na África em 1917, e chegaram ao país em 1918 possivelmente através de imigrantes e dos navios estrangeiros que faziam carga e descarga nas capitais litorâneas. Inicialmente as autoridades brasileiras não deram tanta atenção para os primeiros casos. Porém em pouco tempo o número de pessoas que procuravam os hospitais cresceu, pois apresentavam sintomas mais fortes que de uma gripe comum. Em poucos meses os números de pessoas com suspeita de terem contraído a gripe espanhola atingiu níveis alarmantes, sem contar o crescente número de mortes que assustavam a população. Números que foram usados pela imprensa e oposição para tecer severas críticas ao governo.

Um dos primeiros alvos de condenados foi o Serviço de Profilaxia do Porto, julgado ineficiente e incapaz de barrar a chegada da doença ao solo brasileiro. O referido serviço era incompetente para realizar inspeções rigorosas nos navios, e tampouco deixá-los em quarenta, pois estas medidas trariam consequências políticas, sociais e econômicas para o país.

A crescente procura da população pelos serviços públicos de saúde revelou o colapso pelo qual passava DGSP naquele momento, tanto no que se referia ao atendimento dos doentes como nas estratégias sanitárias para combater a moléstia no país. Além de ter sua atuação limitada por estar subordinada juridicamente e financeiramente ao Ministério da Justiça e Negócio Interiores.

O efeito devastador da gripe espanhola na saúde pública da capital federal, tendo inclusive vitimado o então presidente Rodrigues Alves, colaborou para que as políticas sanitárias fossem aceitas sem grandes protestos. Ela transformou-se em um fator de legitimação para a intervenção estatal sobre a sociedade, reformulando as relações entre os indivíduos, e deles para com o Estado.

⁵ A pandemia da gripe espanhola atingiu varias partes da Europa e da África durante os anos de 1918 e 1919. Apesar de a gripe ter feito um grande número de vítimas em vários lugares, poucos foram os países que deram atenção para os casos. A Espanha foi um dos primeiros países a noticiar números alarmantes de pessoas mortas ou com suspeitas de terem contraído tal enfermidade.

Isto se deu a partir de 1920 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. O arranjo institucional deste órgão inicia a centralização dos serviços de saúde no país.

Carlos Chagas já vinha de uma brilhante carreira por sua atuação na área da medicina e por suas viagens pelo interior do país junto a Belizário Penna, quando foi aclamado para assumir a direção da DGSP e o controle das estratégias para contenção da gripe espanhola no Rio de Janeiro. É válido ressaltar que assim como Oswaldo Cruz, Carlos paralelamente a administração da Diretoria, também ocupava o cargo de diretor no Instituto Oswaldo Cruz.

A reforma na saúde era um dos carros chefes do mandato do presidente Epitácio Pessoa, sobretudo na área da sanitária com o objetivo de atender as reivindicações do movimento sanitaria. E foi também um dos pontos mais explorados por Carlos Chagas em sua gestão, sobretudo por fazer parte Movimento Sanitarista Brasileiro.

Este movimento se deu nas décadas de 1910 e 1920. Hocman o definiu como “[...] um movimento político e intelectual que, de 1916 a 1920, proclamou a doença como principal problema do País e maior obstáculo à civilização” (LIMA; HOCMAN, 1996 apud NERIS, 2014, p. 58). Agente do principal órgão responsável pela saúde da coletividade brasileira, Carlos Chagas se empenhou em elaborar arranjos institucionais que permitissem resolver o “problema da saúde” no país.

Segundo Mello

A constante necessidade de consolidar o país como uma nação, e a necessidade de se legitimar o Brasil em relação externo criou nos médicos e nos principais círculos intelectuais brasileiros, a perspectiva de que o ‘problema do Brasil era o brasileiro’ e que se deveria antes de qualquer coisa, intervir através da saúde para criar uma nação saudável e livre de mazelas herdadas pela estrutura geneticamente herdada. (MELLO, 2010, p. 101).

Naquele momento a saúde emergiu como um problema social na perspectiva dos grupos dominantes da sociedade brasileira, uma vez que prejudicou a relação comercial do Brasil com outros países, sobretudo se levarmos em conta que a economia estava assentada na agroexportação.

A indicação de grandes nomes da área da medicina sanitária para altos cargos federais permitiu que as ideias do movimento sanitaria brasileira se materializassem através das políticas públicas de saúde autoritárias. Elas não diziam respeito apenas a reorganização

do espaço urbano, mas também sobre a zona rural dos estados, regiões poucos contempladas pelo poderes públicos. Além de terem sido um meio pelo qual o Estado exerceu o controle político e científico através das políticas públicas de saúde.

Visando centralizar a ações da saúde pública e ampliar a cooperação dos poderes estaduais e federais, Carlos Chagas em 1921, através do decreto de nº 15.003/1921, regulamentou as modificações necessárias para melhorar o funcionamento da DNSP. Essa reforma sanitária ficou conhecida popularmente como “Reforma Chagas”, ela ampliou as obrigações do Serviço de Profilaxia Rural.

Foto 1: Dr. Carlos Chagas



Fonte: Araújo (1948, p. 4)

As ações de combate as doenças infectocontagiosas empreendidas por Carlos Chagas foram notoriamente de caráter campanhista, priorizaram a intervenção direta na coletividade, ganhando terreno no cenário político e no orçamento público. É a partir desta reforma que começaram as primeiras obras para construções de hospitais em vários estados da federação.

Estas obras foram resultados da cooperação entre os orçamentos estaduais e federais. Podemos citar como exemplo a construção do Leprosário no sítio Sá Viana em São Luís do Maranhão, que apesar de ter suas obras finalizadas nunca chegou a receber um doente sequer.

As reformas empreendidas por Carlos Chagas na área da profilaxia rural foram um passo importante para o processo de institucionalização da saúde pública, pois criou uma estrutura administrativa capaz de fazer circular as informações entre os órgãos federais e estaduais.

A gripe espanhola, assim como outras epidemias que assolaram o Brasil nas primeiras décadas do século XX, auxiliou a alavancar o prestígio e o valor social dos médicos. O discurso médico, como já dito anteriormente, ajudou o Estado na legitimação e manutenção do seu poder ao ser usado como forma de controle social.

Pautado neste discurso, o Estado brasileiro passou a normatizar os hábitos dos indivíduos e estabeleceu comportamentos considerados “sadios” com o objetivo de sanar e minimizar os efeitos negativos das doenças. Tudo isto só foi possível, em parte, pela consciência da relação de interdependência que há entre aqueles que pertencem à mesma sociedade, independente do grupo social em que estejam inseridos, visto que todos estes indivíduos estão inseridos dentro da mesma rede de poder, e, portanto sofrem os efeitos negativos ou positivos de estarem ligados, ainda que indiretamente.

O contexto da década de 1910 e 1920 permitiu que médicos sanitaristas ascendessem a importantes cargos na política do país, e neles criassem políticas de saúde para regular a vida social dos indivíduos. O movimento criou laços com interesses políticos, criando uma via de mão dupla, os médicos se utilizaram do poder administrativo e dos recursos para pôr em prática suas políticas e os interesses políticos que por meio do discurso médico criaram um ambiente favorável para a ampliação e manutenção do seu poder.

Boa parte das reformas idealizadas por Carlos Chagas ficou apenas no campo institucional como veremos mais adiante em São Luís, no estado do Maranhão. O poder federal não dispunha de equipe técnica especializada para combater as endemias, e encontrou seu maior problema na extensão territorial do país e na falta de recursos para concretizar o que a lei sancionara.

CAPÍTULO 2. O SISTEMA PROFILÁTICO DE COMBATE A LEPROA NO BRASIL NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX

A saúde coletiva brasileira, nas décadas iniciais do século XX, tinha como principal ameaça as doenças infectocontagiosas devido as péssimas condições de higiene da população, tanto dos grandes centros como na zona rural favorecendo seu rápido alastramento pelo país. Dentre elas podemos destacar a lepra, que apesar ter um ramo do DNSP especializado no seu controle e combate, de fato nunca havia recebido ações mais incisivas do governo federal. Os trabalhos mais significativos sobre os doentes leprosos eram feitos por instituições religiosas filantrópicas, como a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia. Esses trabalhos eram mantidos com repasses governamentais que vinham direto de instituições e doações. Porém com o aumento gradativo dos números de pessoas infectadas nos estados, a lepra entrou definitivamente para a lista das doenças consideradas como ameaça para o bem-estar dos brasileiros. Tal aumento não passou despercebido pela imprensa, que em pouco tempo solicitou intervenções diretas do Estado sobre o corpo do doente com base na seguridade do bem-estar social da população não contaminada.

As medidas profiláticas cobradas pela sociedade através da imprensa já estavam presentes nas diretrizes estabelecidas pela DGSP, ou seja, exigia-se o real cumprimento delas no território nacional. Das cidades brasileiras apenas o Rio de Janeiro, capital federal, dispunha de um sistema profilático contra a lepra que atendia a tais recomendações médicas. Isto pode ser explicado pelo fato de a capital federal sofrer influência direta da União, sobretudo de seus projetos sanitários.

A cidade do Rio de Janeiro durante a primeira (1889-1930) e segunda república (1930-1945) serviu como arquétipo de projetos sanitarista e higiênicos que deveriam ser aplicados aos espaços urbanos das cidades. Podemos citar como exemplo o Leprosário do Rio de Janeiro inaugurado em 15 de outubro de 1929, cujo projeto foi utilizado como base para a maior parte dos leprosários construídos no país a partir daquele momento.

O plano de combate a lepra elaborado pelo Estado na década de 1920 abrangia campanhas de conscientização da doença, como a divulgação dos sintomas e riscos dos doentes para a sociedade. Além do desenvolvimento de mecanismo de controle e poder sobre o corpo do doente, como a sua segregação da sociedade através do internamento em leprosários. Esta resposta do Estado ao número de doentes no país pode ser entendida como

reação ao aumento do número de casos no país que se relaciona a percepção da falha das medidas profiláticas empregadas até aquele momento.

A maior parte dos estados que contavam com um sistema de combate a lepra estava pautado apenas no isolamento dos doentes em locais afastados da cidade, a maioria deles com condições insalubres de habitação. O aumento número de casos de lepra na população provocou a procura gradativa por estes estabelecimentos. Com o passar dos anos estas construções não possuíam mais capacidade para abrigá-los. Esta situação dá origem a outro problema, o aumento de doentes vagando pelas ruas em buscas de esmolas e ajuda.

O Leprosário do Gavião localizado na cidade de São Luís no estado do Maranhão é uma amostra do que acontecia no resto do país: ele estava localizado nos limites do centro, sua estrutura física era precária e já não comportava a crescente demanda de pessoas que o procuravam. E era um dos muitos hospitais administrados pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia.

A seguir temos uma estimativa dos números de pessoas que haviam contraído a lepra no país no início do século XX, e o principal grupo social atingido,

Em meados da década de 20, havia uma pandemia de hanseníase não só no Maranhão, mas em vários estados brasileiros. As estatísticas da época, por certo estimativas grosseiras e subestimadas, apontavam aproximadamente 15 mil hansenianos em todo o país, sendo 90% pobres ou miseráveis [...] (SANTOS, 2008, p.169-170).

Assim como as demais moléstias que assolaram o país, os pobres foram a parcela da sociedade mais atingida pela moléstia, uma vez que dispunham de um péssimo serviço de saneamento básico que ficava a mercê do precário serviço de saúde dos estados. Tais problemas colaboraram para proliferação da lepra nessa parcela da população.

