



Recensão bibliográfica:

Cabral, D. (2013). *Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

**Christiane Maria Cruz
de Souza**

Instituto Federal de
Educação, Ciência e
Tecnologia da Bahia,

Núcleo de Tecnologia em
Saúde, Brasil.

chrisacruz160@gmail.com

Por longo período, o campo história da saúde e da medicina permaneceu restrito aos domínios de médicos e profissionais da saúde interessados em historiar a sua profissão e registrar a evolução e os progressos técnicos e científicos de sua área de atuação. Progressivamente, os historiadores começaram a se apropriar da temática e estudos no âmbito da história da medicina, história da saúde pública e história sociocultural da doença ganharam destaque nas universidades europeias, norte-americanas e latino-americanas. O Brasil seguiu essa tendência, com uma produção crescente de trabalhos historiográficos, desenvolvidos principalmente no âmbito dos programas de pós-graduação e nas instituições de pesquisa desde as duas últimas décadas do século XX. Atualmente, o campo vem se firmando como uma área importante para a compreensão da sociedade brasileira e suas problemáticas.

Os trabalhos pioneiros, produzidos no Brasil no contexto da ditadura militar e do processo de redemocratização do país, inspiraram-se, em grande parte, nas análises de Michel Foucault, destacando a relação entre conhecimento, profissão e poder. Já a recente produção historiográfica sobre medicina, doença e saúde pública tem aprofundado o diálogo entre as ciências humanas, sociais e biomédicas, o que muito contribuiu para enriquecer e aprofundar as discussões. O livro *Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil (1894-1934)*, da autoria de Dilma Cabral, segue essa tendência.

O título do trabalho sugere o viés de análise adotado autora e os caminhos que ela irá percorrer ao longo do texto. Ao entrelaçar doença, medicina e políticas públicas, Dilma Cabral assumiu a influência de Charles

Recepção: Set. 2013.

Aprovado para
publicação: Nov. 2013.

Rosenberg (1992), para quem a doença é de imediato um evento biológico, indissociável de seus aspectos naturais, mas que ao incidir em um contexto humano, constitui-se, igualmente, em evento social. Para Rosenberg (1992), o processo de reconhecimento e racionalização de tal fenômeno biológico reflete não só mudança do conhecimento e das tecnologias médicas, mas também influências mais amplas, tais como valores sociais, concepções políticas e culturais. Inclui, igualmente, elementos cognitivos e disciplinares que estruturam o cuidado médico e as políticas públicas que regulamentam o comportamento coletivo e individual. Assim, o esforço de cognição do processo saúde-doença sofre influência do contexto em que a enfermidade emerge, mas pode provocar também respostas políticas, científicas, tecnológicas, econômicas e socioculturais que interferem em tal contexto.

O título anuncia, também, que se trata de uma discussão sobre a lepra, denominação dada à doença no intervalo de tempo escolhido pela historiadora: 1894-1934. Não se configura, portanto, como objeto desse estudo nem a doença milenar, bíblica, que teve Lázaro como exemplo, nem tampouco a hanseníase, denominação contemporânea estabelecida no Brasil pela Lei 9.010, de 29 de março de 1995, em homenagem ao cientista norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen que identificou o micróbio causador da doença em 1873. Podemos perceber, mais uma vez, a influência de Rosenberg (2002; 1997; 1992), para quem a doença “emoldura” e é “emoldurada” pelo contexto em que incide e é nesse processo de “enquadramento”, denominado por ele de *framing*, que adquire o estatuto de *onthos*, ou seja, torna-se um agente social real, já que se passa a acreditar que ela existe e a agir individual e coletivamente a partir dessa convicção.

Apesar do recorte cronológico bem definido, a autora retrocede a períodos anteriores à descoberta de Hansen, para traçar a trajetória da doença e enfatizar a relação entre as diversas concepções da doença e as medidas profiláticas e terapêuticas adotadas ao longo do tempo. Recua então até a Antiguidade, período em que a compreensão da lepra sofria influência do legado hipocrático-galênico, destacando, também, a contribuição da medicina árabe, legatária das tradições hipocrática e hindu, às novas teorias sobre a etiologia, a clínica e a terapêutica da lepra.

Na Idade Média, contudo, a concepção da doença era formatada por uma “tradição cultural complexa” que englobava desde os antigos tratados de medicina, trazidos à luz pelos muçulmanos, até os textos bíblicos. A autora discute as hipóteses das causas da doença em vigor na Europa medieval, que resultaram tanto na estigmatização, exclusão e isolamento do doente, quanto na proliferação das leprosarias. Dentre as causas presumidas em vigor nesse período, a autora discute a hipótese venérea e hereditária que, associada às noções de pecado e luxúria, conferiu caráter moral à doença. O seu declínio no final da Idade Média vai

enfraquecer essa hipótese, mas, de qualquer forma, a lepra continuou sendo uma “entidade biológica inespecífica”, cujas causas eram atribuídas à associação de “evento orgânico e elementos ambientais e cósmicos” (Cabral, 2013, p. 33). O recuo da lepra no continente europeu vai resultar também na diminuição dos estudos sobre a doença, fazendo com que esta não se configurasse como problema sanitário relevante por longo período, não se constituindo, igualmente, em objeto de estudo da medicina nesse intervalo de tempo.

