

**Fundação Oswaldo Cruz
Casa de Oswaldo Cruz
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**O ISOLAMENTO COMPULSÓRIO EM QUESTÃO.
POLÍTICAS DE COMBATE À LEPROSA NO BRASIL (1920-1941).**

VÍVIAN DA SILVA CUNHA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. GILBERTO HOCHMAN.

**Rio de Janeiro
2005**

VÍVIAN DA SILVA CUNHA

O ISOLAMENTO COMPULSÓRIO EM QUESTÃO.
POLÍTICAS DE COMBATE À LEPROSA NO BRASIL (1920-1941).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. GILBERTO HOCHMAN.

Rio de Janeiro
2005

VÍVIAN DA SILVA CUNHA

O ISOLAMENTO COMPULSÓRIO EM QUESTÃO.
POLÍTICAS DE COMBATE À LEPROSA NO BRASIL (1920-1941).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em junho de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Gilberto Hochman
Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz

Profº. Dr. Luis Antonio Teixeira
Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz

Profº. Dr. André Luiz Vieira de Campos
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2005

Aos meus pais, José Carlos e Shirley, por compartilhar comigo todos os momentos de minha vida, sabendo compreender as ansiedades e as dificuldades que estavam à minha espera.

Ao meu noivo, Alexander, por compreender os momentos em que eu precisava de solidão, própria deste trabalho acadêmico e por ter sido sensível o suficiente para saber o momento exato em que eu mais precisava de descanso e de seu amor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Gilberto Hochman, que com sua presença segura e competente, dosou críticas e sugestões, me encorajando a enfrentar as dificuldades e superar os desafios deste trabalho.

Ao professor André Luiz Vieira de Campos, pela minha indicação ao projeto de iniciação científica da Fiocruz, onde iniciei minhas pesquisas na área da hanseníase e que me serviram de base ao meu projeto para este mestrado.

À historiadora Laurinda Rosa Maciel, uma amiga pessoal, coordenadora do projeto de iniciação científica do qual fiz parte de 2000 a 2003 e com a qual iniciei minhas pesquisas na área da história da hanseníase. Obrigada pelo estímulo, pelas críticas e sugestões, sempre pertinentes, ao nosso trabalho.

À amiga Nathacha R. B. Reis, sempre pronta a ajudar, sugerir e emprestar livros.

Ao amigo Marcio Magalhães, com o qual divido o tema de pesquisa, pelas conversas e sugestões de leitura que partilhamos ao longo destes anos.

Aos meus amigos pessoais, Luciana, Christina, Kellen, Sidney, Silvio, sempre presentes com suas palavras de incentivo e conscientes da minha ausência nesses últimos anos.

À todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho.

INTRODUÇÃO	p.	1
CAPÍTULO I – A LEPRA NA HISTÓRIA E NA HISTORIOGRAFIA	p.	11
1.1. O nascimento de um estigma	p.	11
1.2. As novas tendências historiográficas	p.	15
1.3. Balanço Bibliográfico	p.	20
1.4. A doença como a entendemos	p.	31
CAPÍTULO II – O COMBATE À LEPRA DURANTE OS ANOS 20: A CRIAÇÃO E A ATUAÇÃO DA INSPETORIA DE PROFILAXIA DA LEPRA E DAS DOENÇAS VENÉREAS.	p.	36
2.1. A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920)	p.	36
2.2. A atuação da Comissão de Profilaxia da Lepra (1915-1919)	p.	39
2.3. A criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e a defesa do Regulamento Sanitário Federal (1920)	p.	44
2.4. A atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (1920-1929)	p.	49
2.4.1. A exceção do “modelo paulista”	p.	52
2.4.2. Espaços de discussão sobre a lepra na década de 1920	p.	55
2.5. A polêmica entre Belisário Penna e Eduardo Rabello na Academia Nacional de Medicina (1926)	p.	58
2.5.1. A atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas frente às dificuldades financeiras do país durante os últimos anos da década de 1920.	p.	75
CAPÍTULO III – O GOVERNO VARGAS E O COMBATE À LEPRA	p.	79
3.1. O Governo Provisório e a criação do Mesp (1930)	p.	79
3.2. A tímida atuação dos serviços de combate à lepra durante o Governo Provisório (1930-1934)	p.	82
3.3. A extinção do DNSP e da IPLDV: as mudanças em relação ao combate à lepra (1934)	p.	86
3.4. Gustavo Capanema e o plano nacional de combate à lepra (1934-1935)	p.	89
3.4.1. O plano nacional de combate à lepra e o plano de construção de leprosários (1935-1938)	p.	93
3.5. A Reforma de 1937	p.	97
3.6. A Reforma de 1941 e a criação do Serviço Nacional de Lepra	p.	104
3.7. A I Conferência Nacional de Saúde e a orientação profilática.	p.	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p.	115
APÊNDICES	p.	120
ANEXOS	p.	129
FONTES	p.	132
BIBLIOGRAFIA	p.	138

RESUMO

Essa dissertação analisa as políticas estatais de combate à lepra (hanseníase) no período 1920-1941, tendo como foco principal o debate e as ações em torno do isolamento compulsório dos doentes. No primeiro período de análise (1920-1930), a prática isolacionista foi definida pelo regulamento sanitário de 1920 como uma política compulsória a ser adotada contra a doença. Entretanto, a escassez de verbas, incertezas biomédicas e as características políticas do período puseram obstáculos à atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Foi somente no segundo período (1930-1941) que o isolamento compulsório tomou vigor. A partir de 1935, com a elaboração de um plano de construção de leprosários, promovido pelo governo federal, foi possível pôr em prática a política de isolamento. A criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941, não substituiu o plano elaborado em 1935, e ainda acrescentou as definições de competências dos poderes federal, estaduais e municipais, como também das associações particulares na profilaxia da doença. Durante todo o processo de construção institucional da saúde pública brasileira, no período 1920-1941, o isolamento compulsório dos doentes foi a principal política adotada pelo poder público contra a lepra e esteve associada ao processo de consolidação da capacidade do Estado brasileiro agir sobre territórios e populações.