Santos (2008) reconhece que os dados disponíveis acerca dos números oficiais eram estimativas que destoavam da realidade, porém eles nos ajudam a dimensionar o quadro da lepra no país. Um dos motivos que explica a diferença é que muitas pessoas não procuravam a ajuda médica para tratar da doença. Isto acontecia por vários motivos, dentre eles podemos elencar dois: 1) a família optava pelo isolamento do doente dentro da própria residência para evitar a vergonha social; 2) o preconceito e estigma que o indivíduo iria sofrer após a constatação do diagnóstico, uma vez que os vizinhos recebiam uma notificação informando sobre o caso.

Como assinala Mary Del Priori

A mera notícia, o corpo do doente era excluído do convívio familiar, isolado em seu quarto sua roupa e pertences eram separados dos da família e, em um segundo passo, ele era afastado de seu lar a caminho dos sanatórios. Uma nova arquitetura hospitalar surgiu com a disseminação da tuberculose. A vergonha experimentada pelos enfermos se expressava no fato de exporem sua família aos comentários da vizinhança e sua casa ser vista como foco de contágio. (DEL PRIORI, 2011, p. 237).

Mary Del Priori se refere ao seu estudo sobre as medidas profiláticas contra a tuberculose empregadas no país, estes mesmo cuidados eram aplicados nos casos de suspeita de lepra no país. O sistema profilático empregado contra estas doenças estava assentado na ideia da segregação dos corpos em lugar específico para seu tratamento.

O tripé formulado pelo poder federal para combater a lepra no país consistia em uma ação coordenada que envolvia sanatórios, educandários e preventórios. Este modelo de controle sobre a doença e o doente pode ser considerada à expressão máxima do *biopoder* que o Estado exerceu sobre a saúde coletiva através das políticas públicas. Pois a partir dele pôde separar a sociedade em dois grupos, essa divisão estava pautada na capacidade de produção do indivíduo: aqueles saudáveis, aptos a trabalhar; e os doentes, que além de não produzirem, punham em risco a saúde dos demais.

Este sistema profilático oferecia à possibilidade de se administrar diretamente a circulação dos corpos dos doentes no espaço urbano. Os preventórios possibilitavam o monitoramento das relações sociais do doente e o mapeamento de possíveis locais de focos nas cidades. Os leprosários, a principal medida empregada contra a lepra, deveria isolar os doentes do convívio social e tratar os efeitos da enfermidade. Porém como veremos a seguir, estas medidas demoraram algumas décadas para serem efetivadas em alguns lugares do país. Os educandários podem ser considerados um efeito colateral dessas duas medidas anteriores, acolhia os filhos dos doentes, que mesmo sem terem a enfermidade não eram amparados por familiares próximos.

Ao analisarmos a concepção dos leprosários no bojo dos acontecimentos políticos e sociais, concluímos que ela atendeu a expectativa de três atores sociais: o Estado, a sociedade e a comunidade médica. Cada um deles buscava a realização de um objetivo através destas medidas profiláticas. O Estado buscou reforçar seu caráter coercitivo, a comunidade médica empenhou-se em ampliar seu conhecimento sobre a doença e a sociedade em reivindicar a segregação dos doentes para a preservação do bem-estar social.

Como já dito anteriormente, a União buscou ampliar sua autoridade sobre os estados com o objetivo de centralizar o poder do país, apesar da resistência dos estados em

sofrer uma intervenção direta do poder central. A mudança de postura veio com os altos números de doentes nos estados.

As políticas de saúde contra a lepra eram de alcance nacional, portanto necessitavam de uma rede de poderes complexa para que se materializassem e lograssem êxito. Sua concretização dependia de um pacto entre a União e os estados, ele estava assentado na harmonia de interesses em comum, a preservação da saúde coletiva do país.

O jogo de interesse entre a União e os estados pode ser visto a partir da gestão dos recursos financeiros que seriam empregados para a construção dos leprosários, pois o custo da obra era dividido entre o poder federal e o estadual, além é claro dos recursos anuais destinados para a manutenção da prestação dos serviços médicos.

O discurso médico desempenhou um importante papel no processo de institucionalização da saúde no país, em razão de ter ajudado a legitimar o sistema profilático que pregava a segregação dos doentes. Este tipo de recomendação médica adquiriu força tanto no meio médico quanto na sociedade, pois o conhecimento incipiente acerca das formas de contágio e propagação da doença colabora para o preconceito e estigma da doença.

Nas primeiras décadas do século XX houve o aumento no número notificações da lepra no país e junto com ele a preocupação médica com o bem-estar da população saudável. Ela estava centrada na possibilidade da diminuição da mão-de-obra no país. Foi neste contexto que nasceu o Movimento Sanitarista Brasileiro, formado por médicos sanitarista que estavam temerosos dos riscos que as doenças infectocontagiosas trariam para os ideais de desenvolvimento do país.

O Estado brasileiro nas décadas de iniciais do século XX apoderou-se do discurso médico para legitimar algumas de suas ações na área da saúde no país. A relação de interesses entre estas duas esferas de poder, o médico e o político, era uma via de mão dupla. Os médicos conseguiram recursos para pôr em prática suas ideias de saúde e o Estado buscou ampliar seu poder de coerção pautado no discurso médico.

O crescimento do prestígio destes profissionais foi atingido graças aos médicos sanitarista que galgaram lugares de destaque em importantes cargos na política, como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Clementino Flagra e Belizário Penna Outro fator que influenciou, e que resultou deste primeiro motivo, foi o sucesso alcançado com o controle e diminuição nos números de casos da febre amarela e varíola por partidários do Movimento Sanitarista Brasileiro.

O isolamento compulsório em hospitais-colônia foi utilizado para ampliar o conhecimento sobre a doença. Uma vez que amparado legalmente pelo poder público, os

médicos tinham acesso e controle sobre os corpos dos doentes naquele espaço geográfico limitado. E assim podiam ordená-los conforme às tendências profiláticas do momento.

É válido ressaltar que a prática do isolamento compulsório não era unanimidade na comunidade médica, havia duas correntes: os isolacionistas e humanistas. Os primeiros defenderam o isolamento como uma medida eficaz para o controle da doença, pois pressupunham que a doença se propagava pelo ar. Portanto, para esta corrente o isolamento dos doentes em um espaço geográfico limitado levaria a diminuição no número de casos. Os humanistas argumentaram que o melhor método para a doença seria ministrar o tratamento na própria casa do doente. Para eles o isolamento não era uma medida eficaz de combate a doença, visto que esta prática já havia sido empregada na Europa e não apresentou queda no número dos casos.

A prática do isolamento compulsório não teve um impacto significativo na redução do número de pessoas infectadas, reforçava apenas o estigma e preconceito de que já eram alvo os doentes no convívio social.

Podemos perceber que o primeiro grupo, os isolacionistas, pautou sua ação nos benefícios que afetariam a sociedade, para eles a segregação entre os corpos dos doentes e dos saudáveis seria a melhor solução. Enquanto que o segundo grupo tinha uma visão mais humanitária, se preocupava em promover o bem-estar do doente não apenas físico, mas social e pessoal por acreditar que a manutenção das relações do indivíduo tinha impacto positivo no tratamento.

Os médicos sanitaristas brasileiros que ocuparam posições importantes nos órgãos estatais de saúde eram partidários da corrente isolacionista. As medidas profiláticas implantadas por eles em suas gestões deixaram evidente este posicionamento.

A sociedade que não via com bons olhos o convívio entre pessoas saudáveis e doentes no mesmo espaço foi um dos fatores que contribuiu para a aceitação de tal medida. Para ela a presença destes corpos doentes no ambiente público não se adequava ao processo de urbanização e industrialização pelo quais o país passava naquele momento.

A aceitação do isolamento teve a participação dos principais atingidos por esta medida profilática, os doentes. Vítimas de preconceito e estigma dentro da própria família, muitas vezes expulsos de suas casas e entregues a própria sorte nas ruas das cidades, seguiam para estes locais em busca de abrigo e tratamento.

Segundo Cidinalva Neris

Não obstante o exercício de violência inerente às práticas de isolamento nos leprosários é preciso notar que esse dispositivo adquiria sua força, sobretudo (daí vêm sua força social), pela concordância com a racionalidade científica da época, o que conferia um elevado poder de persuasão junto aos indivíduos, inclusive entre os próprios portadores da enfermidade. (NERIS, 2014, p. 51).

O conhecimento incipiente favoreceu o controle social sobre estes indivíduos através do isolamento. A sua identidade social foi alvo do estigma e preconceitos ocasionados principalmente pelas deformidades físicas causadas em seus corpos.

A relação social entre os doentes e a sociedade pode ser analisada a partir daquilo que Goffman (1975) conceituou como *identidade deteriorada* em seus estudos sobre estigma. Ele afirmou que há três estigmas diferentes: aqueles referentes à deformidade física, as culpas de caráter individual e os relacionados ao credo, nação e raça. Apesar dos fatores desencadeadores destes estigmas serem diferentes, possuem características sociológicas em comum que podem ser expressas no seguinte contexto: “[...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus.” (GOFFMAN, 1975, p. 7).

Segundo Goffman (1975) a reação diante de tal circunstância, neste caso ao indivíduo portador da lepra, é o desenvolvimento de algum tipo de discriminação baseada no juízo de inferioridade sobre o corpo do doente. A discriminação não é somente por sua condição física, mas pelo papel social que deixa de exercer em função de sua condição social de estigmatizado. Esta convicção fundamenta a sua inferioridade perante os demais membros da sociedade, além atribuir outras características que anteriormente não pertenciam ao traço pelo qual o indivíduo foi estigmatizado.

Esta reflexão de Goffman acerca dos processos que envolvem a formação da *identidade deteriorada*, nos ajuda a compreender a tecnologia da institucionalização do indivíduo com lepra e o papel desempenhado pelo discurso médico no contexto da concepção do isolamento.

O doente é uma parte importante deste processo, que ao contrário do que se possa imaginar, é parte ativa nesta relação. Como já foi ressaltado por Neris (2014), o poder de persuasão exercida junto ao doente se dá através da assimilação do discurso utilizado para construir as características da *identidade deteriorada*. Ele assimila o ponto de vista dos outros sobre a sua identidade e a explicação sobre o motivo do seu estigma e as consequências em sua vida.

Uma das fases desse processo de socialização é aquela na qual a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma idéia geral do que significa possuir um estigma particular. Outra fase é aquela na qual ela aprende que possui um estigma particular e, dessa vez detalhadamente, as conseqüências de possuí-lo. (GOFFMAN, 1975, p. 30).

O doente ao incorporar o discurso médico e político que justifica seu isolamento dos demais, conforma-se diante do poder coercitivo que o Estado exerce sobre ele em nome do bem-estar da coletividade.

A implantação do isolamento compulsório no Brasil neste contexto significou o triunfo de um discurso médico encarregado por produzir as “verdades” sobre a lepra. Os responsáveis pela elaboração destas medidas profiláticas eram adeptos da segregação do doente para o tratamento da enfermidade. Sua implantação só foi possível graças aos importantes cargos que os médicos sanitaristas ocuparam neste período. Em parte deve-se a importância dada a figura destes profissionais na construção da nacionalidade do país.

O Estado se beneficiou do prestígio que usufruía o discurso médico naquele momento, pois encontrou nele uma base favorável para assentar a expansão dos seus poderes através das políticas de saúde. Ou seja, o contexto político e social das décadas de 1920 e 1930 ofereceu suporte material e ideológico para construção de instituições asilares para o isolamento dos doentes.

2.1 O Leprosário do Gavião

A lepra foi uma doença que sempre despertou a preocupação da sociedade e dos políticos maranhenses. Mesmo com a existência de um local para aqueles indivíduos atingidos pela moléstia, muitos se recusavam a permanecer e passavam a vagar pela cidade em busca de esmolas e ajuda.

