



A Construção da Lepra em Goiás: Contágio e isolamento (1890-1943)

Leicy Francisca da Silva ¹

RESUMO:

Nesse artigo, apresentamos uma análise do processo de construção da lepra em Goiás a partir da observação dos enunciados dos envolvidos na elaboração das políticas sanitárias goianas, no período compreendido entre 1890 e 1943. Esse recorte temporal deve-se ao fato de pensarmos a constituição localmente de um discurso construtor da enfermidade anterior à elaboração do chamado tripé institucional de controle da moléstia. Nesse período, são elaborados argumentos justificando a necessidade de isolamento dos atingidos para a proteção dos sãos. Tais assertivas relevavam a necessidade do tripé institucional formado pelo leprosário (para o isolamento dos enfermos), o preventório (para afastamento e assistência dos filhos de doentes isolados) e os dispensários (responsáveis pelo acompanhamento dos que tinham tido contato próximo com doentes, os chamados *comunicantes*). O problema central que direciona a pesquisa é pensar qual o papel central dos estabelecimentos criados anteriormente ao tripé de ataque à lepra na definição das políticas de assistência aos doentes no estado? Como os discursos produzidos concomitantemente com a constituição desses estabelecimentos foram competentes para a transformação da enfermidade relacionando-a diretamente ao risco do contágio e à necessidade do isolamento dos doentes?

Palavras chave: História; Saúde e Doença; Goiás; Lepra/Hanseníase.

¹ Doutora em História pela Universidade Federal de Goiás. Docente na Universidade Estadual de Goiás, Brasil. leicyf@hotmail.com.

A imagem da lepra em Goiás é, normalmente, direcionada a um modelo institucional, o denominado tripé de profilaxia, composto pela Colônia Santa Marta, isolando os doentes e o Preventório Afrânio Azevedo, assistindo os filhos dos leprosos enclausurados, ambos em Goiânia e pelos dispensários espalhados pelo estado acompanhando a todos os “comunicantes”². No entanto, nesse artigo tratarei de um momento anterior ao da construção dessas instituições. Isso porque a documentação analisada informa que “com a inauguração da Colônia Santa Marta [em 1943, em Goiânia] foram fechados os asilos de São Francisco de Paula [sic]³, em Anápolis, e Helena Bernard, em Catalão”. (*Boletim de Lepra*, Serviço Nacional de Lepra, Ministério da Educação e Saúde, 1943, p. 114). De fato, anteriormente à construção do hospital-colônia na nova capital do estado, outras instituições eram responsáveis pela assistência e tratamento dos doentes. Porque elas foram fechadas? Qual papel elas tiveram na definição das políticas de assistência aos doentes no estado? Como os discursos produzidos concomitantemente com a constituição desses estabelecimentos foram competentes para a transformação da enfermidade em relação direta com contágio e isolamento dos doentes?

O objetivo é observar, por meio dos enunciados dos envolvidos na elaboração das políticas sanitárias goianas, o processo de construção da doença, dos doentes e das instituições. Pensar a constituição da lepra enquanto problema médico e social. Para tanto, parto da compreensão da doença enquanto uma construção sociocultural. Reforço a premissa de que a morfeia/mal de lázaro/lepra/mal de Hansen/hanseníase não é apenas um fato biológico ou entidade patológica. A enfermidade constitui-se socialmente com base em discursos que sobre ela estabelecem práticas e saberes. Como Metodologia para responder a esse propósito, parto da análise dos discursos médicos e políticos que efetivaram práticas, legislações e instituições diretamente relacionadas a essa enfermidade⁴.

A LEPROSA: UMA CALAMIDADE

Na segunda metade do século XIX, explica Delaporte (2004), as bases da microbiologia moderna são colocadas em prática com as pesquisas de Pasteur. O aperfeiçoamento do microscópio, o emprego de colorantes específicos e a preparação do meio de cultura tiveram nesse processo um importante papel. A partir de 1880, um grande número de bacilos é identificado: o da lepra, da tuberculose, da difteria e da peste. Daí em diante, era preciso lutar contra esses agressores que haviam sido identificados por meio de programas de profilaxia. Essa profilaxia ocorria por meio da vacinação,

² Como “comunicantes” se compreende os indivíduos que tiveram contato prolongado com um doente de lepra, e que segundo o programa de profilaxia deveriam ser acompanhados para observação do risco de contágio.

³ Trata-se do Leprosário São Vicente de Paula em Anápolis.

⁴ Da documentação analisada, resalto: os Relatórios de governos da província/estado, o *Correio Oficial* e *Diário Oficial de Goiás*, revista *A Informação Goyana*, *Revista Educação e Saúde*, Jornais, especialmente, *O Catalão* e o *Regulamento de Saúde Pública do Estado de Goiás* 1932/1938.

em alguns casos, ou através do tratamento daquelas doenças para as quais não havia vacinas. Nos casos onde não havia nem vacina nem um tratamento curativo, a prevenção consistia em colocar os indivíduos em situação de responsabilidade.

Consideramos para esse estudo, além do desenvolvimento da microbiologia e da construção de novas técnicas de atenção e tratamento das doenças em fins do século XIX, as afirmações de François Delaporte sobre como se elabora uma nova definição sobre o risco de epidemia a partir da observação do aumento do número dos atingidos por determinada enfermidade. No caso da lepra, isso poderia se dar através do contato dos indivíduos doentes com os sãos. Essa compreensão ocorre, em fins desse século, através das descobertas pela biologia dos microrganismos, da relação deles com outros vivos e da emergência dos complexos patológicos. Vejamos como podemos notar tal deslocamento nos discursos produzidos por médicos e políticos em Goiás.