ABSTRACT

This dissertation analyses the state policies of combat against leprosy (Hansen's disease) in the period 1920-1941, having as main focus the debate and the actions regarding the compulsory confinement of the sick. In the first period of the analysis (1920-1930), the isolationist practice was defined by the 1920's sanitary regulation as a compulsory policy to be adopted against the disease. Nevertheless, the lack of budget, biomedical uncertainties and the political characteristics of the period created obstacles to the performance of the Inspectorate of Leprosy and Venereal Diseases Prophylaxis. It was during the second period (1930-1941) that the compulsory confinement actually came into operation. From 1935 on, with the elaboration of a plan for the construction of leprosaria, promoted by the federal government, it was made possible to put into practice the compulsory confinement policy. The creation of a National Service for Leprosy, in 1941, did not substitute the plan elaborated in 1935, and added the definition of competences of the federal, provincial and municipal spheres of power, as well the specific associations in the prophylaxis of the disease. During the whole process of institutional organization of Brazilian public health, in the period 1920-1941, the compulsory confinement of the sick was the main policy adopted by the government against leprosy and was associated to the process of consolidation of the Brazilian State's capacity to act upon territories and populations.

INTRODUÇÃO

Doença mítica e milenar, a lepra¹ sempre reclamou cuidados daqueles que se apresentavam como “responsáveis” pelo funcionamento e manutenção da máquina administrativa do Estado. Seja na antiguidade, quando esses doentes eram expulsos dos muros das cidades, seja na Idade Média, quando os leprosos passavam por um ritual no qual era declarada a sua morte civil perante a sociedade, as ações promovidas contra a lepra eram medidas de exclusão contra os doentes, baseadas em sua maior parte apenas em conotações religiosas de impureza moral.²

A impureza era demonstrada fisicamente através de manchas que brotavam na pele dos pecadores. Essas manchas eram consideradas sinais divinos. Mais do que isso: revelavam ações e pecados morais e representavam o castigo divino. A lepra era, então, o resultado dessa impureza, que poderia aparecer inclusive em roupas e paredes.³ Assim, a representação da lepra não era a da doença em si, mas tinha um significado muito mais conotativo, ou seja, passou a agregar ao seu sentido biológico um conjunto de novos significados e significantes.

As imagens e representações sociais da lepra atravessaram os séculos e continuaram a exercer forte influência sobre os contemporâneos – e verdadeiros – doentes de lepra. Quando no século XIX, mais precisamente no ano de 1874, foi confirmado pelo médico e botânico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen que o *Mycobacterium leprae* seria o bacilo causador da lepra, o estigma relacionado à doença já estava fortemente consolidado no imaginário popular. A certeza de que esse bacilo era o responsável pela doença, sua contagiosidade foi proclamada, deixando de lado, em grande parte do meio científico, as explicações da causalidade através da hereditariedade.⁴

¹ A doença causada pelo *Mycobacterium leprae* é atualmente conhecida no Brasil por hanseníase e os seus doentes, por hansenianos. Mas, ao longo desta dissertação, darei preferência à utilização das palavras “lepra” e “leproso” porque durante as décadas de 1920 a 1940, período proposto por esta pesquisa, a doença e os indivíduos acometidos por ela eram assim chamados. O termo “hanseníase” passou a ser utilizado oficialmente em todo o país somente em meados da década de 1970, cf. BRASIL, Diário Oficial da União. Portaria nº. 165/BSB de 14 de Maio de 1976, publicada em 16 de Maio de 1976, p. 8301, seção I, item 6.1. Para informações atualizadas sobre a hanseníase ver apêndice VIII.

² DIAS, Ivone Marques. “Alguns aspectos sobre a lepra na Idade Média em Portugal”. In RIBEIRO, Maria Curydice de Barros (org.) *A vida na Idade Média*. Brasília: Editora UnB, 1997, pp. 95-121.

³ *Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento*. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2ª. Edição. Barueri – SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993, pp. 80-83.

⁴ Embora alguns estudiosos continuassem a acreditar na hereditariedade da lepra, o que se verificou foi uma maior aceitação na sua contagiosidade, principalmente depois que foi evidenciada a sua natureza bacteriana. MAGALHÃES, Pedro Severiano. “A lepra é contagiosa?” *Gazeta Médica da Bahia* 1893:25 (6) 255-263, *apud* SOUZA ARAUJO, Heráclides César de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano*

Ainda que a descoberta do bacilo tenha trazido alguma estabilidade para o conhecimento sobre a doença, ela parece ter implicado num maior número de dúvidas do que de certezas. As descobertas da bacteriologia ocorridas no último quarto do século XIX, através dos métodos criados por Robert Koch para o cultivo e estudo das bactérias, definiram não só os agentes infecciosos de várias doenças, como também suas etiologias, terapêuticas e profilaxias⁵. Diferentemente da maioria dessas doenças, as descobertas em relação à lepra não somaram tantas certezas.

Durante os anos que se seguiram à descoberta do bacilo de Hansen – como ficou conhecido o agente causador da lepra, em homenagem ao médico que o visualizou – tentou-se desvendar as incertezas biomédicas relacionadas a essa doença de forma a definir questões tais como a forma de contágio, medidas para a prevenção da doença e o tratamento mais eficaz.

A cultura artificial dos agentes infecciosos das doenças permitiria a realização de pesquisas científicas com o intuito de desvendar as dúvidas relacionadas ao modo de transmissão, prevenção, tratamento e cura das doenças. No caso da lepra, a impossibilidade do cultivo do *M. leprae* dificultou que essas questões específicas da doença fossem definidas, não permitindo, inclusive, determinar a forma exata da transmissão ou do contágio da mesma. E esse foi um dos campos mais discutidos entre os cientistas desde fins do século XIX.⁶

A propagação da doença era apontada pelos estudiosos por diversas formas. Alguns defendiam a hereditariedade como causa única, outros acreditavam no contato indireto, ou seja, aquele que se dava por intermédio de vetores; ou, ainda, por contato direto, por intermédio dos germes eliminados pelo doente, em suas múltiplas formas. Em todos esses modos de explicação, as pesquisas realizadas levavam em consideração o sucesso de determinada profilaxia em relação à outra doença. Podemos citar, como exemplo, que os cientistas tomavam-se por base as experiências com a febre amarela para supor a

(1890-1952). Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, pp. 103-106.

⁵ Para uma melhor compreensão dos termos utilizados ao longo do texto, e que pertencem especificamente à medicina ou à saúde pública, convém explicá-los: *Etiologia* é o estudo das causas das doenças; *terapêutica* é o mesmo que tratamento, ou seja, o conjunto dos meios empregados na cura dos doentes; e *profilaxia* são os procedimentos e recursos estabelecidos para se prevenir e evitar doenças. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa, versão 1.0. Sobre as descobertas da bacteriologia, ver ROSEN, George. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC, 1994.