Ainda durante o período imperial os doentes da cidade de São Luís, capital do estado, foram alojados em uma casa na Rua do Passeio, localizada na parte central da cidade. A casa era próximo ao hospital da Santa Casa de Misericórdia, irmandade que também era responsável por administrar o leprosário. Eles permaneceram neste local da década de 1830 até 1870 (NERIS, 2009). É provável que a casa que acolheu os leprosos nestes anos atendesse a parcela mais humilde da população ludovicense. Devemos levar em consideração ainda que

as famílias com condições financeiras melhores optassem pelo isolamento domiciliar em que o doente ficava longe dos olhos da sociedade e da administração sanitária.

Após o ano de 1870 os doentes foram transferidos para outra construção que estava localizada por detrás do Cemitério do Gavião. Esta obra foi iniciada durante a gestão do governador Ambrósio Leitão da Cunha em 1863. O local ficou conhecido popularmente como Leprosário do Gavião. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia continuou sendo a responsável por administrar o local, inclusive o hospital que funcionava dentro do leprosário.

Esta instituição religiosa desde fim do século XIX recebia proventos do governo para cuidar da alimentação e tratamento dos leprosos internados no local. A ajuda nem sempre supria as necessidades das pessoas que ali residiam. Os periódicos locais noticiavam cotidianamente as fugas e grupos que vagavam pela cidade em busca de dinheiro.

Apesar das despesas serem custeadas por repasses do governo estadual e doações, o leprosário não era capaz de manter todos os serviços oferecidos aos doentes, assim como a manutenção da sua estrutura física. O leprosário do Gavião nunca passou por reformas ou reparos, ou seja, a estrutura não acompanhou as tendências sanitárias recomendadas pela DGSP e DNSP.

O isolamento domiciliar era uma escolha para poucos, em especial por três motivos: o primeiro era o alto custo do tratamento domiciliar, o segundo está ligado ao risco que a presença do doente oferecia para os residentes da casa, então a família optava por enviá-lo ao leprosário para evitar a contaminação entre os membros da casa. E por último, o preconceito da vizinhança que era imediatamente notificada sobre a presença do doente naquele lugar, e a família do indivíduo passava a ser rejeitada.

O Leprosário do Gavião passou abrigar um número cada vez maior de doentes uma vez que as medidas governamentais para conter a doença não surtiram efeitos significativos. E a promessa da construção de um novo leprosário para a cidade de São Luís atraía cada vez mais pessoas de várias partes do estado para este local, uma vez que todos os doentes acolhidos no leprosário do Gavião seriam imediatamente transferidos para este outro local após sua inauguração.

A estrutura inicial do Leprosário do Gavião foi projetada para tratar e abrigar um número restrito de pessoas, e por este mesmo motivo não conseguiu acompanhar a crescente demanda de pessoas que o procurava. Ela contava com o galpão onde funcionava uma enfermaria que assistia os doentes em estados mais avançados da moléstia. Como o espaço não comportava todos os pacientes, aos poucos foram surgindo casas construídas pelos

próprios doentes no terreno. Estas moradias eram simplórias e construídas com palha, barro e uns poucos materiais encontrados na proximidade do leprosário.

Foto 2: Leprosário do Gavião



Fonte: Jornal O Imparcial, 20 de outubro de 1937, p. 2

Os relatórios da Santa Casa de Misericórdia (1931; 1932), responsável por administrar o espaço, enfatizaram a demora nos repasses do governo estadual para sanar as despesas que a instituição teve com lázaros nos anos anteriores. Mesmo quando havia o repasse, os proventos não sanavam por completo a dívida apenas cerca de setenta e cinco por cento do gasto.

Em 1932 por meio de um decreto estadual a administração passou para o governo do estado: “Estava a cargo da Santa Casa de Misericórdia a administração dos lázaros até o 6 de Janeiro, passando, no dia seguinte, directamente, ao Governo do Estado, conforme resolução deste.”(SANTA, 1932, p. 8). Se a condição em que viviam dos hansenianos era lastimável, após está mudança piorou ainda mais. Muitos doentes formavam grupos e vagavam pela cidade em busca de comida e ajuda, este tipo situação se tornou cada vez mais frequente a ponto de serem noticiadas pelos periódicos locais.

A imprensa ludovicense teceu várias críticas ao governo pelo seu descaso com os doentes leproso do estado, sobretudo os que residiam no leprosário do Gavião, uma vez que o Estado era responsável pelo bem-estar destes doentes, pois estes não eram capazes de cuidar de si mesmo. Além de ressaltar o perigo que estes grupos de pedintes provocavam nas ruas do centro para a saúde da população. O local que inicialmente foi projetado com o objetivo de

isolar os doentes do convívio social, naquele momento se tornou um foco da doença dentro do espaço urbano.

Não é preciso também acrescentar que nenhum empecilho encontrou à sua entrada ali, o que demonstra que ali, a qualquer hora, podem quem quer que seja penetrar para qualquer fim. Não há um guarda que fiscalize as relações do triste leprosário com a cidade, não sendo de admirar que, como se diz, os morféticos mercadejam sem restrições e vendam até verduras que dêem plantações do dantesco recinto e aves e porcos que lá dentro criam. Varar aquele abrigo de deserdados mais desgraçados que o próprio infortúnio e desamparados como ninguém entre a humanidade que sofre, é a coisa mais fácil do mundo. Ora, não era difícil estabelecer, pelas imediações, uns postos de vigilância, de maneira a impedir as comunicações dos lázaros com a população que com eles faz mercancia. Essa falta de fiscalização é um horror. (A Pacotilha, 05 de novembro de 1920, p.1)

Acima temos um trecho do relato de um repórter do periódico *A Pacotilha* na ocasião ele se referiu a uma visita feita as instalações do Leprosário do Gavião, na qual retratou o estado de conservação da construção e das relações que os doentes estabeleciam com a sociedade. Podemos perceber que a principal preocupação era a proximidade dos doentes com o resto da população, não apenas pela questão geográfica, mas pelo controle do espaço urbano pelo qual os doentes circulavam.

É válido ressaltar que apesar do preconceito que os doentes sofriam por conta de sua enfermidade, ainda sim conseguiam manter relações comerciais com pessoas que provavelmente pertenciam às camadas mais baixas da sociedade. Podemos perceber que uma parcela da sociedade e da imprensa tinha consciência da relação de interdependência que havia entre a coletividade e o doente, uma vez que calcularam os efeitos desta conexão.

Só na capital registram nossas estatísticas quarenta leprosos, que, somados aos cinqüentas existentes nos casebres da Santa Casa, onde se mascara um simulacro de isolamento, temos que nesta cidade, cerca de cem doentes dessa horripilante doença expõem a uma contaminação, possível, sem a menor repressão sanitária, os sessenta mil habitantes da cidade de S. Luis. (A Pacotilha, 12 de fevereiro de 1920, p. 1)

Em 1920, a imprensa maranhense intensificou sua campanha pela construção de um novo leprosário, desta vez fora do perímetro urbano da cidade de São Luís assim como começava a ocorrer outros estados do país. É provável que este discurso tenha ganhado mais fôlego após a criação do DNSP em 1920, no momento em que foram redistribuídas as responsabilidades da saúde entre os estados e a União.

2.2 O prometido leprosário no Sítio Sá Viana.

Nas primeiras décadas do século XX os leprosos da cidade de São Luís estavam alojados no leprosário do Gavião, um espaço insalubre e que oferecia condições mínimas para o tratamento da doença, funcionava mais como um depósito morfético, com o objetivo de retirar estas pessoas do convívio social do que um espaço de tratamento para a enfermidade. Ele foi criado para atender um número pequeno de pessoas contaminadas que vagavam pelo centro da cidade, além de receber pessoas vindas de outras localidades do Maranhão.

Com o propósito de melhorar a situação da lepra no estado do Maranhão o governo federal aprovou em 1920 a construção de um novo leprosário para a cidade de São Luís que deveria está ligado diretamente ao Serviço de Profilaxia Rural. A obra seria supervisionada pelo governo estadual e mais tarde seria fiscalizada pelo serviço sanitária federal. A estrutura do leprosário descrita nos jornais era semelhantes aos demais hospitais já construídos na cidade, cuja diferença consistia apenas em sua especialidade, atender aos leprosos, e em algumas que seriam ocupadas pelos funcionários já que os doentes ficariam nas enfermarias.

O Serviço de Profilaxia Rural, criado em 1918 e subordinado ao DGSP, teve sua atuação voltada para a instalação de postos de saúde nas regiões do interior da capital federal. Porém mais tarde estas ações foram expandidas para o restante do país com o propósito de sanear as áreas rurais. Seu primeiro diretor foi Belizário da Penna, adepto do Movimento Sanitarista Brasileiro e um dos fundadores da Liga Pró-Saneamento do Brasil, que ocupou o cargo até 1922.

Vilela (2002) aponta que um dos principais motivos para o seu desligamento eram as constantes interferências políticas que recebiam as ações sanitárias deste órgão. Como podemos perceber a relação entre o discurso médico e os atores políticos que o utilizavam sofria constante atrito. Uma vez que os médicos, apesar da liberdade que tinham ainda sim eram subordinados ao discurso político que havia favorecido sua ascensão a estes cargos nos órgãos de saúde.

Após a saída de Belizário Penna do Serviço de Profilaxia Rural, Carlos Chagas, o então diretor do DNSP iniciou uma ampla reforma sanitária no órgão. Esta reestruturação ampliou o poder estatal sobre os estados através dos serviços prestados pelas subdivisões deste departamento. Uma das subdivisões mais afetadas por esta reforma foi o Serviço de

Profilaxia Rural, que a partir daquele momento passou a dispor de recursos próprios para construir hospitais pelo país.

O Maranhão foi um dos estados beneficiados com a ampliação dos poderes e recursos do Serviço de Profilaxia Rural em específico. Esse benefício se deu com a construção de um leprosário para cidade de São Luís. Apesar de o projeto ter sido aprovado em 1920, sua construção dependia do recebimento de proventos federais.

Como já dito anteriormente, nesse momento havia uma intensa troca de interesses entre o poder estadual e a União fruto da convergência de inclinações referentes à saúde coletiva. A união entre essas duas esferas de poder estava assentada em uma colaboração recíproca. A construção do leprosário em São Luís estava envolvida nessa rede de poderes.

Para que o projeto fosse concretizado o governo do Maranhão deveria contribuir com um terreno para a construção, uma vez que a obra já seria custeada pelo governo federal. Em 29 de janeiro de 1920 o governo adquiriu o sítio Sá Viana para que a edificação do hospital fosse realizada naquela localidade.