A autora prossegue enfocando o modelo de controle da lepra na Noruega no século XIX, país em que a doença se apresentava de forma endêmica, incidindo, majoritariamente, entre a população camponesa. Paul Slack (1992) destaca que as aflições socialmente seletivas permitem às autoridades se distanciarem do fenômeno, prestando-lhes pouca ou nenhuma atenção, como estas podem, também, ser definidas como ‘problemas’ e identificadas como alvos a serem atacados. Na Noruega recém-emancipada, a doença assumiu papel importante no país ao atingir os camponeses, importante força política, naquele período, o que contribuiu para somar a questão sanitária ao nacionalismo político.

Naquele país a lepra não se constituiu em estigma a semelhança do vivenciado pela sociedade europeia no período medieval. O programa de controle da doença foi montado com base na ideia de que o “contágio não estava definido como causa única da doença”. Predominava entre os médicos noruegueses a hipótese da hereditariedade, mas não se desconsiderava a influencia de fatores como a insalubridade e as precárias condições materiais de existência entre as causas da alta incidência da lepra entre os camponeses. Com base nessa concepção, consideravam-se inúteis as medidas que recomendavam o isolamento do doente e a quarentena. Cabral destaca a singularidade da experiência norueguesa porque ali foram criados hospitais que funcionaram como espaços terapêuticos e centros de pesquisas, investindo-se, igualmente, em ações para promover a melhoria das condições de vida dessa camada da sociedade. Essa visão só será alterada a partir da descoberta de Hansen, que ao identificar o microrganismo causador da doença, o *Mycobacterium leprae*, estabelece a teoria monocausal da doença, inaugurando novo período de controvérsias, experimentação e negociação, em torno da etiologia, diagnóstico, terapia e profilaxia para aquela enfermidade.

Como contraponto do modelo norueguês, Cabral apresenta o cenário do mundo colonial, cujas medidas de controle da doença são estabelecidas a partir da perspectiva do imperialismo europeu. De forma diferente da Noruega, nas áreas coloniais a lepra se tornou “uma doença temida, uma ameaça à civilização”. (Cabral, p. 58) Os estudos sobre as origens, formas de contágios e disseminação da doença, desenvolvidos em áreas coloniais como o Havaí, por exemplo, resultaram no recolhimento, isolamento e exclusão do doente, sem a adoção de nenhuma outra medida sanitária no sentido de conter o avanço da doença.

Os casos emblemáticos destacados por Dilma Cabral demonstram a influência de duas correntes explicativas da etiologia da lepra, vigentes no período: a de base *anticontagionista*, que defendia que a invasão da doença se devia à hereditariedade e a outros fatores predisponentes do corpo e ambientais, e a *contagionista*, baseada na compreensão de que pequenos corpúsculos invisíveis seriam os causadores da doença. Essas vertentes ficam evidentes, também, quando a autora discute os estudos sobre a doença no Brasil durante o século XIX, colocando em evidência as controvérsias médico-científicas que tiveram curso em período anterior à revolução pasteuriana. Dilma Cabral (p.76) analisa o processo cognitivo da lepra, que resultou na afirmação da doença “como uma entidade patológica singular”, distinta de doenças como a morfeia e a elefantíase dos gregos.

A percepção da lepra como um “flagelo em expansão” contribuiu para incluir a doença na agenda dos pesquisadores brasileiros no decorrer do século XIX. A autora destaca que o “refinamento conceitual” da doença, alimentou controvérsias entre os estudiosos, especialmente, no que dizia respeito à etiologia, ao conjunto de sintomas e sinais e à transmissibilidade. As dissensões, entretanto, não eram tão marcantes quando se tratava da profilaxia e das ações de controle da doença: o isolamento do doente tornou-se uma medida quase de consenso mesmo sob os ditames da bacteriologia. O mesmo não se pode dizer sobre a terapia e a curabilidade da doença e mais uma vez a autora chama à cena personagens e instituições de saúde para demonstrar as diferenças de concepções da lepra, que vão resultar em diferentes propostas terapêuticas no Brasil, durante o século XIX.