⁶ Souza Araújo nos apresenta numerosos trabalhos do final do século XIX, transcritos em sua obra, onde ficam claras as dificuldades da medicina em determinar as condições biológicas do bacilo. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, pp. 90-107.

veiculação da lepra pelos mosquitos e definir os métodos para evitar o contágio desta doença.⁷

Diante de tantos problemas em se consolidar todas as definições necessárias em relação à lepra, o século XIX terminou sem que uma orientação para se evitar o contágio e a difusão da doença fosse ditada por autoridades políticas ou sanitárias brasileiras. Em 1904, como Diretor Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz promoveu um novo regulamento sanitário, onde a *lepra* aparecia entre as 13 doenças de *notificação compulsória*.⁸ Porém, a simples notificação, sem estar associada a nenhuma outra medida de controle, seria apenas a indicação da existência de um doente. Sem um tratamento com o qual obtivesse a cura, os doentes continuavam a disseminar a doença para seus parentes e amigos. E ainda tornavam-se alvos dos olhares e da rejeição da população, resquícios do estigma de séculos anteriores. Oswaldo Cruz estabeleceu, então, providências mais amplas, dando instruções particulares a cada uma das doenças consideradas de notificação compulsória. Sobre a lepra, defendia a sua propagação por contágio, ou seja, através do contato com o doente; os mosquitos e outros parasitas do homem eram suspeitos de transportar e inocular a doença; já a hereditariedade foi descartada como forma de transmissão da doença.⁹

No Brasil, as primeiras ações no sentido de controlar o avanço da lepra, que, pela sua contagiosidade ocorria principalmente entre os familiares do doente, foram implementadas na década de 1920, com a criação de um serviço específico para a lepra e as doenças venéreas e de uma legislação própria, que determinava o isolamento de todos os doentes de lepra existentes no país. Ainda sem um medicamento específico para a cura, o isolamento dos doentes foi determinado como essencial, e tornou-se mais importante que o próprio tratamento. A exclusão do doente foi sempre lugar-comum para se protegerem as comunidades do contágio.¹⁰ Isso gerou uma tradição, que podemos chamar de “tradição em isolamento” que foi quase consensual entre os médicos no século XX.

⁷ Seu principal representante foi Adolpho Lutz, que defendeu a transmissão da lepra por mosquitos desde a última década do século XIX até a década de 1940. BENCHIMOL, Jaime L. e ROMERO SÁ, Magali. “Adolpho Lutz and controversies over transmission of leprosy by mosquitoes. *História, Ciência e Saúde: Manguinhos*. 2003:10 (supplement 1), 49-93.

⁸ BRASIL, Coleção de Leis, 1904, vol. 1, p. 205. Decreto 5.156, de 08 de março de 1904. Título III, capítulo VIII, art. 145. As doenças de notificação compulsória, em 1904, eram, além da lepra, a peste, febre amarela, cólera, varíola difteria, infecção puerperal nas maternidades, oftalmia dos recém-nascidos nas maternidades, creches e estabelecimentos análogos; tifo e febre tifóide tuberculose, impaludismo, escarlatina e beribéri.

⁹ *Apud* SOUZA ARAUJO, Heraclides Cesar de. *Op. cit.*, p. 116.

¹⁰ DIAS, Ivone Marques. *Op. cit.*

Nas décadas de 1920 e 1930 a terapêutica apropriada à lepra continuava sendo uma questão em aberto. A incerteza medicamentosa trazia à baila experiências variadas com diversos tipos de remédios, tentativas de vacina ou soro, e ainda, o uso de substâncias químicas puras ou compostas¹¹. O tratamento da lepra por meio de vacinas ou soros não correspondeu ao que se poderia esperar, já que não era possível cultivar artificialmente o bacilo da lepra. Os tratamentos externos, que incluíam pomadas, emplastos, fricções oleosas e radioterapia pareciam simples auxiliares terapêuticos, sem, contudo, modificar o estado em que se encontrava a doença.¹²

O óleo de chaulmoogra, que foi utilizado na Índia “*desde tempos imemoriais*”, quando atingiu as farmacopéias ocidentais, deixou de ser utilizado somente em sua versão pura para se tornar também a base de inúmeras fórmulas.¹³ Assim, tornou-se a substância mais preconizada pelos médicos nas primeiras décadas do século XX, sendo inclusive considerada como específica contra a lepra.¹⁴ Embora o uso de alguns medicamentos influenciasse o aparecimento de sinais de melhora, o verdadeiro caminho para se definir a curabilidade da lepra só seria desvendado décadas depois. A cura dos leprosos, no início do século XX, era ainda uma meta irrealizável, só concretizada na década de 1940 com o aparecimento das sulfonas.

Dessa forma, o isolamento dos doentes se manteve também como reação a uma série de questões que a ciência ainda não conseguia responder. Ao contrário do que aconteceu com a maioria das doenças contagiosas durante as três últimas décadas do século XIX, não foi possível realizar o estudo biológico completo da doença, ou seja, isolar, cultivar e inocular o bacilo em animais, conforme os postulados de Koch.¹⁵ Sem as definições biológicas do bacilo não haveria como determinar seus mecanismos de infecção. Conseqüentemente eram desconhecidas as formas de prevenção e tratamento da lepra.

A incapacidade científica em estabelecer o estudo biológico completo da doença permanece até os dias atuais. Naquele momento, porém, uma questão estava estabelecida: a doença era provocada pelo bacilo, que se encontrava no organismo do doente. Por conta

¹¹ Cf. SILVA, J. Ramos e. “A quimioterapia da lepra, o seu estado atual”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (1) 17-28.

¹² Ramos e Silva apresentou um esquema de classificação do tratamento da lepra em um artigo, onde dividia-o em três tipos: os tratamentos externos, os meios biológicos e os meios terapêuticos químicos. *Ibidem*, p. 18.

¹³ *Ibidem*, p. 20.

¹⁴ PUPO, J. Aguiar. “O óleo de Chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (3) 1-9.