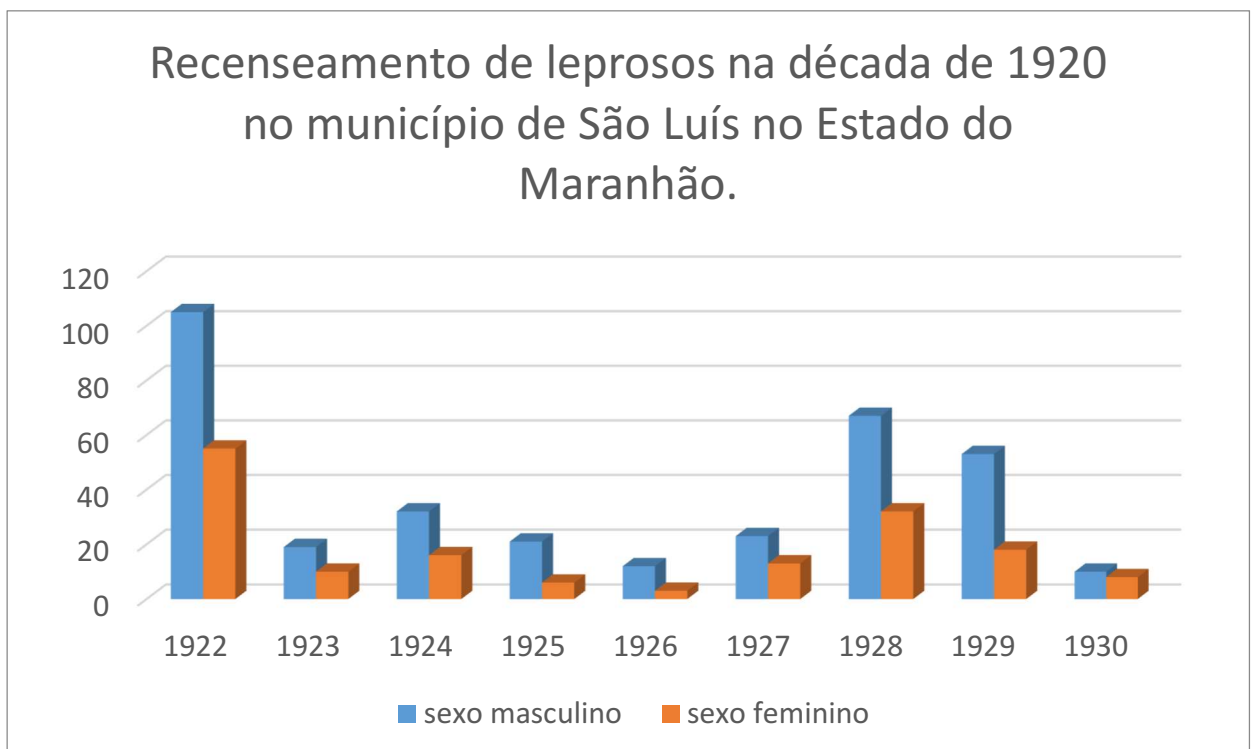
Adquirido o sítio Sá Viana, a margem do Bacanga, nome esquisito, que poderia substituí-se, realizou-se logo a limpeza daquele agradável outeiro, para nele se estabelecer um hospital de morféticos [...] De todas as moléstias descobertas pela ciência preventiva ou curativa, a que mais nos horripila, sem contestação, é a da morfêia. (A Pacotilha, 29 de janeiro de 1920, p.1).

A área foi escolhida por obedecer a uma das principais recomendações profiláticas contra a lepra naquele período, que estes tipos de hospitais fossem estabelecidos longe do perímetro urbano. Esta recomendação era motivada pela crença de que a doença era transmitida através do ar ou do contato com os objetos dos doentes, e também conhecimento incipiente acerca da enfermidade.

A preocupação com o “bem-estar” dos leprosos não era motivada apenas pelas precárias condições em que viviam os enfermos, mas pelo alto número de notificações nos dados oficiais. O estado do Maranhão constava como um dos estados com maiores índices de incidência da doença sobre a população, e ocupá-lo a sexta posição no ranking (A Pacotilha, 01 de julho de 1930a, p.1).

A seguir temos um gráfico baseado nos números de casos da lepra discriminados na cidade de São Luís ao longo da década de 1920.

Gráfico 2: Recenseamento de leprosos na década de 1920



Fonte: Elaborado pela autora.⁷

Podemos notar que no ano de 1922 deu-se o número mais alto de notificações se comparado aos anos posteriores, pois é o primeiro ano em que é feito o recenseamento. É possível ainda identificar que o número de homens que contraíram a doença nesse intervalo de tempo é maior que o de mulheres, e que durante os anos de 1923, 1924, 1925, 1926 e 1927 apresentam certa média no número. É importante ressaltar que estes dados não capturam a realidade da doença na cidade, mas nos apresentam uma ideia sobre o quadro da saúde da

⁷ Gráfico elaborada pela autora deste trabalho com base em dados colhidos no periódico a *Pacotilha* veiculado em 1 de junho de 1930.

população brasileira e a eficácia das medidas profiláticas desenvolvidas pelo governo durante a década de 1920.

Os anos de 1928 e 1929 apresentam um drástico aumento no número de notificações da lepra na cidade de São Luís. Podemos atribuir este fato a hipotética possibilidade de finalização das obras do hospital, que caso fosse concluído provavelmente abrigaria, além daqueles que estavam alojados no Leprosário do Gavião, outros que vagavam pela cidade.

Apesar da demora dos repasses federais para a obra os técnicos responsáveis estavam otimistas quanto á conclusão em pouco menos de dois anos. Segundo o artigo publicado pelo jornal a *Pacotilha*, o leprosário levaria cerca de pouco mais de um ano para a conclusão das obras. “Posto que somente começássemos os trabalhos a 9 de julho do presente ano, calculo a sua finalização para junho do ano vindouro. Pensamos, no entanto, que ainda em dezembro deste ano o prédio deverá estar todo coberto.”(A *Pacotilha*, 03 de outubro de 1924, p. 1).

Apesar das promessas dos engenheiros, a construção se arrastou por mais cinco anos sofrendo várias pausas em virtude da falta dos recursos federais. Estas pausas causaram danos á estrutura física, pois cada vez que a obra era retomada os custos para a reparação encareciam ainda mais a obra. Estas situações, além dos desvios de verba, diminuían ainda mais os recursos que com o passar dos anos se tornou cada vez mais escasso.

Segundo as noticias vinculadas pelos periódicos *O Combate* e *A Pacotilha*, a obra parou definitivamente em 1929, faltando-lhe apenas os últimos ajustes para seu funcionamento como a instalação elétrica e a mobília. (*O Combate*, de 21 de junho de 1929, p. 1).

A ausência da transferência de proventos federais nestes anos finais da construção do leprosário se deve em parte por ter alcançado seu limite orçamentário, além do contexto instável na política e na economia no ano de 1929. Estes setores foram fortemente influenciados por dois fatores de cunho internacional: a queda no preço do café a nível mundial e a queda da bolsa de Nova York em 1929.

A economia brasileira neste período estava assentada no setor agroexportador, tendo como base a cafeicultura. A queda nos preços do café no mercado internacional levou a uma crise no Brasil, uma vez que o país possuía uma enorme dívida externa patrocinada pela alta desse mercado. Em uma tentativa de reverter o cenário desfavorável a exportação do café brasileiro, o governo federal utiliza uma política de mercado arriscada. Ao mesmo tempo em que poderia salvar o mercado nacional, se caso desse algo errado se esgotariam as reservas de

dinheiro público, como de fato aconteceu. O Estado brasileiro com recursos próprios comprava boa parte da produção cafeeira com o objetivo de manter os preços altos, todavia esta prática também incentivava outros países produtores a aumentar sua produção.

Alguns cafeicultores brasileiros pessimistas quanto a melhora financeira do preço do café resolveram investir em indústrias, diversificando a aplicação do seu capital deixando seus negócios menos suscetíveis às oscilações do mercado. Ou seja, em pouco tempo tal “solução” se mostrou um problema para os cofres brasileiros, além de desgastar a imagem dos políticos paulista e mineiros a frente da presidência. O investimento com dinheiro público para recuperar um único setor privado da economia que beneficiaria diretamente apenas dois estados da federação deixou outros setores da economia e outras regiões descontentes com esta situação.

A queda da bolsa de valores de Nova York, conhecida como a Grande Depressão, causou sérios danos à economia brasileira. Os Estados Unidos eram um dos grandes exportadores de café do Brasil, sua diminuição drástica nas compras deste produto desencadeou o aumento do desemprego e a queda na receita da arrecadação dos cofres públicos sustentado pelas taxas da alfândega, que já estavam prejudicados pela política de valorização do café.

Nos anos seguintes os jornais *O Combate* e *a Pacotilha* teceram várias críticas ao atraso na entrega das obras, que a esta altura se encontrava em completa situação de abandono. Porém ainda era perceptível que a imprensa alimentava a esperança da retomada das obras para sua finalização até o ano de 1932. Sobretudo quando ascendeu a presidência Getúlio Vargas e a chegada de interventores federais ao estado, pois eles atribuíam o fracasso da obra aos desvios de verbas praticados pelos políticos locais.

Neste momento passaram a ressaltar, assim como no começo da década de 1920, os danos que a falta de um leprosário moderno causava a cidade: o número crescente de doentes que vagavam pelas ruas e sua proximidade com a parcela da população saudável. Havia cobrança por parte de uma parcela da sociedade, através da imprensa ludovicense para que fossem realmente concretizadas as medidas profiláticas contra a lepra conforme as recomendações dos órgãos de saúde.

Foi então que em 1926, após uma pausa nas obras, que o então presidente Arthur Bernardes (1875-1955) ampliou o projeto inicial para que ele fosse capaz de comportar mil leitos. Tal mudança no projeto requereu a formulação de um novo contrato com a construtora responsável pela construção do leprosário em 1926 (*A Pacotilha*, 01 de dezembro de 1926). Um projeto audacioso que não chegou a ser concretizado devido á sua magnitude

orçamentária, e condenou a parte do projeto anterior já realizado ao abandono. Depois de dois anos do anúncio da mudança do projeto a construção foi definitivamente abandonada e condenava por mais alguns anos os leprosos as condições insalubres no Leprosário do Gavião.

Paralela a esta notícias ligadas ao Sá Viana vemos o surgimento de um novo modelo de leprosário para a cidade de São Luís diferente do leprosário abandonado ao longo dos anos de 1931 e 1932. Este novo plano não buscava apenas a internação dos pacientes em leitos, condenando-os a uma vida regida por protocolos médicos em quartos isolados constantemente, até mesmo para aqueles indivíduos com a mesma enfermidade. Ele estava projetado para funcionar como uma pequena cidade com dois objetivos principais: menos custos para o Estado e melhores condições de vida para os leprosos.

Assim mostrando os inconvenientes desse projeto e as conveniências de uma colônia agrícola de leprosos no Maranhão, apelamos para que este projeto seja modificado em nome de nossas necessidades. Bem mais vale que se abandonem alguns alicerces arruinados, e que tenhamos uma leprosaria suficientemente adaptada às necessidades locais [...] Efetivaram-se as obras de Leprosário nos moldes estabelecidos. Continuamos a acreditar, todavia, melhor teria sido adotar o sistema de colônia-agrícola, em vez do sanatório, até porque assim se vem fazendo em todos os estados. (A Pacotilha, 2 de julho de 1930, p.1)

Assim como já havia sido realizado uma mudanças no projeto inicial do leprosário Modelo, cogitava-se a possibilidade de uma nova intervenção no projeto, para que quando fosse retomada a obra elas pudessem ser anexadas á obra. Pois até o ano de 1932 a imprensa local alimentava esperanças através de matérias nos jornais à retomada das obras no sítio Sá Viana. (O Combate, 1931).

Podemos perceber a preocupação com o espaço no qual ficariam alojados os doentes, está ligada a possibilidade de fugas devidas as rígidas condutas de comportamentos a que eles estariam submetidos e que em um momento de estopim poderia haver agitações e evasões em massa para a parte central de São Luís, pois do mesmo modo que os doentes ficariam ao alcance dos olhos da cidade, ela também estaria sobre o olhar deles.

Apesar deste pedido não ter sido acatado pelos engenheiros da obra no sitio Sá Viana, anos mais tarde seria construído e inaugurado um leprosário nestes moldes que seria chamado de Hospital-Colônia do Bonfim. A estrutura do Sá Viana estava obsoleta, se fossem levados em conta os modelos construídos no país no fim da década de 1920. Além de não poder comportar o número de leprosos do estado, pois apesar de ser destinada a cidade de São

Luís, doentes de várias partes do estado viriam ao local em busca de tratamento, tendo em vista que seria o único hospital de lázaros no Maranhão.