Em 1835, o presidente de província José Rodrigues Jardim afirmava:

O escorbuto, a elephantiazes, a morfea, e as mais moléstias contagiosas se vão transmitindo de uns a outros pela livre comunicação dos enfermos com os sãos, aqueles por falta de hum azilo correm as ruas da Cidade, mendigando o indispensável alimento, estes encarando todos os dias o lastimoso espectáculo se acostumam a perder a sensibilidade, e a repugnância, e se misturam, e respirando o ar inficionado se fazem vítimas das mesmas enfermidades: os primeiros reclamam de Vós os socorros, e o bem geral exige providências para que se não arruíne a saúde pública. Jardim (1835)

Para esse momento, como explica Delaporte (2004), “impedir a propagação de uma calamidade, é isolar, separar e fixar o espaço de perigo: um indivíduo se ele é leproso”. Em 1890, o Relatório da Inspetoria de Higiene Pública do Estado de Goiás insiste que:

Não ignorais que há no Brasil infelizmente, uma moléstia iminente contagiosa – a morphea – contra a qual os recursos therapeuticos tem-se mostrado impotentes para subjugá-la. Grassando intensamente em outros Estados como Minas Geraes e São Paulo, a morphea ultimamente tem-se desenvolvido entre nós de um modo espantoso. Os indivíduos afetados dessa destruidora enfermidade tem ingresso no seio das famílias que, ou por ignorar o perigo, ou desprezã-lo nenhuma precaução tomam para evitã-la de sorte que essa semente pathologica nenhum obstáculo encontra no seu desenvolvimento. Afastar a estes indivíduos, segregã-los da sociedade, dando-lhes porem as acomodações necessárias às suas miserias condições, eis o que a sciencia aconselha para vedar-se o desenvolvimento do mal. (*Relatório da Inspetoria de Higiene Pública do Estado de Goyaz*. AHEGo. Caixa 401 - Pacote 01. Goiás, janeiro de 1890). Delaporte (2004)

Esse segundo enunciado mostra a descontinuidade em relação à lepra se comparado com a fala do presidente de província José Rodrigues Jardim que, em 1835, propunha a existência de doentes contagiosos nas ruas da Capital de Goiás. O problema justificava o presidente, se devia à falta de um asilo, reclamado pela população como ação da administração para o “bem geral”, dando “socorro” aos doentes. Essa fala nos expunha que o problema da lepra, na primeira metade do século XIX, se

explicava medicamente pela respiração do “ar inficionado”, via propícia para a transmissão, porque a infecção ocorria através do contato com o corpo impuro e com os miasmas advindos da atmosfera, segundo BÉRIAC (1988). O doente de morfeia não estava individualizado, fazia parte de um conjunto onde cabia o doente de escorbuto, de elefantíase e de outras enfermidades igualmente contagiosas, bem como os mendigos e vadios. Como exposto no Relatório apresentado por Jardim (1835), a lepra se definia enquanto problema que atingia o espaço da cidade imprimia a desordem, encarnava o perigo e atraía a caridade.

Em 1890, o Relatório da Inspetoria de Higiene tratava especificamente da morfeia, concebida como um problema nacional que o Brasil não podia ignorar. A doença era identificada pela iminência do risco do contágio e pela impotência dos “recursos terapêuticos”. Ela era contagiosa, grassava alhures e espantava internamente pelo modo que se espalhava, podendo atingir as famílias; não possuía obstáculos no seu processo de desenvolvimento, portanto exigia que fosse vedada, respeitando-se os conselhos da ciência. Quanto aos doentes, eles estavam em qualquer lugar e carregavam em seus corpos a “semente pathológica”; precisavam, portanto, serem segregados, recebendo acomodações necessárias a sua subsistência. Os sãos, “as famílias”, por ignorância ou desprezo do risco, não se precaviam em relação ao perigo representado na doença e no doente.

Há, portanto, entre um e outro enunciado, uma importante descontinuidade quanto ao tratamento do objeto, a sua localização, à identificação do modo de transmissão e ao papel da ciência, do Estado e da sociedade para o cuidado da saúde coletiva. A doença é singularizada, deixa o espaço da cidade para estar no seio da família porque, enquanto semente patológica era no corpo doente que ela se situava. Da assistência, socorro e segurança do asilo, transita-se para a indefinição de uma instituição para segregação social capaz de “vedar” o mal. Transforma-se de uma enfermidade cuja transmissão dava-se pelo ar inficionado para outra “iminentemente contagiosa” cuja “semente pathologica” não encontrava obstáculo, de um problema relativo à caridade e cuja solução dependia da ação da administração local para um problema nacional. Ainda, se no primeiro momento a ciência não cabia no discurso e a sociedade “reclamava” as providências, no segundo o saber científico aconselhava e a sociedade aparecia como beneficiária dos seus conselhos de segregação dos doentes e vedação do mal, já que as pessoas pareciam ignorar ou desprezar o risco de destruição imanente à enfermidade.

Parodiando a análise de Salomon (2003), podemos pensar que, também em relação à lepra e ao leproso, no fim do século XIX e começo do século XX, se constituía a compreensão de que apenas o seu confinamento poderia proteger a população. A exclusão e a vida errante já não eram maneiras de

proteção efetiva⁵. Já em relação às práticas de assistência, a indefinição é exposta; a ciência, ao aconselhar o isolamento, não exprimia com clareza como isso deveria ser feito, isso porque essa construção ainda estava por se processar. Entretanto, dava a entender que era um problema do Brasil, cuja solução estaria além dos limites políticos e fronteiras dos municípios ou estados.

A construção da lepra como flagelo e do leproso como fonte de contágio esteve diretamente ligada às transformações ocorridas em relação ao conhecimento científico sobre a sua etiologia. Ao caracterizarem a enfermidade, os médicos ensaiaram ações de contenção de seu desenvolvimento e divulgaram teses sobre sua transmissão, embora sem consenso no campo científico. Mesmo sem muita certeza sobre o modo como ela se propagava e sem que o resultado das pesquisas de Hansen encontrasse confirmação nos pressupostos científicos de Koch, foi fundando-se na afirmação do risco do contágio que médicos e políticos tomaram decisões. Afirma Gomide:

O pensamento e a prática médica contidos no discurso compunham um modelo médico e político de intervenção, segregação e exclusão do doente de lepra e de seus descendentes. O modelo se estruturou a partir de um conjunto de regras, estratégias de procedimentos, cálculos, articulações que permitiam obter, ritualmente, a produção do acontecimento “verdade”. No caso, uma “verdade” menos conhecida e mais produzida, que emergiu do poder concedido ao médico. Gomide (1993)

Uma das importantes “verdades” produzidas naquele momento e que fortaleciam o poder médico na construção de medidas para contenção da doença e dos doentes foi a exageração do número de atingidos pelo mal. Desde a estratégia utilizada por Amauer Hansen para afirmar seu sucesso na contenção da lepra na Noruega, até o processo de construção dos Censos de Lepra no Brasil, os números foram de importância crucial na defesa das políticas profiláticas fundadas no isolamento dos leprosos. Os discursos relacionavam, de forma simplista, o aumento do número de atingidos à imagem de calamidade/flagelo/epidemia. Nesse caso, a palavra epidemia era utilizada como sendo definidora de doenças que atingiam um grande número de habitantes. A definição da lepra como enfermidade contagiosa, cujo perigo é representado pelo contato de um indivíduo doente a outro e que exigia o isolamento dos enfermos em espaços medicalizados, é resultado de transformações, como a compreensão da medicina enquanto científica, do indivíduo como parte da população e da doença individualizada em seu corpo. Delaporte (2004)⁶.