¹⁵ ROSEN, George. *Op. cit.*, principalmente o capítulo VII.

dessa origem humana deduziu-se que o isolamento dos doentes, antes mesmo de ser considerado como fundamental para a cura dos mesmos, porque ainda não se tinha nenhum tratamento específico, era tido como a melhor forma de evitar a propagação do mal.

O isolamento foi considerado como indispensável ao controle da lepra desde a Primeira Conferência Internacional de Leprologia, realizada em outubro de 1897, na cidade de Berlim¹⁶. Esta medida foi proposta por Gerhard Hansen – o mesmo que visualizou o bacilo da doença mais de duas décadas antes – e constituiu a primeira proposição médica para o cuidado com os doentes, já que não se sabia, ainda, como se dava a transmissão da doença.

No início do século XX a visão de isolamento dos doentes não mudou completamente em relação à “tradição de isolamento” dos séculos anteriores. A percepção da doença como algo enviado por um ser divino já não tinha mais espaço em uma sociedade cada vez mais laica. Mas a ordem de retirar o doente do convívio social não morreu com o passar dos séculos. Pelo contrário: a moldura cultural milenar do estigma, embora não mais presente nos discursos daqueles responsáveis pela profilaxia da lepra, ainda aparecia transcendente na estratégia do isolamento. Em meio a tantas incertezas biomédicas, a política de isolamento surgia como a maior das certezas, em uma lógica inversamente proporcional.

Embora presente na legislação sanitária federal desde 1920, o isolamento dos doentes não foi logo posto em prática. Isolar pessoas portadoras de um mal contagioso requereria a construção de estabelecimentos voltados para esse fim – os leprosários. Essas instituições deveriam oferecer tanto uma estrutura eficiente para a separação social dos doentes como, também, condições de sobrevivência para aqueles que provavelmente ficariam isolados pelo resto de suas vidas. Essa estrutura física eficaz, com leitos e cuidados necessários à imensa massa de doentes que se imaginava existir, tornava os leprosários um empreendimento muito custoso.

Assim, poucos estabelecimentos foram edificados durante a década de 1920. As reduzidas verbas destinadas ao problema da lepra não permitiram a construção completa do aparelho isolacionista. E a capacidade da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas em controlar o mal pareciam ser mínimas frente ao avanço da doença. A falta de verbas atingia também outros serviços realizados pela Inspetoria, como os censos leprológicos. Esses censos deveriam ser realizados em todos os Estados de forma a indicar

¹⁶ *Apud* SOUZA ARAUJO, Heráclides César de. *Op. cit.*, p. 272.

o número total de doentes no país. A partir desse dado, então, seriam definidas as melhores localizações junto com o número de leprosários a serem construídos.

As dificuldades pelas quais passou a Inspeção foram, além de orçamentárias, também políticas. A autonomia dos estados, própria do sistema federativo então vigente no Brasil, não permitia a atuação federal nos mesmos, a não ser através de acordos entre as partes. Somente depois disso é que a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, ou qualquer outro serviço federal, poderia implementar medidas em âmbito estadual e municipal. Essa característica política dificultava a adoção das medidas julgadas convenientes pelos médicos em todo o território nacional e influenciava na visão parcialmente negativa que avaliava as ações realizadas pela Inspeção como insuficientes e insatisfatórias.¹⁷

A atuação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas continuou até 1934, quando o país passou por uma reforma administrativa e esse órgão foi suprimido. Durante os primeiros anos do Governo Vargas, sua atuação também foi pequena, devido às instabilidades políticas e, novamente, à falta de recursos que para essa causa fossem revertidos.

A luta contra a lepra tornou-se, enfim, mais contundente a partir de 1935, com a elaboração de um plano de construções e combate à doença. O então Ministro da Educação e Saúde Pública, Gustavo Capanema, pediu ao Diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, João de Barros Barreto, que formulasse um plano para o controle dos doentes no país.¹⁸ Esse plano visava, inicialmente, a construção de leprosários em quase todos os estados. Do ponto de vista profilático, o problema da lepra só poderia ser solucionado ao se enquadrá-lo na órbita de ação dos estabelecimentos conhecidos por leprosários. Posto em execução no mesmo ano em que foi elaborado, o plano nacional de combate à lepra direcionou o Governo Federal, determinando um rumo a seguir e um planejamento de recursos e gastos para a construção e manutenção de leprosários em todo o país.

A construção de leprosários tornaria exequível o isolamento compulsório dos doentes, há mais de uma década determinado pela legislação. A inserção de uma maior quantidade de verbas voltadas ao problema da lepra permitiu que, a partir do plano traçado

¹⁷ Belisário Penna foi um grande crítico das ações empreendidas pela Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, considerando-as ineficazes frente ao número existente de doentes pelo país. PENNA, Belisário. “36 anos de lepra”. *Eu sei tudo*, 1926:10 (1).

¹⁸ BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) pp. 119-130.

em 1935, fosse possível realizar a construção de um grande número de leprosários, dispensários e preventórios pelo país. Embora essas três instituições formassem, no conjunto, o armamento contra a lepra conhecido como “tripé”, apenas os leprosários foram priorizados pelo governo federal nesse momento. Os dispensários, em geral, eram implementados pelos governos estaduais e municipais, e os preventórios eram construídos e mantidos pela iniciativa privada.

O modelo de tratamento conhecido por tripé – que se manteve ativo até a década de 1960 – estava baseado em três funções tidas como essenciais para o controle da endemia. O primeiro, e mais importante, era o isolamento dos doentes, que deveria ser realizado nos leprosários, que não tinham exatamente a função de curar, mas principalmente de manter os doentes longe da população sadia. As famílias e outras pessoas do convívio do doente – os chamados comunicantes –, tornaram-se alvo da fiscalização e do controle do Estado através dos dispensários, que seriam responsáveis pelos exames periódicos dos suspeitos, descobrindo assim novos casos. Por fim a separação dos filhos sadios deveria ser realizada nos preventórios, instituições que tinham a função de abrigar os filhos sadios provendo-lhes educação. A tarefa de proteção das crianças, considerada benemérita, ficou a cargo, no Brasil, de associações privadas mais conhecidas como Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra.¹⁹

Embora a necessidade de um organismo central, responsável pela coordenação e orientação de todas as atividades nacionais voltadas para o combate à lepra, fosse defendida por Souza Araújo, desde 1933, como também o desejo da União em estabelecer um organismo central contra esses problemas, a criação de um novo órgão especializado para tratar das questões relativas à lepra só ocorreu em 1941. O Serviço Nacional de Lepra era um órgão de orientação técnica, coordenação e controle das atividades públicas e privadas relativa à lepra.²⁰ Ernani Agrícola assumiu a direção desse serviço no mesmo ano em que foi criado, permanecendo até o final da década de 1950.²¹ Desde o início de sua gestão solicitou a construção de um Instituto de Leprologia que pudesse realizar pesquisas científicas, até então realizadas apenas pelo Instituto Oswaldo Cruz.