São Luís buscou acompanhar o discurso médico que norteava os projetos de leprosários pelo país. A aprovação do leprosário do Sá Viana atendeu as recomendações profiláticas das décadas de 1910, pautadas no modelo de hospitalização do doente em pavilhões isolados para melhor controle sobre o indivíduo e por consequência o controle sob o foco da doença, que acreditavam ser o paciente.

Foto 4 : O leprosário no sítio Sá Viana.



Fonte: Araújo (1948)

O sistema agrícola a que os periódicos se referiam se difere muito projeto do leprosário no Sá Viana. Este sistema visava à construção de uma pequena cidade com elementos estruturais que permitiriam sua máxima autossuficiência financeira, pois a maior parte do que seria consumido na colônia seria produzido no local, além de permitir que os doentes a possibilidade de reconfigurar suas relações sociais em um espaço que lhes proporcionava maior mobilidade do que um pavimento de hospital. As internações nos leitos seriam para aqueles que a doença já estava em um estágio avançado, do contrário permaneceriam em pequenas casas ou pavilhões de uso coletivo separados pelo sexo.

No início da década de 1930 a imprensa maranhense considerava como fracassada a construção do leprosário do Sá Viana, em virtude do avançado estado de desgaste em que se encontrava a estrutura já construída. As manchetes e artigos publicados pelos jornais *Pacotilha* e *O Combate*, antes esperançosos dos benefícios que seriam trazidos, passaram a enfatizar o custo do fracasso financeiro e sanitário desta construção para o estado.

A construção do Leprosário Modelo da cidade São Luís no sítio Sá Viana era um projeto local que encontrou nas ações desenvolvidas pelo Serviço de Profilaxia Rural, subordinado ao DNSP, uma oportunidade para a sua concretização. Foi considerada como uma das maiores obras sanitárias empreendidas no estado do Maranhão, pois segregou os doentes do convívio da sociedade sadia, deixando-os apartados fora do perímetro urbano e isolados geograficamente.

CAPÍTULO 3. A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA DURANTE O GOVERNO DE GETÚLIO VARGAS (1930-1937).

Getúlio Vargas ascendeu à presidência do Brasil em 1930, ele tinha como principal objetivo centralizar os poderes no país, pois até o momento o federalismo era uma das grandes características da política nacional. Um dos meios que foram encontrados por sua equipe para combater este traço foi a utilização das políticas de saúde pública como principal base no governo.

Desde 1920 o sistema de saúde público brasileiro dava sinais de falhas, pois era comum que a população fosse atingida por sucessivas epidemias, como o surto de febre amarela que ocorreu na capital federal entre 1928 e 1929. Essa situação foi encarada por alguns setores da política e por boa parte da imprensa como colapso da ineficácia das políticas de saúde pública, uma vez que boa parte destas doenças poderia ter seu impacto minimizado com melhores condições sanitárias e informações sobre higiene pública para população.

Ela trouxe a questão da interdependência entre os estados ao menos na questão da saúde, pois o sistema de saúde falho de um interferia diretamente no bem-estar dos indivíduos de outros estados.

Buscando combater os efeitos negativos desta relação, uma das primeiras medidas tomadas por sua equipe foi desmembrar as atribuições do DNSP, órgão federal máximo responsável pela saúde da população, separando-os em dois órgãos com competências diferentes. Getúlio Vargas dividiu em dois ministérios as atribuições da saúde pública, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP)

Nesse último (MTIC) estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. No MESP, atrelada à educação, ficou a saúde pública, ou melhor, tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrasse na área de abrangência da medicina previdenciária. (FONSECA, 2010, p. 138)

A divisão foi feita para atender dois grupos ativos existentes na sociedade brasileira. O MTIC com seu atendimento voltado para a população contribuinte ativa e que

estava participando diretamente do progresso e desenvolvimento do país pregado pelo governo federal. O MESP prestava assistência para aqueles que não estavam envolvidos diretamente no processo de crescimento do país, mas que eventualmente por não terem condições médicas e sanitárias adequadas a seu dispor, poderiam comprometer a saúde do primeiro grupo citado.

Criado em 1930, o MESP foi um marco na história da saúde no Brasil, sua estrutura contava com inúmeras agências e unidades de serviço que cuidavam do bem-estar da população em geral. É válido ressaltar que este ministério contava com a estrutura herdada do DNSP, porém com um aparato estatal melhor estruturado, como as agendas sanitárias que visavam pôr em prática as políticas desenvolvidas por este ministério.

Os quatro primeiros anos do ministério foram marcados por instabilidade administrativa em virtude das sucessivas trocas de ministros na direção. Isto afetou bastante os rumos que deveriam ser seguidos pelo ministério, tanto que nos primeiros anos suas propostas de melhorias na saúde ficaram apenas no campo formal. Mas em 1934, com a posse de Gustavo Capanema, o ministério começou a definir os rumos de sua atuação colaborando para a criação de campanhas nacionais contra a febre amarela, lepra e outras doenças que pusessem em risco a saúde coletiva brasileira.

A partir de então teve início um período de intenso trabalho normativo, com elaboração de leis, regulamentos e códigos sanitários que objetivavam padronizar as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados em seus mínimos detalhes, conjugando uma centralização normativa com uma descentralização executiva. (FONSECA, 2010, p. 139).

Para isso teve significativa importância a atuação de Gustavo Capanema à frente do ministério, com a criação das delegacias federais cuja função era supervisionar as atividades no setor saúde pública, além de estarem subordinadas ao Departamento Nacional de Saúde. A administração retomou algumas medidas propostas por Carlos Chagas para a saúde na década de 1920, como a criação de leprosário para a contenção da lepra e eliminação dos focos pelo país.

Para que as políticas elaboradas lograssem êxito seria necessário existir uma interação entre as esferas de poder nacional (governo central), estadual (governo estadual) e municipal (prefeitos), uma vez que na década de trinta a base tributária do Estado brasileiro sozinho não conseguiria arcar com as despesas de um plano de saúde com projeção nacional.

E tampouco os estados e municípios conseguiam desenvolver políticas de saúde eficazes com os recursos limitados e com uma equipe médica não especializada.

O governo federal se utilizou das políticas de saúde para combater a descentralização administrativa presente na máquina estatal brasileira, pois além de ajudar os estados e municípios a reverter o quadro de calamidade na saúde, também expandiu sua área influência sobre eles. Esta última foi consequência da relação de interdependência entre estados e União, situação que foi durante muito tempo evitada pelos estados da federação, pois feria sua autonomia.

Apesar da posse de Gustavo Capanema ter assentado alguns rumos tomados pelo ministério, o poder central exigiu uma posição específica à frente das discordâncias administrativas que ocorriam no seu interior. Enquanto uma parte da equipe ministerial queria optar por dar continuidade a uma política de saúde individualista, outra defendia uma mais abrangente e de cunho campanhista.

Devido a estas discordâncias o governo central exigiu uma posição do ministério em relação às características das políticas públicas, elas deveriam estar perceptíveis no plano elaborado para a área da saúde, além de refletir a integração e abrangência nacional através da saúde, de forma que o Estado pudesse estender os seus canais de atuação por todo o país.

As políticas de saúde elaboradas pelo MESP giravam majoritariamente em torno do combate as principais doenças infectocontagiosas e endemias que assolavam o país. É importante levar em conta o contexto econômico do país: a economia brasileira estava assentada principalmente no setor agroexportador, mudanças estruturais nas cidades ocasionadas pela industrialização levaram a reestruturação de algumas cidades, além da transição demográfica pela qual o país passava. Estas políticas tinham em vista o bem estar da saúde da coletiva, para que produção de riquezas do país não fosse afetada pela perda de mão obra.

Todos estes fatores citados acima são frutos de processos econômicos e sociais, assim como em outros momentos históricos influenciaram e tiveram pesos na formulação das políticas públicas. As ameaças à saúde coletiva dos brasileiros despertaram a preocupação não só dos governantes, mas também de setores importantes da sociedade, sobretudo as camadas mais altas. Dentre elas a lepra tinha destaque, por ser um antigo problema de saúde do país, e pela população de infectados no país.

Ao emergir como um problema social, a lepra possibilitou que o governo federal pusesse em prática as medidas profiláticas formuladas anteriormente, pautadas na ação do poder coercitivo, como uma forma de ter controle sobre o corpo do doente e sua circulação no

território. Esse traço foi implantado nas políticas de saúde que o governo aplicou nos estados, mediante esse auxílio federal houve uma penetração e estabilidade do poder da União.

As campanhas nacionais de conscientização enfatizaram a extensão e a magnitude dos problemas da saúde no país, ajudaram o Estado brasileiro a propagar a necessidade de sua intervenção direta na vida dos indivíduos prejudiciais ao desenvolvimento do país. Através da veiculação dos efeitos externos que estas doenças produziam na sociedade, já que não era mais um problema do doente, mas daquele que o cercava e estava exposto a contaminação, criando assim um ambiente propício para medidas de saúde cada vez mais severas.

O Estado com o objetivo de controlar os efeitos das deficiências de alguns indivíduos sobre outros, neste caso da conduta individual, consegue legitimidade para exercer a coerção através do aparelho estatal. A construção dos leprosários e a institucionalização do isolamento compulsório em 1946, como principal medida profilática contra a hanseníase, são alguns dos exemplos da materialização deste processo.

Para Hocman o processo de estatização da saúde brasileira não era independente

[...] dependeria da avaliação dos custos de manutenção dessa atividade na esfera individual ou local (custos externos, que, percebidos socialmente, estabeleceriam a consciência da interdependência) e dos custos e restrições impostos pela execução dessas atividades pelo Poder Público (custos da estatização). (HOCHMAN, 2005, p. 32).

Ou seja, as relações e custos oriundos da nacionalização da saúde pública foram frutos da reflexão sobre as consequências financeiras e o grau de comprometimento nesse processo por aqueles envolvidos. A avaliação das desvantagens e vantagens foi de suma importância para esta intervenção, através das políticas públicas, pois elas possibilitaram a expansão do poder central em uma área específica.

As políticas de saúde elaboradas pela equipe médica que ministrava os órgãos de saúde se preocuparam não apenas com investimentos financeiros maciços para materializar estas propostas, mas com a disseminação da ideia do que seria um “*corpo saudável*” que não se restringia apenas ao indivíduo, se referia também à importância do bem-estar coletivo para o desenvolvimento do país.

3.1 Os primeiros registros sobre o Hospital-Colônia do Bonfim na imprensa ludovicense.

O projeto do Hospital-Colônia do Bonfim a princípio ao contrário do que se possa se possa imaginar inicialmente não foi concebido pelo poder federal como uma forma de combate a lepra no Maranhão, mas de iniciativa particular e mais tarde agregado ao plano nacional de combate a lepra pautado no tripé: leprosário, educandário e preventório.

Iremos acompanhar o desenvolvimento e amadurecimento deste projeto através da imprensa ludovicense, e como este projeto aos poucos ganha terreno e defensores na sociedade local. Contribuindo inclusive para a ideia do abandono definitivo da obra de outro leprosário no sítio Sá Viana.

Os primeiros registros sobre o Hospital-Colônia do Bonfim surgem em publicações paralelas a pedidos de retomadas da obra no sítio Sá Viana e críticas ao projeto desta construção.

No de 1930 percebemos certa preocupação com os rumos que os cuidados com os leprosos tomavam no Maranhão, um leprosário que não atendia a demanda e em condições insalubres (Leprosário do Gavião), um futuro leprosário inacabado cujo projeto já não atendia as normas sanitárias do momento (Leprosário no sítio Sá Viana). É neste contexto incerto que a ideia de novo leprosário é acolhido com entusiasmo pela imprensa ludovicense.