⁵ O autor analisa o problema da população indígena em Santa Catarina.

⁶ Assim podemos relacionar numa medicina teológica, o povo é compreendido como o povo-pecador e ali essa calamidade se afirma como uma punição de Deus e sua origem está no desejo divino. No caso de uma medicina de estado, o povo é compreendido como população e a doença possui causas naturais, está, portanto, na natureza. Quando de uma medicina científica, o povo é percebido como um conjunto de viventes e o complexo patogênico define a rede epidêmica. No período em que a explicação de calamidades se liga ao modelo do pecado original, os homens contraem uma doença por terem

Na década de 1870, o médico norueguês Gerard Amauer Hansen (1841-1912) conclui das suas pesquisas desenvolvidas no hospital Lungegaard, dentre os anos de 1870 a 1874, ter observado um bacilo em forma de bastonetes que ele acreditava ser o responsável pela enfermidade, bacilo posteriormente denominado *mycobacterium leprae*. Hansen publicou, em 1874, na sua relação anual de atividades, uma descrição das bactérias semelhantes a bastonetes que ele supunha, sem poder provar, ser o agente etiológico da lepra (argumentava suas conclusões por elementos de ordem epidemiológica como a diminuição de casos nas regiões onde se aplicava o isolamento dos doentes). Esse Relatório ganha importância quando, em 1879, o bacteriologista alemão Albert Neisser divulga seus estudos afirmando ser um bacilo o agente causal da lepra, conclusão a qual havia chegado após positivos resultados de coloração dos bacilos (a ele confiados por Hansen) por meio das técnicas desenvolvidas por Carl Weigert e Robert Koch. A teoria microbiana da lepra, no entanto, rendeu discussões no mundo científico, já que o laboratório não permitia verificar os três postulados de Koch-Henle (isolamento, cultura e inoculação). Em 1897, no Primeiro Congresso Internacional de Lepra, em Berlim, Hansen expõe argumentos epidemiológicos fundamentando os resultados da sua pesquisa; as práticas de isolamento dos doentes emergem assim como resposta ao problema do aumento da doença. Já na década de 1890, com a repercussão desses eventos, ocorre internacionalmente um movimento pela organização de estabelecimentos para leprosos e aprovação de legislação para controle “do perigo eminente da lepra”. Vários países aprovam leis de discriminação. Torres (2004).

As diversas experiências de isolamento como a ocorrida na ilha no Hawaí; a norueguesa iniciada em 1830, em Bergen, com a construção de hospitais para a terapêutica, o desenvolvimento de pesquisas sobre a doença, o estabelecimento de uma Junta Sanitária para controle da enfermidade por técnicos locais com ações educativas e higiênicas; e a alemã de ataque à lepra em suas colônias na África (Togo e Camarões) na década de 1850 e, em 1896, na sua cidade portuária de Memel, com a construção de instituições para assistência aos doentes e o estabelecimento de parceria com instituições evangélicas, segundo Bechler (2009), Torres (2002) e Monteiro (1995), repercutiram e foram repensadas quando no Brasil, a partir da década de 1910, a lepra se transformava em um problema de saúde pública. Os discursos, no Brasil, passam a indicar o isolamento como necessário, a questão era definir o tipo que seria adotado.

Em 1904, durante o Congresso Internacional de Dermatologia, ocorre a ratificação da unicausalidade da lepra por meio do contato com o indivíduo doente. Contagionistas e

cometido uma falta. No que concerne às causas naturais, as doenças dependem das estações e no corpo a doença se manifesta por meio do conflito dos humores e a saúde é a reconquista de sua harmonia.

anticontagonistas discutiram, em consequência, as práticas terapêuticas a serem implantadas. Os primeiros, identificados com as novas vertentes científicas, microbiologia e epidemiologia, e buscando afastar a doença da ideia de predisposição do corpo ou do meio, enfatizaram o isolamento pela ação do Estado na questão sanitária e na construção de quadros de doentes. Os segundos eram partidários da melhora nas condições de higiene e alimentação dos doentes, defendendo, portanto, intervenção no meio, nas relações e no espaço social, segundo Cabral (2009), sendo dessa forma facilmente relacionados com um modelo que se poderia considerar em desuso.

Em 1904 enfatizando a discussão sobre o isolamento insular de leprosos, Oswaldo Cruz (Diretor Geral da Saúde Pública) defende o estabelecimento de “colônias”, considerando que as ilhas facilitavam a vigilância e que a Ilha Grande, que já possuía uma estrutura sanitária para tanto, seria uma solução plausível para o problema, segundo Cunha (2010). Ana Albano Amora explica que essa ideia havia sido lançada, em 1900, pelo médico José de Magalhães em “*Colonização dos Morpheticos*”. Em 1913, insistindo no tema, define como sendo um espaço isolado onde o interno pudesse manter as mesmas atividades, e ser produtivo e autossuficiente (Amora 2008 p. 6). Em 1918, a partir das recomendações de José de Magalhães e Oswaldo Cruz, o projeto foi materializado no desenho do arquiteto Adelardo Soares Caiuby e implantado pela Associação Protetora dos Morféticos de São Paulo, constituindo a colônia Santo Ângelo.

Em 1915, constituiu-se a Comissão de Profilaxia da Lepra dentro da qual os representantes das Sociedades Médicas da capital federal elaborariam estudos e um Relatório que seria a base para um projeto de lei, segundo Souza-Araujo (1946, p. 124). As discussões acerca desse tema, desenvolvidas pela Comissão entre os anos de 1915 e 1919, tiveram fim com a definição das colônias agrícolas como sendo o modelo para o isolamento de leprosos, que permitia a manutenção da vida social e o resguardo da população sadia. O protótipo arquitetônico estabelecido foi o leprosário Santo Ângelo. Essa decisão tomou força de lei por meio de um decreto federal que, ao definir esse modelo como preferencial, indicava como característica um espaço amplo que permitisse a construção de hospital, creche orfanato, asilo (Decreto Federal n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, artigo 139 parágrafo primeiro). Na legislação nacional, estabeleceu-se ainda a aceitação do isolamento em asilos, sanatórios, hospitais ou em domicílio, para doentes não contagiantes e cujas condições financeiras permitissem cumprir as exigências impostas pelas autoridades sanitárias. Os Regulamentos construídos a partir da definição do isolamento como centro da profilaxia antileprótica expandem o poder de intervenção sanitária para além do doente; atinge família, trabalho, domicílio, casamento, etc, segundo Cabral (2009).