¹⁹ Sobre a atuação da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, ver a dissertação de mestrado de CURI, Luciano Marcos. “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

²⁰ BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 3, p. 7. Decreto-Lei nº. 3.171, de 02 de abril de 1941.

²¹ BRASIL. *Instituto de Leprologia. Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: MS/Divisão Nacional de Lepra, 1970.

Mesmo com a criação do SNL, em 1941, o problema da lepra continuou sendo orientado pelo plano traçado em 1935, ao menos até que seu regulamento fosse aprovado. Prosseguiram as obras de construção de leprosários, além da instalação e manutenção dos mesmos, de acordo com as bases fixadas no plano apresentado ao Governo. A criação de um órgão novamente voltado especificamente para as questões da lepra foi importante no sentido de oferecer cuidados aos doentes e à população sã. Mantendo como política pública de saúde o isolamento dos leprosos, o Serviço Nacional de Lepra não mudou sua orientação, mesmo quando as inovações medicamentosas passaram a desafiar a tão sustentada prática isolacionista.

Esta dissertação trata do debate ocorrido no Brasil acerca das ações públicas em relação à lepra, entre os anos 1920 a 1941, em especial a questão do isolamento dos doentes.

É importante salientar que a periodização que organiza os capítulos dessa dissertação é baseada nos marcos institucionais da luta contra a lepra no Brasil. Essa periodização corresponde, em parte, à divisão político-institucional ocorrida no Brasil durante as décadas de 1920 a 1940. Assim, quando na Primeira República é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, que permite uma maior atuação federal nas questões da saúde, também foi criado um órgão de atenção à lepra, a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas; com o final da República Velha e início da Era Vargas, novamente as estruturas de combate à lepra são modificadas. Um momento político autoritário coincidiu com uma maior atuação pública frente às necessidades sociais de solucionar um problema sanitário de grandes proporções. A construção de um grande número de estabelecimentos voltados para o isolamento dos doentes de lepra ocorreu nesse momento político.

Dessa forma, dividiremos os capítulos não simplesmente seguindo uma divisão política, mas nos guiando pelos acontecimentos relativos à lepra, sejam eles científicos, sejam institucionais.

No primeiro capítulo faremos uma análise de como o estigma da lepra nasceu no imaginário popular, constituindo-se em um dos mais fortemente impregnados de representações vivas até a atualidade. Esse estigma foi responsável pelas atitudes tomadas frente à lepra há mais de dois mil anos. Independente dessa postura de repulsa à doença e ao doente, a adoção do isolamento como prática específica para o controle da doença refletiu os ideais de cada época, transformando-se em uma tradição para o caso da lepra.

Durante a Idade Média, os doentes, vistos como moralmente impuros, eram expulsos da vida em coletividade, devendo viver fora dos muros da cidade. Já no início do século XX, a sociedade mais laicizada indicou o isolamento dos doentes como política de controle, que deveria ser realizado em instituições para esse fim construídas. Muitos trabalhos atualmente dedicam grande espaço à questão do estigma, apoiando nele as repostas para as suas questões. Diferentemente da maioria dos trabalhos mais relevantes sobre o tema, não temos o estigma como resposta para as nossas perguntas. Entendemos o estigma como uma representação social da doença e não como o fio condutor das práticas adotadas pelo setor público ao defender a população do contágio. Ou seja, vemos a prática isolacionista como intimamente ligada à construção do Estado e de sua legitimidade na ação coercitiva sobre territórios e populações.

No segundo capítulo, abordaremos a crescimento do Estado e a ampliação de sua intervenção nos assuntos de saúde. A criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas está inserida nesta perspectiva. Pretendemos analisar como se deu a criação do primeiro órgão público específico para a causa da lepra e como esse serviço atuou no território nacional visando ao combate à endemia. Dependente das verbas oriundas da União, suas políticas nem sempre tiveram o êxito que propunham. Defendia como medida profilática principal o isolamento dos doentes, o qual enfrentava uma série de críticas por conta das dificuldades de aplicá-la em todo o território nacional. Um exemplo dessas críticas foi o debate ocorrido entre Eduardo Rabelo e Belisário Penna. Nele podemos identificar quais as dificuldades enfrentadas pela Inspetoria e que respostas se esperavam dessa atuação pública no que se refere ao combate à lepra.

No terceiro capítulo analisaremos a década de 1930 e as mudanças ocorridas no que se refere ao combate à lepra. Em 1934, após passar por um processo de reformas políticas, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas também foi suprimida. Um momento de maior rigor político permitiu uma atuação também rigorosa sobre a saúde pública. Na segunda metade da década de 1930, mesmo sem contar com um órgão de atenção à doença, foi promovido um plano de combate à lepra de modo a estendê-lo por todo o país. Esse plano objetivava a construção de, ao menos, um leprosário em cada Estado, o que determinou a consolidação da política isolacionista, medida profilática oficial desde o regulamento sanitário de 1920. Essa política durou algumas décadas, mesmo com as alterações sofridas pelo aparelho institucional.

O limite cronológico é a criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941 e da realização da I Conferência Nacional de Saúde no mesmo ano, que tinha como um dos seus temas centrais a luta contra essa doença. A criação de um novo órgão federal de atenção específica à lepra indica ela inspirava, ainda, cuidados e ações do governo federal. Era necessário, então, fixar diretrizes e normas para um maior desenvolvimento da campanha nacional contra a lepra. As proposições aprovadas pela I Conferência Nacional de Saúde passaram a orientar a luta contra a lepra. Não substituiu o plano elaborado em 1935, mas acrescentou a definição das competências dos governos federal, estaduais e municipais, além de regular a atuação das associações particulares nessa campanha.

Desse modo, esta dissertação é um estudo sobre a história das políticas estatais de controle e combate à lepra no Brasil, em particular, o debate e as ações em torno do isolamento compulsório dos doentes.