Como vimos no capítulo anterior á construção do leprosário no sítio Sá Viana não seguiu uma linearidade, pois ao longo dos anos e sofreu várias pausas, até que as construções foram paralisadas por completo finalmente em 1929. Nos anos seguintes, a imprensa ludovicense se dedicou a publicizar as consequências para São Luís da falta de um hospital para os lázaros em condições melhores trariam para a cidade. *O Combate e A Pacotilha* veicularam até o ano de 1932 várias especulações sobre quais teriam sidos os motivos para o abandono da obra. Apesar das explicações oficiais para a falta de recursos federais que acarretaram os atrasos no cronograma, ambos os jornais apontaram indícios de desvios de verba por ex-governadores e super faturamento por parte da construtora responsável por sua execução.

O leprosário modelo de São Luis é um exemplo frisante dos maléficos da politicagem que nos infelicita: impugnado pelo cerebro doentio de um dos felizardos, que depois conseguiu passar dois anos no Rio recebendo pela verba da profilaxia daqui, teve por alguns anos interrompida a construção [...] Os pobres leprosos jazem atirados a estrada de ferro, ao abandono. Que importam as misérias físicas dos pobres e infelizes conterrâneos nossos aos

leprosos morais, que nos envergonham sugando os dinheiros públicos. (O Combate, 23 de fevereiro de 1929, p.1).

O jornal apontou como motivo principal para a paralisação da obra os inúmeros desvios de verbas federais praticados pelos gestores anteriores que prejudicaram sua finalização. A obra foi paralisada por alguns anos a pedido do diretor do Serviço de Profilaxia Rural (O Combate, de 21 de junho de 1929), e retomadas na gestão do presidente Arthur Bernardes (1875-1955) que ampliou o projeto inicial para mil leitos. Tal mudança no projeto em 1926 requereu a formulação de um novo contrato com a construtora já responsável pela construção do leprosário neste mesmo ano⁸ (A Pacotilha, 1 de dezembro de 1926). Apesar dessa mudança no projeto, segundo as matérias veiculadas e a descrição da estrutura que chegou a ser concluída, ela não teria capacidade para atender tantas pessoas, o prédio era composto por dois andares com dois pavilhões, que no máximo atenderia pouco mais de uma centena. Ou seja, é provável que mesmo após a formulação de um novo contrato com a construtora, estas mudanças não chegaram de fato a ser anexadas nas obras.

A matéria veiculada traz à tona a consciência dos efeitos da relação de interdependência existente entre os atores sociais envolvidos neste processo de estatização do corpo do doente leproso. Os gestores da máquina burocrática eram os responsáveis pelo corpo do doente e por regular os efeitos da enfermidade do doente sobre a sociedade, porém não cumpriam o seu dever. Tal postura destes agentes públicos acabou por intensificar esses efeitos negativos dessa relação de interdependência.

O periódico faz uma comparação implícita entre os políticos que desviaram verbas e os leprosos. Enquanto os doentes sofriam com a manifestação da lepra no corpo, os políticos a “lepra moral” que a publicação caracteriza como uma conduta moral errônea que prejudicava toda a sociedade. A ação de ambos afetava a cidade, porém a destes políticos ampliava os efeitos negativos da doença dos leprosos na sociedade.

Apesar da obra do leprosário no sítio Sá Viana ter sido paralisada totalmente em 1929, ainda assim nos anos posteriores observamos a incidência de notícias nos periódicos, *O Combate* e *A Pacotilha* sobre os esforços de alguns políticos locais e médicos para a retomada da obra em virtude de sua importância sanitária para a cidade. (A Pacotilha, 07 de setembro de 1931; A Pacotilha, 10 de setembro de 1931).

⁸ A construtora carioca Meanda, Curty & C. foi responsável por em 1924 iniciar as obras do Leprosário Modelo da Cidade de São Luís (Pacotilha, 3 de outubro de 1924). Ela era responsável por naquele momento construir todos os leprosários patrocinados pelo governo federal no país e teve seu contrato renovado mais duas vezes para tentar concluir a obra do leprosário no sítio Sá Viana.

Paralelo a estas manchetes durante o ano 1930, é noticiado à proposta da construção de um novo leprosário para São Luís, cujo projeto obedecia as recentes normas sanitárias empregadas na concepção desses hospitais para o tratamento e acolhimento desses doentes.

A Maçonaria Maranhense, representada por um conjunto dos seus mais valiosos elementos, esteve ontem no palácio da presidência para se entender com o Dr. Pires Sexto a respeito da realização de um leprosário. E digno dos maiores encômios os gestos da Maçonaria Maranhense, indo ao encontro da parte mais desgraçada da Sociedade, isto é, daqueles que respirando no mesmo ambiente, são, contudo dele segredados pela linha divisória do destino. A Maçonaria Maranhense, portanto, oferecemos o nosso estímulo e os nossos aplausos pelo gesto filantrópico que vem de ultimar, decorrido já tanto tempo à procura de realização deste desiderato [...] O Presidente do Estado cercou-os de desejos da distinta comissão da mais sincera boa vontade. Estamos que nada disto permaneça estacionário e confiamos na ação benemérita desse corpo de fidalga caridade que é Maçonaria, na cristalização da sua soberba tentativa. (O Combate, 23 de maio de 1930, p.1).

O primeiro contato entre o poder público e o projeto do Bonfim se deu através de um encontro entre o governador do estado e a Maçonaria Maranhense⁹ veiculado pela imprensa local. É perceptível o entusiasmo da imprensa por esta ideia, sobretudo após a paralisação definitiva das obras no sítio Sá Viana.

Ao acompanharmos o destaque que o projeto ganha na imprensa local através do periódico *O Combate*, verificamos que a aprovação para sua construção veio por interseção do governador estadual junto ao poder federal. Sua aprovação permitiu que ele fosse incluído no plano de obras patrocinadas pelo poder federal.

Ontem tivemos, a oportunidade de apreciar em mãos do Presidente do Estado, em todos os seus detalhes o projeto do futuro leprosário, da autoria do engenheiro Jayme Tavares, sob a inspiração e escolha do local feita pelo Dr. Cassio Miranda. O projeto obedeceu ao sistema de colônia, em 36 departamentos, sendo dois maiores para a administração e almoxarifado e 34 menores, modelo *chalet*, para habitação dos leprosos, com capacidade cinco em cada casa. O ponto preferido pelo Dr. Cassio Miranda, com anuência do Dr. Pires Sexto e da Maçonaria Maranhense é a ‘Ponta do Bonfim’[...] (O Combate, 16 de setembro de 1930, p. 1, grifo ao autor).

⁹ Para melhor compreensão sobre a atuação da Maçonaria no Maranhão recomendamos a leitura da obra “*A Maçonaria no Maranhão*” do autor José Fernandes. Infelizmente não conseguimos localizar esta obra durante a produção deste trabalho.

A criação de um leprosário neste sistema já era uma ideia amplamente divulgada pelos jornais nos anos anteriores (A Pacotilha, 2 de julho de 1930). Esse sistema consistia na construção de uma pequena cidade com capacidade de produzir a maioria dos recursos alimentares, de forma que algumas atividades realizadas no hospital pudessem diminuir os gastos da União com sua manutenção. Ao contrário da mudança proposta para o Sá Viana de abrigar 1000 leitos, o Bonfim teria a capacidade de abrigar até 170 pacientes. Ao longo de sua construção e nos anos posteriores à sua inauguração, a obra foi ampliada diversas vezes, porém de acordo com os dados dos jornais, a obra tinha o objetivo de realocar os doentes do Leprosário do Gavião para o Bonfim.

O modelo *chalet* citado na publicação consistia em pequenas residências com desenho semelhante ao de um chalé. A seguir temos um registro do ano de inauguração do leprosário localizado do Bonfim.

Foto 5: Casas do Hospital-Colônia do Bonfim



Fonte: FUNDAÇÃO (1937)

Como podemos observar na foto acima, as habitações estavam dispostas em um local cercado por vegetação fechada e ao fundo limitado por um braço do rio Bacanga. Esta localidade é a ponta do Bonfim, escolhida de comum acordo pela Maçonaria Maranhense e representantes do estado para a instalação do leprosário da cidade de São Luís. Além da ajuda federal para a realização da obra, ela receberia ajuda de custo da Maçonaria e por esse motivo necessitaria da prévia aprovação dos membros que compunham essa sociedade secreta.

Houve ontem, no templo, à rua das Flores, uma concorridíssima reunião dos corpos maçônicos do Oriente, sob a presidência do Dr. Carlos Reis, para ser discutido o problema do futuro leprosário, a ser construído pelo governo com a colaboração da Maçonaria.. Os serviços estão prestes a serem a ser atacados e o local preferido, após longa discussão é a *Ponta do Bonfim*, onde existem as fundações de um hospital e que poderão ser aproveitados na execução do projeto [...] (O Combate, de 17 de setembro de 1930, p. 1, grifo do autor).

Essa reunião descrita pelo jornal aconteceu na sede da Maçonaria com o objetivo de definir realmente a localidade para a instalação do novo leprosário. A Ilha do Medo¹⁰ também era uma possibilidade admitida, porém foi descartada devido a dificuldade marítima de acesso ao local a qual dificultaria o transporte de materiais para a construção do leprosário. Além das próprias características geológicas que dificultariam o assento das edificações.

A Ponta do Bonfim surgiu para a edificação do leprosário por dois motivos oficiais. O primeiro, como bem afirmou a publicação do jornal *O Combate*, o fato de já possuir fundações que seriam reaproveitadas no projeto inicial do leprosário tornando-o mais acessível. O segundo motivo amplamente divulgado pelos periódicos nos anos seguintes era a localização geográfica do Bonfim, que está numa extremidade oposta ao centro de São Luís, uma vez que os ventos circulam no sentido do centro para o Bonfim. Isto dificultaria a propagação da doença pelo ar. Além de estarem separados por um braço do Rio Bacanga.

¹⁰ A Ilha do Medo é uma pequena ilha localizada a noroeste da ilha de São Luís, na parte central do Golfão Maranhense. Seu processo de ocupação se deu em meados do século XX e até os dias atuais é um local com pouca estrutura física, sendo visitado, sobretudo por estudantes da área de pesquisas biológicas para estudos da fauna e flora. É possível que este lugar tenha surgido como opção por sua localização geográfica e características geológicas ser semelhante à Ilha do Medo localizada na Baía de Todos os Santos em Salvador, que durante o século XIX serviu como colônia de leprosos.

Foto 6: Localização atual Hospital-Colônia do Bonfim



Fonte: GOOGLE EARTH - MAPS, 2017

Pode surgir ainda o questionamento do por quê não se retomou as obras no sítio Sá Viana, visto que faltava apenas a mobília e a instalação elétrica para que fosse finalizada e entregue para uso. A própria imprensa reconhecia as limitações do projeto empreendido no Sá Viana, a estrutura simples do prédio de apenas dois pavilhões não comportaria a demanda de doentes de várias partes do estado que viriam em busca de tratamento. Tal a obra teria um impacto pequeno diante da magnitude dos números da doença no Maranhão.

Bem mais vale que se abandonem alguns alicerces arruinados, e que tenhamos uma leprosaria suficientemente adaptada às necessidades locais... Efetivaram-se as obras nos moldes estabelecidos. Continuamos a creditar, todavia, melhor teria sido adotar o sistema de colônia agrícola, em vez de sanatório, até por que assim se vem fazendo em todos os estados brasileiros. (A Pacotilha, 2 de julho de 1930, p.1).