A recém-criada Inspetoria de Profilaxia da Lepra das Doenças Venéreas e do Câncer (1920) atuava em diversos estados por meio da Diretoria de Saneamento Rural e em acordo com os governos estaduais. O objetivo dessa instituição era o estabelecimento de estatísticas precisas sobre mortes causadas pela enfermidade, varredura sanitária nas residências onde houvesse óbitos, criação de leprosários, dispensários e educação sanitária. Essas determinações são reafirmadas em 1923 por meio do Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro (artigo 445, inciso X), do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, que expandia o quadro de doenças consideradas de notificação compulsória, segundo SANTOS, FARIA e MENEZES (2008) e Cunha (2005). Nesse documento, indicava-se a notificação obrigatória, o levantamento do censo de leprosos, o isolamento obrigatório (domiciliar ou institucional), a vigilância sanitária dos domicílios de doentes e de comunicantes, a assistência pecuniária aos isolados e suas famílias, a proibição de atividades laborais por parte dos leprosos, a proibição de entrada no país de estrangeiros atingidos pela lepra, o impedimento de amamentação natural por leprosas, a segregação dos filhos de pais doentes e a educação higiênica da população acerca dos riscos e condições de contágio da doença, segundo Silva Araújo (1927).

Em 1924, o presidente de Goiás, Miguel da Rocha Lima, demanda ao Congresso o estudo da legislação federal para observação do que poderia ser aproveitável ao estado, insistindo no tocante ao “combate às endemias dos campos e outras moléstias contagiosas”, segundo Lima (1924). Essa legislação deu origem, em 1925, durante o governo de Brasil de Ramos Caiado, ao Serviço Sanitário Estadual e era fundada na tese da relação entre progresso e civilização exposta na sua introdução⁷.

O Regulamento do Serviço Sanitário do Estado, de 1925, mostrava a importância que as doenças infectocontagiosas ganhavam naquele período. Vários artigos apreciavam a sua profilaxia e a importância de pesquisas sobre os fenômenos mórbidos. Indicava a necessidade do estudo da natureza, etiologia, tratamento e meios profiláticos relativos às enfermidades transmissíveis; no que concerne especificamente à lepra, recomendava, pela primeira vez, a responsabilidade do Estado de oferecer a assistência ao doente e determinava a necessidade de seu isolamento, segundo Caiado (1927). Refletia a legislação federal e o desejo de firmar acordo com essa esfera, o que se consubstanciaria em verbas, segundo Lima (2009).

Naquele momento, eram médicos o governador Brasil de Ramos Caiado e o diretor do Serviço Sanitário Humberto Martins Ribeiro. O Serviço Sanitário era formado por uma diretoria-geral

⁷ Criado pela Lei 781 de 16 de julho de 1925, regulamentando e posto em execução pelo Decreto 8.968 de 23 de abril do ano de 1925 e instalado a 30 de julho de 1928, sob a direção interina do médico Humberto Martins Ribeiro, então nomeado delegado de saúde da 1ª zona, que tem nesta capital a sua sede.

sediada na capital e cinco delegacias (situadas na cidade de Goiás, Ipameri, Rio Verde, Posse e Porto Nacional). Cada delegacia responsabilizava-se pela criação de inspetorias em cada um de seus municípios. O Regulamento Sanitário identificava as principais preocupações médicas locais: profilaxia das doenças transmissíveis, constituição de polícia sanitária, combate a epidemias e vacinação, assistência aos morféuticos, saneamento rural, organização da propaganda e educação sanitária, assistência sanitária nas escolas e fiscalização das atividades médicas (medicina, farmácia, odontologia e obstetrícia). A microbiologia era concepção relativa ao conhecimento médico que delimitava aquelas ações e que levava a Secretaria do Interior a contratar um médico microbiologista (Bernardo Antônio de Faria Albernaz Filho) para encarregar-se daquele novo setor que ficava anexo à Diretoria Sanitária, segundo Caiado (1927).

A alusão da necessidade do isolamento e da responsabilidade do Estado em prestar assistência aos doentes era respondida, pelo poder público local, na compra de um terreno para construção do Leprosário de Goiás e no estabelecimento de um imposto sobre a circulação no Rio Araguaia, cuja renda seria revertida para a obra. O governo do estado juntou-se a esse esforço popular “oficiosamente, de modo a lançar as vistas para o grave problema, chegando a cobrar uma taxa de 200 réis por pessoas que embarcassem na Estrada de Ferro “Goiás” ou passassem pelos nossos portos fluviais, Lei 812, de 2 de agosto de 1926, para auxiliar a manutenção e construção de um leprosário na então capital de Goiás”, segundo Almeida (1937). Além disso, as esperanças se concentravam na constituição da Associação Pró-Lázarus da Capital e na organização de campanhas de doação de valores para a construção do edifício por meio da filantropia. O projeto de construção do Leprosário de Goiás teve importante repercussão, estendeu-se até o ano de 1939, mas nunca se concretizou. Seu projeto, no entanto, popularizou o problema e rendeu a constituição de diversos discursos médicos e políticos reforçando o medo do contágio e a necessidade de isolamento dos doentes.

AS INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS E A DIVULGAÇÃO DO DISCURSO DO ISOLAMENTO EM GOIÁS NAS DÉCADAS DE 1920 E 1930

A carência de assistência médica e a presença de um grande número de atingidos pela lepra, divulgadas pelos discursos dos médicos sanitaristas que visitaram a região, podem ter sido, junto à expansão do trabalho da Missão Evangélica Sul Americana, os propulsores da construção do primeiro leprosário filantrópico em Goiás. O estabelecimento da Ilha do Bananal (ou Leprosário Macaúbas)⁸ foi construído em 1925 pelos missionários Josiah Wilding e Archibald Machintyre. Até 1937, o Leprosário

⁸ Inicialmente, o objetivo da Missão União Evangélica Sul Americana era a evangelização dos índios Carajás no norte do estado de Goiás (atualmente Tocantins). Esse leprosário foi construído na Ilha do Bananal, no distrito de Macaúbas, que, segundo a divisão administrativa da época, fazia parte e estava subordinado ao município de Goiás.

possuía a assistência hospitalar ofertado pela médica e missionária Rettie Buchan, auxiliada por uma enfermeira no trabalho cotidiano de auxílio médico, espiritual e material. Com a morte do Reverendo Josiah Wilding e a transferência da médica responsável para a cidade de Anápolis, em 1937 o Reverendo Archibald Russel Macintyre assumiu a direção da instituição⁹ e expandiu as ações com a construção de um hospital e uma farmácia.