CAPÍTULO I – A LEPRA NA HISTÓRIA E NA HISTORIOGRAFIA

1.1. O nascimento de um estigma

As histórias gerais das doenças e da saúde pública dedicam espaço à lepra apenas como uma dessas doenças que desapareceram misteriosamente da Europa entre os séculos XIV e XVI.²² Assim, a imagem que fica da doença é aquela que existiu durante a Idade Média e que acaba sendo transferida para o que denominávamos no início do século XX como lepra. A equivalência da lepra moderna com a doença descrita na Bíblia e na Idade Média é, sem dúvida, problemática, tornando-a objeto de estigmatização social.

Uma das hipóteses para a gênese desse peculiar sentimento em relação à lepra foi atribuída a enganos na tradução da Bíblia do hebraico para o grego. No ano 300 a.C. a palavra hebraica *tsara'ath* foi traduzida para o grego como *lepra*. *Tsara'ath* era um termo genérico empregado para diversas condições associadas à impureza moral e espiritual no corpo, nas roupas e até nas paredes.²³ Assim, a desonra física, a violação de tabus alimentares e até mesmo algumas afecções físicas, como a presença de manchas brancas que tendiam a disseminar-se, eram vistas como impurezas da alma ou do corpo e deveria receber o castigo da segregação social.²⁴ As manchas produzidas pela lepra foram, dessa maneira, vistas como um castigo divino a algum tipo de má-conduta, não indicando, nesse momento, um fenômeno biológico.

O estigma relacionado à lepra nasceu, portanto, desse significado de impureza religiosa. A repulsa não estava na doença em si, visto que o agente causador da lepra só foi descoberto em finais do século XIX. O temor era a degradação física e a explícita declaração de imoralidade que as manchas na pele traziam aos doentes.²⁵ O acometimento da lepra era uma opção divina sobre o indivíduo, assim como o benefício da cura.²⁶ E o isolamento, que passou a ser aplicado para com esses doentes tinha por objetivo evitar o contato com o pecado e não com a doença contagiosa. Isso pode ser verificado em ocasiões

²² ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

²³ BÉNIAC, Françoise. “O medo da lepra”. In: LE GOFF, Jacques (apres.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s.d., pp. 127-144, p. 133.

²⁴ *Apud* CLARO, Lenita B. Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 31.

²⁵ A lepra era considerada como uma doença venérea. Cf. DIAS, Ivone Marques. “Alguns aspectos sobre a lepra em Portugal”. In: RIBEIRO, Maria Curydice de Barros (org.). *A vida na Idade Média*. Brasília: UnB, 1997, pp. 95-121, p. 112.

²⁶ *Ibidem.*, p. 100.

especiais, como, por exemplo, na Semana Santa, quando era permitido que esses doentes adentrassem nas cidades para esmolar e receber a ajuda piedosa.²⁷

Durante a Idade Média, o termo lepra não designava apenas uma doença em si. Muitas outras afecções dermatológicas eram denominadas erradamente por lepra, o que ajudou a transformá-la na “doença por excelência”.²⁸ Tanto que durante o século XII a palavra que significava doente – *infirmus* – assumia muitas vezes o sentido de leproso.²⁹

A influência da Bíblia na comunidade cristã revestiu a lepra de um significado específico, fazendo dos doentes seres à parte. Vamos encontrar em um dos livros do Antigo Testamento, aquele que legisla para o “povo de Deus”, o “Levítico”, uma descrição a respeito da identificação dos casos de lepra e o que deveria ser feito com eles:

*“Havendo, pois, o sacerdote examinado, se a inchação da praga (...) está branca, (...) como parece a lepra na pele, é leproso aquele homem, está imundo (...). As vestes do leproso, (...) serão rasgadas, e seus cabelos serão desgrenhados; cobrirá o bigode e clamará ‘Imundo! Imundo!’ Será imundo durante os dias em que a praga estiver nele; é imundo, habitará só; a sua habitação será fora do arraial”.*³⁰

Dessa forma deduzimos a origem do termo “mal bíblico”, utilizado como sinônimo de lepra. Na linguagem cotidiana encontramos, ainda, muitas expressões para designar os doentes de lepra, que ao lado de atitudes, olhares e gestos estigmatizantes, nos demonstra a repulsa, que a doença ainda traz hoje em dia. Entre essas expressões destacamos as mais comumente utilizadas: lazarento, camunhengue, gafeirento, gafo, hanseniano, lázaro, macuteno, morfético.³¹

Desde os escritos bíblicos, a lepra permaneceu como símbolo do pecado. Assim, o doente deveria ser separado do convívio das pessoas sãs. Durante a Idade Média eram expulsos de suas residências, mas isso não o excluía de livre trânsito pelas ruas, desde que

²⁷ BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: HUCITEC, 1988, p. 77.

²⁸ BÉNIAC, *op. cit.*, p.133.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ Levítico – 13, 43-46. Sobre a lepra ver também Levítico – 13,1-59 (leis sobre a lepra); 14, 1-32 (lei sobre o leproso depois de curado); 14, 33-57 (lepra nas casas). *Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento*. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2ª. Edição. Barueri – SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993, pp. 80-83.

³¹ Sinônimos da palavra “leproso” encontrados no Dicionário eletrônico Hauaiss da língua portuguesa, versão 1.0.

vestidos adequadamente com um manto comprido de forma a esconder as manchas e nódulos de sua doença, além de um grande chapéu para encobrir as deformidades de seu rosto e supostamente defender o público da contaminação. Além disso, deveria fazer o uso de uma matraca, anunciando à população que era um leproso.³²

O ritual da exclusão do doente era um acontecimento ímpar na sociedade, sem semelhança a nenhum outro até hoje. O ‘suspeito’ denunciado por um médico ou por rumores públicos deveria comparecer a um júri de prova composto por outros leproso. A autoridade laica então pronunciava a sentença. Reconhecido o leproso, ele deveria submeter-se a uma cerimônia que solenizava o dia de sua separação. O doente era levado à igreja em uma procissão que cantava como se fosse para um morto. Lá era celebrada uma missa, onde o padre deveria pôr terra retirada do cemitério na testa do leproso. Esse ritual representava que o leproso estaria, a partir daquele momento, morto para a sociedade. Ao final do ritual, eram lidas as proibições e entregues ao doente as luvas, a matraca e a caixa de esmolas, e ele era, então, levado a sua nova moradia. Foi somente com a Reforma católica e com o desaparecimento da lepra na Europa que essa liturgia caiu em desuso.³³