Ao mesmo tempo em que ainda eram veiculadas matérias sobre a retomada da obra no sítio Sá Viana, vai ganhando cada vez mais força o projeto de leprosário baseada no modelo do sistema agrícola. Pois ele seria capaz não só de atender melhor o número de doentes, mas iria oferecer melhores condições de vida aos leproso.

São mil indivíduos que vão se aglomerar, aos vexames da promiscuidade, que vão se condenar eternamente em um pavilhão hospitalar. Precisamos, sobretudo de uma leprosaria de tipo colônia, pra mil leprosos, do conforto dos campos, em vivenda familiares, ao exercício de suas próprias atividades. (A Pacotilha, 2 de julho de 1930, p. 1).

Ainda havia fortes resquícios presente na mentalidade da sociedade de que os atingidos pela lepra estavam propensos a uma conduta de vida fora dos padrões morais estabelecidos para aquele momento. Por isso um leprosário com a estrutura de hospital colônia proporcionaria um sistema mais eficiente de controle sobre a doença, ao dividi os pacientes conforme o tipo doença e sintomas apresentados, além permitir o controle direto sobre a circulação e distribuição dos corpos no espaço.

O principal argumento utilizado para a aceitação desse sistema, além do citado acima, era que o local permitiria que o doente pudesse reestruturar sua rede de relações pessoais. Estaria em um ambiente cercado de indivíduos em situação semelhante, longe do preconceito e estigma que enfrentariam se estivessem na sociedade composta por indivíduos saudáveis.

Foto 7: Grupo ex-pacientes do Hospital-Colônia do Bonfim



Fonte: Acervo pessoal

A construção de um leprosário nos moldes de uma colônia não atenderia somente os anseios da sociedade médica e civil, mas também estava assentado na ideia de se proporcionar condições mais agradáveis para o doente que passaria toda a sua vida internada naquele local. Deve-se ainda levar em conta que a lepra ainda não tinha cura comprovada cientificamente, apenas tratamentos para minimizar os efeitos dela no corpo.

Ela também já era uma ideia difundida pela imprensa maranhense desde ano de 1929, como nos jornais *O Combate* e a *Pacotilha*. Pouco antes da paralisação definitiva das obras no Sá Viana, quando se cogitava a possibilidade de anexar estas características de autossuficiência ao projeto.

A aceitação do governo estadual do projeto de um leprosário a ser construído na Ponta do Bonfim pela Maçonaria Maranhense apresentado a ele em 1930, fez com que aos poucos os artigos e publicações a favor da continuação da obra no Sá Viana ficassem cada vez mais esporádicos na imprensa local. Um dos motivos elencados era que o custo de retomada da obra seria alto, uma vez que quase toda estrutura já feita deveria ser refeita em virtude do abandono. O modelo do leprosário a ser construído no Sá Viana foi concebido segundo as normas higiênicas e sanitárias da primeira década do século do XX, cuja proposta consistia em acolher os leprosos em uma espécie de grande hospital para tratá-los.

A ideia da construção de um hospital na Ponta do Bonfim, assim como quando surgiu a ideia do leprosário no Sá Viana, partiu de uma ideia local que encontrou um ambiente próprio para sua concretização. Ela consistia não apenas na sua inclusão nas novas políticas públicas durante o governo varguista, mas da sua aceitação social, sobretudo dos doentes, principal parcela atingida por ela.

É no começo do século XX que as responsabilidades começam a ganhar a força, as políticas públicas surgem como um meio do qual o Estado se utiliza para ampliar o seu controle sobre o corpo social. E fortalecer a sua imagem de provedor e protetor da saúde coletiva através de projetos como estes, que beneficiavam não somente os doentes, mas a comunidade ao isolar aquilo que consideravam o foco da doença.

3.2 A inauguração do Hospital-Colônia do Bonfim segundo a imprensa maranhense.

O projeto da construção de um novo leprosário para a cidade de São Luís esteve diretamente ligado a malograda obra no sítio Sá Viana e ao progressivo aumento no número

de doentes no estado, de forma que mesmo após a inauguração desta obra seu impacto não seria significativo a ponto de reduzir a taxa de incidência da doença sobre a população.

O leprosário teve seu desenvolvimento acompanhado de perto pelo então governador do estado, o interventor federal Paulo Ramos, que utilizou essa obra para reforçar os avanços do país na gestão de Getúlio Vargas e promover a eficácia de sua gestão. Em sua gestão a obra não só foi finalizada, como ele conseguiu alguns meses antes da sua inauguração recursos federais para a ampliação das instalações.

Os jornais destacaram a atuação do interventor a frente do governo, principalmente seus esforços para conseguir fazer com que o Maranhão acompanhasse as mudanças pelas quais o país passava naquele momento. Dentre estes esforços se destacou o seu engajamento para conclusão do leprosário, que se tratava da maior obra sanitária já concluída no estado.

[...] dr. Herbert Antunes, Delegado de Saúde no norte do Brasil, a verba de 120 contos como auxílio para a manutenção do Leprosário do Bonfim, no corrente ano [...] Obteve ainda a S. Exc. que o Governo Federal puzesse á disposição daquele Delegado a importância de 495 contos para serem empregados na ampliação deste mesmo leprosário. (O Imparcial, 02 de agosto de 1937, p.1).

Em agosto *O Imparcial* anunciou os frutos do encontro entre o governador Paulo Ramos e Gustavo Capanema, diretor do Ministério da Educação e Saúde Pública. O objetivo inicial era conseguir recursos para a manutenção do primeiro ano do leprosário que seria entregue naquele mesmo ano. O governador não só conseguiu o que almejava, como conseguiu com que o próprio diretor ordenasse ao Delegado de Saúde da região o envio de recursos federais para a ampliação da obra do leprosário.

No início da década de mil novecentos e trinta o governo federal buscou centralizar seu poder através das políticas públicas, e a saúde era uma das áreas que sofria constantes intervenções para que esse objetivo fosse alcançado. A conclusão do leprosário foi amplamente utilizada como fruto de uma gestão governamental eficaz em cuidar da saúde da população.

A imprensa ludovicense recebeu a notícia da inauguração do leprosário com muito entusiasmo, pois existia a possibilidade do próprio presidente estar na cerimônia. Tal especulação não se cumpriu e oficialmente era esperada a presença do ministro Gustavo Capanema, diretor do MESP. Assim como o presidente, ele não pôde comparecer, porém

enviou uma nota parabenizando o governador pelos feitos e ressaltando a importância desta obra para o estado. (O Imparcial, 19 de outubro de 1937).

O Hospital-Colônia do Bonfim foi inaugurado em um domingo no dia 17 de outubro de 1937. Contou com a presença de várias personalidades importantes da sociedade local, além da população que foi transportada ao local através de embarcações disponibilizadas pelo governador. (O Imparcial, 18 de outubro de 1937).

No dia da inauguração os periódicos não publicaram matérias extensas, apenas notas informativas com o local, a data e o horário da cerimônia, e acerca das embarcações disponibilizadas pelo governo para efetuar o transporte de quem quisesse prestigiar o ato. O objetivo era convidar a população para fazer parte desse momento histórico para o estado, apenas nos dias consecutivos houve publicações mais extensas e detalhadas sobre a cerimônia.

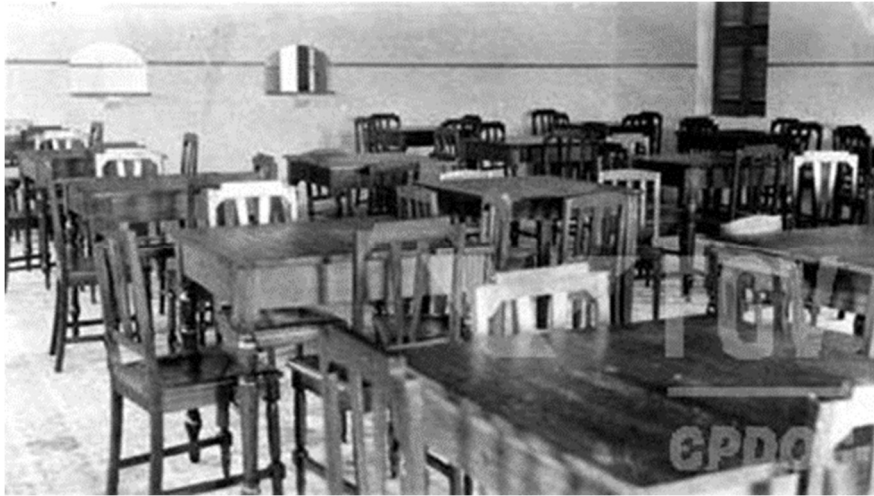
É válido ressaltar que os principais atingidos por esta obra não estiveram presentes na cerimônia, foram transportadas para o local no dia seguinte. Tal fato se deu pelas próprias medidas profiláticas empregadas naquele período, em que pessoas saudáveis não poderiam estar no mesmo ambiente que doentes leprosos.

A cerimônia de inauguração do Hospital-Colônia do Bonfim foi realizada em 17 de outubro de 1937. Como já dito, foram convidadas muitas personalidades da sociedade, das quais seis tiveram a oportunidade de proferir discursos enfatizando a importância da obra para o povo maranhense.

A construção do Bonfim obedecia ao sistema de colônia de agrícola, deste modo o único local do leprosário possível de receber a cerimônia e os convidados era o refeitório¹¹, pois era um prédio isolado dos demais onde também funcionava uma cozinha. A seguir temos alguns registros iconográficos dos anos em que o hospital ainda mantinha a cantina em funcionamento.

¹¹ O refeitório era frequentado pelos pacientes que não residiam nas casas, mas em alojamentos separados por sexo. A cantina distribuía a refeição 3 vezes ao dia: café da manhã, almoço e janta. Aqueles que não conseguissem chegar a tempo deveriam esperar até a próxima refeição, mesmo que fosse ao dia seguinte.

Foto 8: O refeitório do Hospital-Colônia do Bonfim



Fonte: FUNDAÇÃO (1937)

Foto 9: O refeitório do Hospital-Colônia do Bonfim em seus anos de funcionamento



Fonte: Acervo pessoal

A primeira pessoa a falar foi João Alfredo de Mendonça, chefe de gabinete do governo, que leu o decreto de nº 39 de 16 de outubro de 1937, no qual denominava que o leprosário funcionaria sobre a nomenclatura oficial de “Colônia do Bonfim”. Ressaltou que os doentes ali acolhidos não buscavam apenas tratamentos para a enfermidade, mas “[...] uma situação da vida social que ignore os sofrimentos morais dos enfermos.” (O Imparcial, 19 de outubro de 1937, p.1)

A seguir temos um trecho da matéria publicada no jornal *O Imparcial*, dois dias após a inauguração do Bonfim, traz uma síntese minuciosa das falas proferidas neste dia:

A seguir, o exc. (Paulo Ramos). Declarou oficialmente inaugurado a Colônia do Bonfim, proferindo eloquente discurso, no qual pôs em relevo a ação benemerita do presidente Getúlio Vargas em favor do Maranhão. **Monsenhor Conduru' Pacheco, vigário geral,** proferiu eloquente oração alusiva ao ato, dizendo altas finalidades da obra ali realizada.... Fez-se ouvir, em seguida, o **dr. Thomas Pompeu Rosas, diretor da Colônia,** que pronunciou atraente oração, na qual evidenciou os seus profundos conhecimentos sobre o tratamento de morbus de Hansen. Falou depois o **dr. Armando Vieira da Silva, presidente do Sindicato Maranhense de Imprensa,** que produziu notável discurso, confirmando os seus méritos de orador já consagrado. **Em nome dos beneficiados, dos hansenianos que ali serão hospitalizados, falou o cônego Rias Cruz,** que produziu formosa oração. **Em nome do povo maranhense, o deputado Felix Valois** proferiu brilhante improviso [...] (O Imparcial, 19 de outubro de 1937, p.1, grifo nosso).