A instituição, na Ilha do Bananal, atendia em 1933, a 53 indivíduos, estritamente como obra caritativa, o que reafirmava o caráter filantrópico das pessoas envolvidas e da instituição religiosa a que pertenciam, segundo a Revista A Informação Goyana (1932). Segundo o filantropo Eliel de Almeida, o Leprosário estabelece-se, a partir de 1934, como “uma instituição devidamente registrada como pessoa jurídica de Direito Privado” e passa a receber, a partir de 1937, o apoio estadual e municipal para as ações desenvolvidas, segundo o Diário Oficial (1936) e o Jornal Cidade de Goiás (1940).

Embora, a partir de 1940, o município de Goiás tenha suprimido a subvenção que prestava à instituição, o seu diretor continuava a buscar o auxílio para sua manutenção e de seus internos¹⁰; já que, segundo afirma a partir dessa data, os “27 leprosos [que] constituem a colônia, longe de tudo e de todos tendo para auxiliá-los somente donativos particulares”, defendem sua subsistência “fazendo suas roças, possuindo gado, engenhos de madeira e ferro para o fabrico de rapadura, tachos de cobre, tudo isso a custa de minguados auxílios”, segundo o Jornal Cidade de Goiás (1940).

A segunda instituição filantrópica, também ligada à ação protestante, foi erigida em 1929 na cidade de Catalão, que se constituía como um polo de desenvolvimento econômico regional e vivia um considerável crescimento populacional. Por isso a importância dada à iniciativa de uma enfermeira inglesa, “distinta senhora”, residente na cidade: “D. Helena Bernard, compadecendo-se profundamente da miséria e absoluto abandono em que viviam os hanseneanos, tomou consigo a deliberação de organizar-lhes um pequeno serviço de assistência”, segundo Brito (1946).

O empreendimento de Catalão contou com a participação da população na oferta de serviços, verba para ajudar na manutenção e apoio político. As verbas advindas de Nova Iorque e Londres eram arrecadadas entre os religiosos da congregação. Assim, a cidade absorvia as benesses de ver retirados do

⁹ A médica sanitária e missionária, originária de Glasgow, na Escócia, produziu um relato sobre sua experiência, no livro *Semeando em lágrimas* (do original *Sowing in tears*). Segundo suas memórias, a mudança na direção do leprosário teria sido causada pela morte do missionário Josiah Wilding, vitimado pela malária, e a transferência da viúva para a cidade de Anápolis, passando a instituição para a responsabilidade de Macintyre.

¹⁰ A prefeitura da cidade de Goiás parecia prestar apoio à instituição. É o que se nota na resposta dada pelo prefeito da cidade a um comerciante referente a um pedido de compra “a preço de tabela” de dois sacos de sal “destinados aos leprosos da Ilha do Bananal”. Ofício do prefeito da cidade de Goiás Divino de Oliveira ao comerciante Wadjou Rocha Lima. Ofício n. 330. Goiás, 13 de outubro de 1943.

espaço público e assistidos médico, material e espiritualmente os seus doentes. O apoio das autoridades, elites e população local foi exposto por meio de doação pela prefeitura do terreno, onde o edifício seria erigido, da doação de gêneros alimentícios pelos fazendeiros, da facilitação da aquisição de materiais de construção pelos comerciantes, e da mão de obra dos fiéis e da população em geral. Brito insiste que “Esse leprosário foi obra, inteiramente, de esforços particulares”. Segundo afirma a revista *A Informação Goyana* (1932, p.1690), a 20 doentes eram atendidos, já em 1932, com o trabalho da enfermeira e filantropa Helena Bernard que havia sido “matrona de um grande hospital em Glasgow na Escócia”, de onde era originária.

Segundo insistia, em artigo, o *Jornal de Catalão* (1929), ela tinha formação em enfermagem e possuía experiência com a atividade filantrópica e médica, com trabalho em regiões atacadas pela lepra como a África e a Índia. Estando capacitada para “cura[r] os doentes em 1º grau, paralisa[r] a moléstia aos do 2º, e mitiga[r] o sofrimento dos que já forem considerados desenganados, tratando-os pelos mais adoentados processos médicos e higienicos descobertos recentemente”. Insistia o discurso advindo daquela instituição na capacidade de aplicação de curativos e medicamentos “mais apropriados e modernos”, ofertados “a custa do próprio instituto”. Contando com residência para os doentes e suas famílias, uma clínica médica e farmácia, o que o caracterizava, “não é somente uma simples casa de caridade, para doentes miseráveis, capeada com esse pomposo titulo, mas, sim, uma enfermaria grátis para os leprosos”. O Leprosário prestava assistência aos doentes e a seus familiares, o isolamento dos doentes da população local fazia-se mantendo a estrutura familiar desses indivíduos, como afirmaria o médico Sebastião Mendonça de Brito (1946): durante sua existência, “[s]egregou setenta e quatro doentes contagiantes e oitenta e nove enfermos e famílias receberam tratamento médico”.

Em Anápolis, cidade que despontou como espaço de atração de população e de investimentos econômicos nas décadas de 1920 e 1930, constituiu-se a terceira experiência filantrópica. No caso em análise, as atividades filantrópicas ligavam-se ainda ao interesse evangélico, pois, junto à oferta de assistência médica, apresentavam-se também práticas de proselitismo religioso. Quanto ao trabalho filantrópico a que deu origem, o missionário e médico James Fanstone comentou, explicando as condições de sua criação, que as enfermeiras e missionárias do seu hospital “gostavam de visitar e dirigir reuniões evangélicas nas cabanas de pessoas muito pobres do outro lado da cidade”, o que o teria atinado a comprar naquela localidade uma cabana que servia “como sede de assistência clínica nas quartas-feiras à tarde e trabalhos evangélicos nos domingos à tarde”, segundo Borges (1975). De acordo com a escrita da missionária Rettie Wilding “... havia quatro clínicas externas [ao Hospital Evangélico de Anápolis de propriedade de James Fanstone] por semana; duas para leprosos e duas para os pobres”,

segundo Wilding (1979) e Feitosa (2002). Eliel de Almeida insiste que foi esse médico que “abriu no subúrbio da cidade um pequeno ambulatório para medicar os hansenianos residentes mais próximos”, que posteriormente foi “entregue à Conferencia S. Vicente de Paulo, daquela cidade”, permanecendo sob sua administração (05 de out. de 1937). O processo de edificação e crescimento da instituição foi explicado por meio da força econômica da região que atraía novos imigrantes.