A nova moradia do leproso eram as leprosarias, muito numerosas na Europa durante a Idade Média – onde se contava cerca de 19 mil estabelecimentos voltados para a separação dos leproso. Eram de tamanho reduzido e espalhadas pelos países de forma a permitir que os doentes ficassem próximos dos horizontes de seus familiares. Foi somente no século XX que teve início a prática das grandes colônias para os doentes, como a de Molokai, uma ilha do Pacífico.³⁴

Podemos observar que tanto os escritos bíblicos quanto a Idade Média foram responsáveis pela caracterização de um estigma fortemente associado às palavras lepra e leproso. Como não designavam necessariamente a doença e o doente, já que arrolavam uma série de outras doenças além de impurezas morais e religiosas, essas palavras traziam consigo o temor a uma situação de imoralidade e de sujeira às quais os supostos doentes estariam sujeitos.

Embora tendo a lepra desaparecido da Europa, de acordo com Foucault, a partir do século XV, “*não por efeito (...) de obscuras práticas médicas, mas sim o resultado espontâneo dessa segregação e a conseqüência, também, após o fim das cruzadas, da*

³² DIAS, Ivone Marques, *op. cit.*, p. 113.

³³ BÉNIAC, *op. cit.*, pp. 138-140.

³⁴ *Ibidem*, p. 141.

*ruptura com os focos orientais de infecção” permaneceram, entretanto, “os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso”.*³⁵

O imaginário medieval relativo à lepra foi, de certa forma, transplantado para o continente americano a partir dos colonizadores portugueses e espanhóis que aqui difundiram a cultura ibérica. Aliás, não foi só o imaginário que teria sido transplantado, mas também a própria doença, inexistente no continente europeu antes de sua “descoberta” e conseqüente colonização.³⁶ Dentro de um outro tempo, caracterizado pelo ideário científico da sociedade capitalista, esse imaginário continuou a manifestar-se com força e vigor.

Assim, o passar dos séculos não teria conseguido alterar o significado dessas palavras e o verdadeiro doente de lepra, ou seja, aquele que, de fato, carregava o *mycobacterium leprae* em seu corpo, continuou a ser rejeitado e temido pela sociedade. O imaginário social fortemente enraizado não possibilitou que, após a definição da doença, seu agente causador, sua terapêutica e profilaxia, se pusesse fim ao milenar estigma.

Nos séculos XIX e XX, o estigma relacionado à lepra ainda determinava a separação dos doentes dos ambientes sãos. E a segregação deles, na maioria das vezes impulsionada por esse sentimento de repúdio aos leprosos, continuou a ser aplicada em quase todo o mundo, gerando o que consideramos como uma “tradição de isolamento”, já que estava relacionada ao que se fazia tradicionalmente no período medieval. Essa prática, embora antiga, teve conotações nem sempre iguais.

1.2. As novas tendências historiográficas

Nas duas últimas décadas, as doenças têm se tornado um tema destacado na historiografia da América Latina, como nos indica Diego Armus.³⁷ Esse destaque resulta de esforços para escapar às limitações da tradicional história da medicina, a história biográfica

³⁵ FOUCAULT, Michael. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978, pp. 3-6.

³⁶ SOUZA ARAUJO, Heráclides César de. “Sinopse da História da Lepra no Brasil (1600-1954)”. *Fundo Souza Araujo*, SA/PI/TP/19520414 – Pasta 04. COC/Fiocruz. A lepra teria sido introduzida no Brasil pelos colonizadores portugueses e pelos escravos africanos. Segundo o autor, os indígenas não conheciam ainda tal doença.

³⁷ Sobre as novas tendências da historiografia no que se refere à saúde e a doença, ver ARMUS, Diego. “Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción”. In: _____ (ed.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia e enfermedad en la America Latina Moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002, pp. 11-25 e também, ARMUS, Diego. “Disease in the Historiography of Modern Latin America”. In: _____ (org.). *Disease in the Modern Latin America: from malaria to aids*. EUA: Duke University Press, 2003, pp. 1-24.; HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. “Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução”. In: _____ (orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 11-27.

dos médicos famosos, as mudanças nos tratamentos e seu inevitável êxito e a celebração do saber e da prática médica, que marcaram a produção do conhecimento científico. Tentaram, enfim, reconstruir a história do “inevitável progresso” da prática médica através dos tempos.

Como nos indica Armus, três novos estilos de narrativas surgiram na tentativa de renovar a historiografia latino-americana. Primeiro, a nova história da medicina, resultado do diálogo entre a história natural das doenças e algumas dimensões de seu impacto social, que busca assim contextualizar o saber médico. Em seguida, a história da saúde pública, atenta às relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas, buscando no passado indicações gerais que otimizem as intervenções contemporâneas da medicina nos assuntos de saúde coletiva. Por último, a história sócio-cultural da doença, que estuda, entre outras coisas, os processos disciplinares e de profissionalização, a medicalização, as dimensões culturais e sociais das doenças em sentido amplo.

A nova história da medicina, segundo Armus, tende a ver o desenvolvimento da medicina como um processo irregular, e não como uma série de fatos vitoriosos, médicos, instituições e tratamentos triunfantes. Alargando o entendimento do que vem a ser ciência e medicina, enfoca temas que ficaram à margem da história tradicional da medicina, como atores, agendas e problemas esquecidos, derrotados ou desqualificados. Dessa forma, desafia as grandes biografias, as permanentes e inevitáveis vitórias da medicina e da razão sobre a doença e o obscurantismo.

A segunda vertente de renovação dá ênfase às dimensões políticas do poder, do Estado, da profissão médica, as políticas de saúde e o impacto das intervenções sobre a sociedade. Dessa forma, a história da saúde pública focaliza os momentos em que o Estado, a partir de fatores políticos, econômicos, culturais, científicos e tecnológicos, promove ações para combater uma doença em particular. Essa vertente sofre clara influência do caráter reformista da medicina social, consagrada entre outros por George Rosen.³⁸ Em alguns desses estudos a medicina aparece de forma positiva e progressiva, reflexo da condição da dependência de determinadas regiões, que determinariam a existência de uma elite e uma estrutura econômica capaz de criar e distribuir recursos e serviços equitativa e eficientemente. E, ao contrário, existem outros trabalhos que criticam o uso do modelo de dependência centro-periferia, tentando demonstrar as realizações e

³⁸ ROSEN, George. *Op. cit.*

fracassos dos projetos nacionais e regionais com o objetivo de modernizar a infra-estrutura de saneamento básico.