Mereceu destaque da autora o trabalho do médico pernambucano José Lourenço de Magalhães, que, com base na crença da transmissibilidade hereditária da lepra, defendia a criação de uma vila agrícola, onde de os doentes sequestrados do convívio social, para evitar a transmissão hereditária, pudessem usufruir dos benefícios da vida no campo: ar puro, espaço para a prática de exercícios físicos, diversidade de ocupações e diversão para os leprosos. Magalhães criticava, especialmente, o Hospital dos Lázaros, que era, na época, o principal espaço terapêutico e de pesquisa da doença no país. Para Magalhães, apesar do corpo médico, do espaço amplo e higiênico do hospital, da regularidade da alimentação e dos medicamentos oferecidos ao doente, aquele espaço funcionava apenas para isolar o doente, pouco contribuindo para a sua reabilitação e cura. Contudo, a análise dos relatórios médicos daquele hospital permitiu que Cabral (p.119) identificasse o desenvolvimento de pesquisas clínicas sobre novos procedimentos terapêuticos, etiologia e a patogenia da lepra desde 1868. A controvérsia que se estabeleceu entre Magalhães e o diretor do Hospital dos Lázaros, identificado apenas como Lima, remete o leitor a um período em que o hospital representava o espaço por excelência não só para a prática, como para a construção do saber médico. Época em que nem causa microbiana da lepra nem a bacteriologia haviam alcançado consenso, assim como o

laboratório não havia se convertido em espaço primordial da pesquisa médico-científica. Acompanhar os desdobramentos da disputa dessas personagens é importante, igualmente, para a compreensão da crise de paradigmas com diferentes protocolos científicos e critérios de validação e do processo de negociação que se instaurou até se chegar ao consenso sobre uma nova concepção da doença.

Dilma Cabral traz à luz o embate entre os adeptos das teorias de base anatomoclínica e higiênica, que admitiam a origem pluricausal da lepra e os que defendiam a origem bacteriana e monocausal da doença. A autora incursiona por esses cenários sem incorrer na visão equivocada de que o paradigma derrotado pela nascente bacteriologia fosse anticientífico e elementar. Nesse percurso, enfoca o período em que não havia consenso em torno do novo paradigma, por não se ter logrado comprovação científica de que o bacilo era o causador da lepra. Apesar de Hansen ter identificado o *Mycobacterium leprae* ao analisar material de lesões cutâneas e reportá-lo como o agente causador da doença ao final do século XIX, a inviabilidade de se cultivar o bacilo *in vitro* e de se proceder à inoculação experimental alimentou os debates em torno de sua definição clínica e etiologia. Tampouco se havia conseguido explicar a transmissibilidade da doença ou se estabelecer resultados terapêuticos eficazes. o novo paradigma não havia logrado.

Vale ressaltar que o recorte cronológico estabelecido pela autora para estudar a doença no Brasil tem como marcos a criação do Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázarus e a extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Essas balizas são importantes para compreender o processo de cognição e controle da doença no país. Vários personagens e instituições são chamados à cena pela autora para corporificar o período de transição entre paradigmas científicos até a construção de um consenso sobre a natureza bacilar da lepra, que resultou em nova percepção sobre o alcance das medidas profiláticas e concorreu para que a doença passasse a ser vista um problema sanitário nacional. Nos cinco bem construídos capítulos que se seguem à análise inicial da trajetória em contexto mundial, Cabral revela o esforço dos médicos brasileiros para conferir maior visibilidade à doença e, assim, motivar a adoção de políticas públicas específicas para o seu controle. Discute as propostas de intervenção de médicos e autoridades sanitárias, analisando, igualmente, o processo de constituição de um aparato burocrático amparado em regulamentos sanitários e legislação específica de alcance nacional.

Ao longo do texto fica evidente que a doença constitui-se em evento biossocial de negociação e consenso e que em sua percepção e definição interferem variáveis como as teorias médico-científicas, valores culturais e interesses de diferentes atores sociais. O processo de cognição de uma doença aciona um repertório de práticas e construções verbais específicas,

que reflete tanto a história institucional e intelectual da medicina, como também influências mais amplas, como convicções religiosas, políticas, étnicas, de classe, da nacionalidade e responsabilidades estatais. Ao mesmo tempo, a definição de uma doença contribui para conformar identidades sociais e individuais, sancionar valores culturais, estruturar as interações do médico com o paciente, criando, igualmente, ocasião para o desenvolvimento e legitimação de políticas públicas que interferem tanto na esfera coletiva quanto na vida privada.

Esse viés de análise faz com que o interesse pelo trabalho apresentado por Dilma Cabral ultrapasse a circunscrição espacial eleita pela historiadora o Brasil. Por esse motivo, como também pela seriedade da pesquisa historiográfica, pela correção e fluência da escrita, é que recomendo a aquisição e leitura desse livro aos estudiosos da história da ciência, da medicina, da saúde pública, das doenças e ao público em geral.

Bibliografia

Rosenberg, C. E. (1992). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

Rosenberg, C. E. (1997). Framing disease: illness, society and history. In Rosenberg, C. & Golden, J. (Eds.), *Framing disease. Studies in cultural history* (pp. xiii-xxvi), New Brunswick / New Jersey: Rutgers University Press.

Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. In *The Milbank Quarterly*, Oxford, UK, June, 80(2), pp. 237-260. Obtido em 08 de setembro de 2014 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690110>

Slack, P. (1992). Introduction. In Ranger, T. & Slack, P. (Eds.), *Epidemics and ideas: essays on the historical perception of pestilence* (pp.1-20), Cambridge [England], New York: Cambridge University Press.