Anápolis, com sua fama de grande centro produtor e comercial, o que lhe dá regalias de boa classificação entre as suas irmãs, para ela afluem não somente os que pretendem explorar as suas possibilidades mas também os infelizes em busca de socorros e auxílio para as suas dificuldades.

Assim, por iniciativa do Revmo. Cônego Abel, já em 1932 era fundada nesta cidade a Conferência de São Vicente de Paula, que se encarregou de construir o Asilo do mesmo nome e também próximo aos subúrbios, pequenas casas a-fim de isolar os hansenianos, então perambulando pelas ruas numa promiscuidade lamentável e perigosa.

Sob a direção de homens caridosos e abnegados, vem se mantendo aquelas instituições de caridade, para as quais também teem concorrido, com algumas subvenções, o Estado e o Município. *Jornal Anápolis* (1943).

Consoante os jornais, a comunidade de Anápolis colaborou intensamente, segundo Arimathéa (2007). Haydée Jayme Ferreira comenta que “até 1931 os leprosos perambulavam livremente pelas ruas”, causando problemas para a população local, posto que a atitude era considerada um risco para a saúde pública (Ferreira 1979 pp. 174-176).

A partir de 1939, os jornais empreenderam na cidade uma intensa campanha de divulgação da atividade filantrópica e conseqüentemente do problema da doença, do risco do contágio e da necessidade de isolamento e assistência. Cobravam o sentimento caritativo em relação aos pobres para a diminuição do número de doentes miseráveis nas ruas, que, afirmavam, havia aumentado diante do encarecimento da vida em decorrência da Guerra. Elogiavam, incentivando a imitação, os “belos gestos de caridade” dos ricos empresários locais. Os jornais serviam de porta-voz dos “habitantes do leprosário de Anápolis”, que agradeciam “por intermédio destas colunas” a todos os “abnegados” colaboradores, segundo o *Jornal Anápolis* (1941) e *Goiás Novo* (1939).

Torres (2002, p. 24) afirma que, principalmente na Inglaterra, no final do século XIX, desenvolveu-se um verdadeiro sentimento de “leprofilia”, decorrente do ressurgimento de uma doença que se considerava extinta desde a Idade Média e, desse sentimento, revitalizaram-se instituições caritativas já esquecidas, mas importantes no financiamento de atividades voltadas para o cuidado dos doentes em várias regiões. Em seu trabalho, ela cita como principais exemplos a Missão Britânica para os leprosos, nascida em 1874, e o Fundo Nacional da Lepra de 1889. No entanto, esse ressurgimento dessas instituições se faz considerando novos conceitos e especificidades históricas. Como afirma

Michel Foucault (2004), durante muito tempo os lugares ocupados pela lepra, às margens das cidades, eram espaços do desumano e se formavam em função de práticas de purificação e exclusão. No século XX, em Goiás, no entanto, é a humanização das práticas de tratamento da doença que permite a construção desses locais específicos para internamento e tratamento dos doentes. Por isso, a ação da polícia médica goiana demonstra tanto a preocupação com o esquadramento do espaço e a higiene pública quanto a luta contra uma prática que se avizinhava ao modelo passado. As instituições filantrópicas elaboraram, em lugar do leproso enquanto um excluído, o interno. Tinham caráter religioso e de ordem pública, e exprimiam ao mesmo tempo a caridade e a previdência governamental.

O REGULAMENTO E A REVISÃO DO MODELO INSTITUCIONAL

O Regulamento de Saúde Pública de 1932 versava sobre temas diversos do regimento do serviço de saúde: a organização administrativa e técnica do órgão, a profilaxia das doenças transmissíveis, o exercício das profissões médicas, a higiene escolar, a polícia sanitária, a higiene pública, a fiscalização dos gêneros alimentícios, seu fabrico e comércio, etc. Em suma, minuciosamente, o documento normatiza, penetra e interfere em todos os recantos e meandros da vida da população segundo Campos (1999).

Naquilo que diretamente interessa ao nosso estudo, os elementos tocantes à profilaxia das doenças transmissíveis, a lepra ocupa lugar de destaque. Do artigo 304 ao artigo 362, são prescritas as normas para a organização do serviço de profilaxia, considerando a organização do censo, a prescrição de exames laboratoriais e clínicos para detecção de novos casos, as providências quando da notificação de casos suspeitos ou confirmados, a tipologia dos estabelecimentos para isolamento e cuidado dos doentes, e as determinações quanto ao tratamento domiciliar.

Fundamentalmente, os artigos 321 a 323 regulamentam a relação entre o governo do estado e os estabelecimentos particulares e filantrópicos. O estado prevê no documento acordo com essas instituições que tinham “por fim prestar assistência aos leprosos pobres, de modo a lhes permitir o isolamento domiciliário ou nosocomial”, desde que se subordinassem ao regulamento e tivessem licença da Diretoria de Higiene. Em caso de inconvenientes profiláticos ou inobservância de preceitos relativos ao bem da saúde coletiva, era facultada o fechamento ou a intervenção administrativa na instituição. No Regulamento de Saúde é reafirmada a contraposição ao modelo de assistência material e espiritual próprio dos leprosários-asilos existentes na capital e na cidade de Meia Ponte (Pirenópolis) durante boa parte do século XIX: o caráter profilático, nosocomial e isolacionista. Essa ruptura para

com o modelo institucional anterior se apresenta no reforço de que se tratava de “hospitais para leprosos” e não de abrigos, segundo o Regulamento (1932).

Nos municípios, onde havia autoridades sanitárias, exigia-se a organização do Censo da Lepra, denúncias e providências contra a presença de doentes nos espaços públicos, diagnóstico dos casos suspeitos, notificação dos confirmados, requisição de exames para confirmação em laboratórios dos suspeitos e seu respectivo expurgo, desinfecção e remoção. As ações administrativas se agitavam em torno da organização das fichas do censo, inspeção e fiscalização dos asilos, hospitais de leprosos, dispensários - para verificação de irregularidades - e desenvolvimento de campanhas de educação profilática, segundo o Regulamento (1932), que também expandia o braço da polícia médica, além dos profissionais da saúde, chefes de família, proprietários ou diretores de habitações coletivas, dirigentes de estabelecimentos comerciais, industriais e agrícolas; diretores de escolas, asilos, hospitais, casas de saúde e congêneres tinham a obrigatoriedade de informar os casos suspeitos ou confirmados, segundo Martins (1973). O pensamento médico goiano estava em acordo com a vanguarda nos aspectos da administração da atenção social e de saúde pública, os médicos compartilhavam dos preceitos de controle estatal desses setores, contudo “a implementação das disposições do regulamento esbarrava, (...), na insuficiência dos recursos estaduais”, segundo Freitas (1999).