Monsenhor Conduru Pacheco, vigário geral, foi o responsável por iniciar a cerimônia com uma bênção ao leprosário. Ele ressaltou o sofrimento e o preconceito com os quais os doentes eram obrigados a conviver por estarem alojados em um local tão próximo do centro da cidade e em condições insalubres. O Bonfim foi transmitido como a oportunidade de uma nova vida entre aqueles de situação semelhante.

O então governador Paulo Ramos, como interventor federal exaltou a colaboração do presidente Getúlio Vargas para a concretização do projeto. Devemos lembrar que os jornais *A Pacotilha*, *O Imparcial* e *O Combate* sempre retrataram os seus esforços para que no Maranhão fosse construído o leprosário, sobretudo após o fracasso de outro projeto no sítio Sá Viana. Desta forma destacam-se os frutos da eficácia do controle federal direto para o estado, pois dentre os muitos fatores que culminaram no abandono da obra anterior, ressaltam-se a corrupção e os desvios de verbas realizados nas gestões anteriores por políticos locais.

Foto 10: Grupo de doentes a porta do hospital, vendo-se ao centro, de chapéu o primeiro diretor do Hospital-Colônia do Bonfim.



Fonte: Araújo (1948, p. 119)

O Dr. Thomas Pompeu Rosas, primeiro diretor da colônia, expôs seus conhecimentos científicos sobre a doença atestando sua competência para administrar o hospital. Ele seria responsável não apenas por conduzir as ações do corpo médico, mas também de toda a parte logística como distribuição de alimentos entre os internos, punições para infrações do código de conduta interna¹² entre outras atribuições.

A presença do Dr. Armando Vieira da Silva, presidente do Sindicato Maranhense de Imprensa, ressalta a importância dada para a concretização desta obra, uma vez que já era uma queixa antiga a reivindicação de um local adequado para o abrigo e tratamento dos leprosos da cidade de São Luís. Além de ressaltar a importância desta obra para o controle da lepra no estado, destacou os esforços do governador Paulo Ramos na condução para a sua realização. Além de pedir a colaboração de toda a população para a manutenção dos serviços com doações, pois se sabia que os cofres do estado não conseguiriam manter sozinho os serviços oferecidos.

Em nome dos hansenianos que ali seriam hospitalizados, o cônego Rias Cruz realizou uma oração por eles. Por fim, representando o povo maranhense falou o deputado Felix Valois. As falas destes últimos não foram transcritas, apenas citadas e o jornal prometeu publicar no dia seguinte parte do discurso, porém não o fez.

O Imparcial teve preocupação de veicular a representatividade de cada indivíduo na sociedade, segundo os discursos proferidos, sempre enfatizando a importância do Hospital-Colônia do Bonfim, e a ação do interventor federal Paulo Ramos para que suas obras fossem terminadas no prazo estipulado.

Após dezessete anos de espera finalmente foi entregue um leprosário novo para a cidade de São Luís. A inauguração do Hospital-Colônia do Bonfim significou que o estado estava acompanhando o discurso médico e sanitário daquele momento, além servir para meios de autopromoção política. Uma vez que a imprensa local atribuía o sucesso da obra a gestão e esforços do interventor federal Paulo Ramos.

¹² O Hospital do Bonfim por se trata de uma colônia agrícola, sua estrutura pode ser equiparada a de uma pequena cidade planejada em seus mínimos detalhes, tinha um código de comportamento a ser seguido pelos internos. Caso este código não fosse cumprindo, como casos de fugas, o paciente ficava alojado em uma cadeia por alguns dias.

4 CONCLUSÃO

A lepra sempre foi uma doença que despertou a atenção da sociedade e da comunidade médica, não apenas pelos seus sintomas que inspiravam o preconceito, mas pelo crescente aumento de casos na população. Inicialmente as entidades filantrópicas e religiosas estiveram a cargo dos cuidados com os doentes. Porém a partir de 1920 a máquina estatal brasileira começa a se solidificar e definir o seu papel como provedor do bem-estar, é neste momento que percebemos o início do processo de institucionalização da saúde brasileira.

O Estado brasileiro através das políticas de saúde públicas expandiu seu controle não apenas sobre os estados, mas sobre os corpos doentes da sociedade. E neste processo as medidas profiláticas elaboradas pelos órgãos de saúde tinham um papel fundamental para consolidar o poder do estado sobre a população brasileira, pois seu principal objetivo era a centralização do estado.

A lepra como uma das principais doenças infecciosas do país surge como um “problema social” a ser combatido pelo poder federal, uma vez que os sistemas estaduais haviam falhado em conter sua propagação pelo território nacional. Dentre eles podemos destacar o Maranhão que ocupava a sexta posição no ranking nacional no final da década de 1920.

Dentre as recomendações médicas dos órgãos federais de saúde para o combate à lepra, a que mais se destacava eram as construções de leprosários longe do perímetro urbano. O Maranhão buscando acompanhar o discurso sanitário criou projetos de leprosários para a sua capital, São Luís. Esses projetos eram de autoria local e foram aprovados pelo governo federal para serem inseridos no programa de obras sanitárias do país. Sua aceitação esteve ligada ao impacto positivo que estas obras trariam para a saúde coletiva além de promover a imagem do governo federal.

O primeiro projeto foi aprovado para ser construído no sítio Sá Viana, sua construção durou quase uma década e nas vésperas de sua finalização foi paralisada e logo em seguida abandonada. Ao acompanharmos as notícias veiculadas sobre a obra durante os anos de 1920 a 1930, destacamos que os motivos reais para a sua paralisação não ficam claros no decorrer do processo, e se tornam ainda mais difíceis de serem explicados no decorrer da década de 1930. Alguns dos motivos apresentados pela imprensa local incluem desvio de verba, superfaturamento por parte da construtora e que a obra já não atendia as normas sanitárias vigentes do final da década de 1920.

Disto isto os elementos apresentados pela imprensa ludovicense não são claros a ponto de explicar o abandono de uma obra praticamente pronta para se iniciar outro projeto, cuja estrutura poderia igualmente ser condenada ao fracasso.

A concepção e aceitação do projeto da construção de um leprosário na Ponta do Bonfim apresentado pela Maçonaria Maranhense estiveram diretamente ligadas ao fracasso da obra anterior no sítio Sá Viana. O Hospital do Bonfim, assim como o leprosário anterior, enfrentou algumas dificuldades financeiras em sua realização. Tendo colaborado diretamente para a sua finalização o interventor federal Paulo Ramos. Suas ações e esforços foram publicamente louvados pela imprensa, sobretudo quando a obra foi inaugurada. Essa obra foi utilizada para promover o discurso de eficácia de uma gestão estadual sem ligações diretas com as redes locais de poder, que poderiam eventualmente condenar a obra ao fracasso como aconteceu anteriormente.

REFERÊNCIAS

Documentos

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO MARANHÃO. **Relatório referente ao ano de 1931**, apresentado pelo provedor José João de Souza. São Luís, 1931.

_____. **Relatório referente ao ano de 1932**, apresentado pelo provedor José João de Souza. São Luís, 1932.

BRASIL. **Decreto nº 1.151**, de 5 de janeiro de 1904a. Reorganiza os serviços da hygiene administrativa da União. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1151-5-janeiro-1904-583460-publicacaooriginal-106278-pl.html> Acesso em: 1 jun. 2017.

_____. **Decreto nº 5.156**, de 8 de março de 1904b. Dá novo regulamento aos serviços sanitários cargo da União. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>

_____. **Decreto nº 3.987**, de 2 de janeiro de 1920. Dá novo regulamento aos serviços sanitários cargo da União. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 15 abr. 2017.

_____. **Decreto nº 16.300**, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300.htm. Acesso em: 5 abr. 2017.

Jornais

Jornal O Combate, 21 de junho de 1929. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal O Combate, 23 de fevereiro de 1929. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal O Combate, 23 de maio de 1930. Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal O Combate, 17 de setembro de 1930. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal O Combate, 07 de setembro de 1931. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 29 de janeiro de 1920. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 12 de fevereiro de 1920. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 11 de novembro de 1920. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 03 de outubro de 1924. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 01 de dezembro de 1926. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 01 de julho de 1930. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 02 de julho de 1930. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 07 de setembro de 1931. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal A Pacotilha, 10 de setembro de 1931. Disponível em:
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>

Jornal O Imparcial, 02 de agosto de 1937.

Jornal O Imparcial, 18 de outubro de 1937.

Jornal O Imparcial, 19 de outubro de 1937.

Jornal O Imparcial, 20 de outubro de 1937.

Bibliografia

ARAÚJO, Heraclides Cesar de Souza. **História da Lepra no Brasil, v. 2: Período Republicano (1889-1946)**. Álbum das organizações anti leprosas. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial. Brasil, 1948. Disponível em: <http://www.acidadeinventada.com.br/static/files/administration-office/volume-ii.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

ALVARENGA, Antônia Valtéria Melo. **Nação, país moderno e povo saudável: política de combate à lepra no Piauí**. Teresina: Edufpi, 2013.

FONSECA, Cristina M. O. Saúde pública no governo Vargas. In: PONTE, Carlos Fidelis. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2010. p. 138-146.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Colônia do Bonfim: Maranhão, São Luiz. Lotação 300 doentes. Inaugurada em 1937**. Negativos organizados por H. C. Souza Araujo. Rio de Janeiro, IOC, 1938. Disponível em: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/mearj> Acesso em: 20 maio 2017.

GALVÃO, Marcio. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil colônia a 1930**. 2000. Textos da Departamento de Ciência Médicas, Universidade Federal de Ouro Preto. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf. Acesso em: 15 maio 2017.

GOFFMAN, Everging. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **A representação do Eu na vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

GOOGLE EARTH-MAPAS. Sá Viana. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/S%C3%A1+Viana,+S%C3%A3o+Lu%C3%ADs+-+MA/@2.5596425,44.3155507,15z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x7f68f5db1560ecd:0x118e5d90db9d55de!8m2!3d-2.5589643!4d-44.3070948> . Acesso em: 15 maio 2017.

GOOGLE EARTH-MAPAS. Bonfim. Disponível em:

<https://www.google.com.br/maps/place/Bonfim,+S%C3%A3o+Lu%C3%ADs+-+MA/@-2.532403,44.3247648,15z/data=!4m5!3m4!1s0x7f6892bd6a32395:0x7629b02f0b8aae6f!8m2!3d-2.5327575!4d-44.3260211>. Acesso em: 3 jun. 2017

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba: Editora UFPR, n. 25, p. 127-141, 2005.

_____. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p. 40-61, 1993.

IBGE. População nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 1872/2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=4&uf=00> Acesso em: 12 maio 2017.

MEDEIROS, Carlos Henrique Guimarães. **Peste bubônica em São Luís**: epidemia e perspectivas de reordenamento urbano. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

MELLO, Alex. O discurso sanitário como discurso político e ideológico na República Velha. **Revista Historiador**, n. 3, ano 3, dez. 2010.

NASCIMENTO, Jacklady Dutra. **A perspectiva dos adoecidos**: um olhar antropológico para compreender a hanseníase. Dissertação (Ciências sociais) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2010.

NERIS, Cidinalva. **Estigma e isolamento social**: lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil. Jundiá: Paco Editorial; Edufma, 2014.

PRIORE, Mary Del; AMANTINO, Márcia (Org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011.

SANTOS, Luiz; FARIA, Lina R.M. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jan./fev. 2008.