O artigo 331 previa que os estabelecimentos deveriam “possuir condições de conforto, meios de diversões para os internados, de modo a lhes suavizar o isolamento”. Precisavam ser “localizados em sítios aprazíveis, devendo oferecer condições de proteção eficaz para as populações vizinhas”. Essas condições de segurança deveriam ser fiscalizadas pela Diretoria de Higiene e pela Secretaria de Segurança e Assistência Pública, segundo o Regulamento (1932, p. 94), que também previa o cuidado com o asseio corporal, a desinfecção dos excretos, o afastamento dos focos de procriação de mosquitos culicídeos e outros hematófagos (considerando a possibilidade de transmissão por mosquitos), a possibilidade de vivência comum entre cônjuges, mesmo no caso de um deles em boas condições de saúde (se consentida), o afastamento dos filhos para seções especiais localizadas nas zonas sadias das colônias (embora estas zonas não estejam definidas ou denominadas no documento), a indicação do trabalho dos internos no nosocômio e a não reutilização dos utensílios manuseados por doentes. Ainda no que concerne às questões de interferência no espaço privado, se estabelecia: a desinfecção e expurgo dos domicílios pertencentes aos doentes; o impedimento de produção ou comércio de quaisquer produtos; impedimento do trânsito entre municípios ou estados sem prévia autorização; o impedimento de frequência escolar de crianças advindas de lares onde havia doentes, mesmo sãs; e a proibição de quaisquer funções que possibilitassem o contato com o público. O Regulamento foi revisado em 1938

diante das transformações da política sanitária e, em especial, da construção de novas instituições. Os acréscimos, no que concerne à política antileprótica, foram no sentido de somar, às exigências de controle social, disciplina e imposição do saber médico, o modelo institucional em construção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que percebemos, nessa análise, é que o resultado da divulgação dos discursos produzidos através de todas as campanhas filantrópicas, da ação dessas instituições, da polícia médica sanitária, da divulgação da legislação relativa à doença, foi a constituição, popularização e reforço da necessidade do isolamento como medida profilática por excelência em relação ao problema da lepra no estado. Tais discursos fortaleceram ainda o saber/poder médico, o que justificaria, posteriormente as suas ações no que se refere ao controle daquela enfermidade, inclusive o enclausuramento de população sadia (como os filhos de leprosos isolados em leprosários que foram colocados em preventórios).

Como podemos notar, além do simples exercício da filantropia, fica claro que é o desenvolvimento de um trabalho pedagógico e religioso de aceitação do isolamento em prol da felicidade pública que se estabelece a partir da década de 1920. A pedagogia de origem religiosa, mas de conteúdo sanitário, emergia nos discursos e formava também a população sadia para a aceitação do isolamento compulsório que seria posto em prática na década de 1940, assim como para uma autoridade política de disciplinamento e de esquadramento do espaço público.

Por fim, o estabelecimento da política antileprótica na década de 1940 e a construção dos espaços de assistência e isolamento aos doentes significaram a reorganização da agenda política social a partir do Estado. Nesse processo, doentes, instituições filantrópicas, Estado, por meio de suas instituições, tiveram diferentes opções e posicionamentos. Para os enfermos, delineava-se uma nova opção de sobrevivência. Quanto às instituições filantrópicas, o momento histórico indicava-lhes a inserção, de alguma forma, no projeto estatal, o desaparecimento decorrente da falta de investimento público ou a existência no ostracismo, ignoradas pelo poder público e excluídas dos debates. Por isso a divulgação do fechamento dos leprosários quando da inauguração em 1943 da Colônia Santa Marta em Goiânia. Para o Estado, vê-se, pelo discurso, o fortalecimento de seu braço interventor, normatizador e disciplinador, ou seja, a melhor expressão de seu poder no campo social. O que temos em 1943 com a Colônia Santa Marta é uma revisão do modelo institucional com o reforço do isolamento a partir do medo resultante da definição e propaganda do risco do contágio da doença, a partir de então, e de todo o trabalho pedagógico de construção do problema da lepra ocorrido nas duas décadas anteriores, justificava-se toda a violência daquele sistema profilático.

REFERÊNCIAS

- Almeida EM de, 1937. *O Problema da Lepra – A Lepra em Goiás XII*. CORREIO OFICIAL. Arquivo Histórico Estadual de Goiás. Goiânia, 5 out.
- Amora AA, 2008. *Utopia ao Averso nas Cidades Muradas da Hanseníase: O contexto da Colônia Santa Teresa em Santa Catarina*. Seminário de História da Cidade e do Urbanismo, v. 10, n. 3, p. 6.
- Araujo HCS, 1937. A lepra e as organizações anti-leprosas do Brasil em 1936. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 32, n. 1.
- Arimathéa A, 2007. *Anápolis: suas ruas – seus vultos – nossa história*. Goiânia: Papillon Gráfica.
- Bechler RG, 2009. Muito mais do que isolamento em questão: ciência, poder e interesses em uma análise das duas primeiras conferências internacionais de lepra – Berlim 1897 e Bergen 1909. *Revista Temporalidades: Revista do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 1, n. 2, ago.-dez, p. 186.
- Bériac F, 1988. *Histoire des lépreux au moyen âge: une société d'exclus*. Paris: Editions Imago.
- Borges HC, 1975. *História de Anápolis*. Goiânia: Ed. Cerne, p. 111.
- Brasil, 1923. *Decreto Federal n. 16.300*, de 31 de dezembro, artigo 139 parágrafo primeiro.
- Brasil, 1936. Diário Oficial do Estado de Goiás. *Auxílio às Nossas Instituições de Caridade*. Arquivo Histórico Estadual de Goiás. Goiânia, 10 nov.
- Brito SM de, 1946. *Dados Históricos sobre a campanha contra a lepra em Goiaz*. Revista Educação e Saúde. n. 29-30. Secretaria de Estado de Educação e Saúde de Goiaz. Imprensa Oficial. Goiânia, ago.-set, pp. 51-54.
- Cabral D, 2009. *Uma profilaxia ímpar: o lugar da lepra entre as endemias nacionais*. ANPUH – XXV Simpósio Nacional de História – Fortaleza.
- Caiado B de R, 1927. *Serviço Sanitário*. Mensagem enviada ao Congresso Legislativo do estado de Goyaz a 4 de junho de 1927, pelo presidente dr. Brasil de Ramos Caiado. *Correio Oficial do Estado de Goyaz*, n. 1298, p. 15.
- Campos FI, 1999. *Serviço de higiene: origem da saúde pública em Goiás*. In: Freitas LCB de (Org.). *Saúde e doença em Goiás: a medicina possível: uma contribuição da história da medicina em Goiás*. Goiânia: Ed. UFG.
- Campos FI, 2002. *Mudança da Capital: Uma Estratégia de Poder*. In Goiânia: Cidade Pensada/Tarcísio Rodrigues Botelho... [et al.] – Goiânia: Ed. UFG.
- Cunha V da S, 2005. *O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação (Mestrado) – Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Cunha V da S, 2010. Isolados ‘como nós’ ou isolados ‘entre nós’?: a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, out.- dez, p. 947.

- Delaporte F, 2004. *Épidémie*. In: Lecourt D. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, p. 363.
- Estado de Goiás, 1932. Regulamento de Saúde Pública do Estado de Goiás*. Arquivo Fundação Cultural Frei Simão Dorvi. Goiás, pp. 92-93.
- Feitosa JM, 2002. *A influência evangélica na sociedade de anápolina*. Dissertação de mestrado Universidade Católica de Goiás. Goiânia, p. 77.
- Ferreira HJ, 1979. *Anápolis, sua vida, seu povo*. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, pp. 174-176.
- Foucault M, 2004. *História da Loucura: na Idade Clássica*. – São Paulo: Perspectiva.
- Foucault M, 2009. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. São Paulo: Ed. Loyola.
- Freitas LCBF de, 1999. *Goiânia: Locus privilegiado de Saúde*. In: Freitas LCBF de (Org.). *Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível: uma contribuição para a história da medicina em Goiás*. Goiânia: Ed. UFG, p. 273.
- Gomide LRS, 1993. *Discurso médico e ação profilática: a hanseníase em questão*. *História e Perspectivas*, Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, Curso de História, n. 8.
- Jardim JR, 1835. *Relatório que á Assembleia Legislativa de Goyaz apresentou na sessão ordinaria de 1835, o exm. presidente da mesma provincia, Joze Rodrigues Jardim*. Meyaponte: Typ. Provincial, pp. 9-10.
- Jornal da Cidade de Goyas, 1940. *Ainda o caso do Leprosário*. Arquivo do Gabinete Literário Goiano. Goiás, 21 de julho de 1940.
- Jornal de Anápolis, 1941. *Os belos gestos de caridade*. Arquivo Histórico Estadual de Goiás. Coleção Jornais n. 239. Anápolis, 25 de dezembro.
- Jornal de Anápolis, 1943. *Vai ser inaugurado o Leprosário de Goiânia*. Arquivo Fundação Cultural Frei Simão Dorvi, ano VIII, n. 389. Anápolis, 21 de fevereiro.
- Jornal de Catalão, 1929. *Leprosário em Catalão*, n. 21, 1º set. Coleção de Jornais n. 229. Arquivo Histórico Estadual de Goiás.
- Jornal Goyaz Novo, 1939. *Pelo amor de Deus*. Arquivo Histórico Estadual de Goiás. Coleção Jornais nº 238, 22 out.
- Lima ZMM, 2009. *Uma enfermidade à flor da pele: a lepra em Fortaleza (1920-1937) – Fortaleza*. Museu do Ceará: Secult.
- LIMA, Miguel da Rocha. *Saúde Pública*. Mensagem apresentada ao congresso legislativo a 13 de maio de 1924 pelo coronel Miguel da Rocha Lima, presidente do Estado. Goyaz, 1924. Disponível em: <http://www.crl.edu/brazil/provincial/go>. Acesso em 09 dez. 2012.
- Martins EP, 1973. Notificação de doenças transmissíveis e suas implicações legais. *Revista de Patologia Tropical*, v. II, n. 3, jul-set.

Monteiro YN, 1993. *Doença e estigma*. Revista de História, São Paulo, n. 127-128, p. 131-139, ago.-dez. 1992/jan.-jul.

Monteiro YN, 1995. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo.

Oliveira D de, 1943. Ofício do prefeito da cidade de Goiás Divino de Oliveira ao comerciante Wadjou Rocha Lima. Ofício n. 330. Goiás, 13 de outubro.

Revista a Informação Goyana, 1932. *Leprosários de Goiás*, (Coleção fac-similar). out, p. 1690.

Salomon M, 2003. Segurança do território e segurança da população. *Proj. História* (27), São Paulo, p. 16, dez.

Santos LA de C; Faria L; Menezes RF de, 2008. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Revista Brasileira de estudos Populacionais* [online], v. 25, n. 1. Disponível em: < www. Scielo.br >. Acesso em: 16 out. 2012.

Silva Araújo O, 2008. A profilaxia da hanseníase e das doenças venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, pp. 195-253, 1927. *Apud* Santos LA de C; Faria L; Menezes RF de, *op. cit.*.

Silva LF da, 2013. “Eternos Órfãos da Saúde” [manuscrito]: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962). Tese de doutoramento. Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

Souza Araújo HC de, 1946. *História da lepra no Brasil, períodos Colonial e Monárquico (1500-1889)*. v. I. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

Torres DO, 2002. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciência en Colombia*. Medellín: Banco de la República, Fondo Editorial Universidad Eafit.

Torres DO, 2004. *Lèpre*. In *Dictionnaire de la pensée médicale*. Lecourt DP. Paris, pp. 673-677.

Wilding R, 1979. *Semeando em Lágrimas*. Goiânia: Aplic.

Construction of Leprosy in Goiás: Contagion and isolation (1890-1943)

ABSTRACT

This paper presents an analysis of the process of the construction of leprosy in Goiás from the observation of the statements of those involved in the development of health policies in the state between 1890 and 1943. This time frame is due to the fact that we regard the local establishment of a discourse that constructs the disease prior to the development of the so-called institutional tripod for its control. During this period, arguments are made justifying the need of isolation of those affected in

order to protect healthy individuals. Such assertions highlighted the need of the institutional tripod made up of the leprosarium (for the isolation of the diseased), the preventive facility (for removal and care of the children of isolated patients) and the dispensaries (in charge of monitoring those who had had close contact with the diseased, so-called communicators). The core problem that guides the research is to think what is the central role of the institutions established previously to the attack tripod to leprosy in the definition of welfare policies to patients in the state? How competent were the discourses produced concurrently with the setting up of these establishments for the transformation of the disease relating it directly to the risk of contagion and the need of isolation of the patients?

Keywords: History; Health and Disease; Goiás; Leprosy/Hansen's Disease.