O desenvolvimento de políticas públicas pode ser visto como o resultado da interação entre poderes externos e o Estado Nacional. A ênfase não era importar ou transformar idéias sobre as doenças, mas no processo de seleção e semelhança dessas idéias e nas suas reelaborações criativas de acordo com o contexto social, político e institucional. Era uma crítica evidente ao método explicativo que nos foi apresentado por George Basalla.³⁹ Podemos observar que o Brasil foge a essa explicação de que a “periferia” adotava os métodos científicos do “centro” (Europa ou EUA) sem alterações, pois aqui verificamos profissionais produzindo conhecimento (como a descoberta da Doença de Chagas), debatendo a etiologia das doenças (a defesa de Lutz pela transmissão da lepra por mosquitos), entre outras.⁴⁰

A mais recente, porém não menos importante, visto a quantidade de trabalhos incluindo esse tema, é a história sócio-cultural das doenças. Esse vertente é o produto da descoberta da complexidade da doença e da saúde, não só como um problema em si, mas também como ferramenta para a discussão de outros temas. Essas análises estão associadas ao marco interpretativo de Michel Foucault sobre a medicalização da sociedade.⁴¹ Essa tendência entende a medicina como uma forma de controlar corpos, pessoas e a própria sociedade, a partir de um arsenal de recursos de normalização, que desenvolveram um conhecimento e uma linguagem própria. Nesse contexto, as doenças, e principalmente as intervenções médicas que as direcionam, são vistas como instrumentos para regular a sociedade, trabalhando as diferenças e legitimando sistemas culturais.

Um exemplo produzido por essa tendência historiográfica – na qual, inclusive, o nosso trabalho se insere – é o exame crítico do aparecimento dos modelos médicos de exclusão, que terminam por definir estereótipos (mulher como raça inferior), estigmatizam (doenças como a lepra e a aids) e patologizam comportamento (a homossexualidade como doença, ou a sífilis como estereótipo de desregramento sexual). Essas questões além de

³⁹ BASALLA, George. “The Spread of Western Science”. *Science* 1967:156 (may) 611-622.

⁴⁰ Sobre a produção do conhecimento, em especial a Doença de Chagas, ver COUTINHO, Marília. “Tropical Medicine in Brazil: The Case of Chagas’ Disease”. In: ARMUS, Diego (org.). *Disease in the Modern Latin America: from malaria to aids*. EUA: Duke University Press, 2003, pp. 76-100. Sobre a defesa de Lutz em relação à transmissão da lepra por mosquitos, ver BENCHIMOL, Jaime Larry e ROMERO SÁ, Magali. “Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. 2003:10 (supplement 1), 49-93.

⁴¹ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Vozes, 1977 e _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

estarem situadas na fronteira entre o público e o privado, dão conta de problemas muito mais amplos associados à construção histórica da cidadania.⁴²

Essas três linhas de questionamento levam a medicina a se constituir em um terreno incerto formado mais de subjetividades humanas do que de fatos objetivos. O tema de maior abrangência tem sido aquele que trata das dimensões sociais e políticas das epidemias, enfatizando as condições sociais em que elas surgiram, as políticas de estado que foram usadas para combatê-las, e as reações a isso. Os temas, em geral, interligam contágio, medo, estigma, vergonha, cura e responsabilidades individuais e sociais.

As epidemias – ou os momentos de incerteza – deixam claro as características da sociedade, o estado da saúde coletiva e da infra-estrutura sanitária. As epidemias podem facilitar as iniciativas de saúde pública, acelerando a autoridade do Estado, tanto na política social, ditando novas regras coletivas, quanto na vida privada, ao determinar medidas individuais para evitar o contágio, por exemplo.

A partir do aparecimento da bacteriologia, as lutas contra as epidemias tornaram-se campanhas militares contra inimigos “invisíveis” e por praticar intervenções consideradas violentas e que encontraram resistência em certas ocasiões, mesmo quando seus métodos não eram inteiramente novos. No Brasil, um bom exemplo da resistência popular frente a uma intervenção estatal foi a revolta da vacina. Ocorrida em 1904, esse movimento popular resistiu à aplicação da vacina antivariólica imposta por Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública.⁴³

Em outros contextos, doenças como a sífilis e a lepra foram classificadas como epidemias, mesmo quando não atingiam grandes contingentes populacionais. Eram consideradas como problemas por razões sociais, culturais e políticas, legitimadas por médicos que atraíam a atenção pública e estimulavam campanhas para eliminá-las. No trabalho de Diana Obregón, podemos observar que a lepra foi considerada na Colômbia como um obstáculo para os projetos de modernização nacional.⁴⁴

⁴² Um exemplo é o trabalho de CARRARA, Sérgio. *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

⁴³ Sobre a Revolta da Vacina, ver, entre outros, SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. Coleção Tudo é História 89. São Paulo: Brasiliense, 1984; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *A rebelião popular contra a Vacina Obrigatória*. Série Estudos em Saúde Coletiva 103. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1994 e CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, principalmente o capítulo “Variola, vacina e ‘vacinophobia’”.

⁴⁴ TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.

As doenças endêmicas, que diferentemente das epidemias, eram menos espetaculares, mais destacadas socialmente e geograficamente distantes dos centros de poder, eram mais facilmente ignoradas. No mundo urbano, algumas doenças se tornaram públicas porque eram parte da questão social ou foram associadas ao aumento dos problemas nacionais. No campo, foram as epidemias que expandiram a área de atuação das intervenções de saúde pública. O projeto para sanear o campo, ou ao menos combater uma das suas doenças endêmicas, deu início a um conjunto de políticas sociais, facilitando a expansão do Estado, da centralização do poder e da construção da nação.⁴⁵ Percebemos, então, uma agenda histórica indicando a doença não como mero objeto da prática e do conhecimento médicos, mas sua importância estaria no desenvolvimento de políticas de saúde pública voltadas para elas.

Assim, nas últimas décadas observamos que as doenças vêm se tornando um tema destacado dentro dessa renovação historiográfica. Um dos estudiosos mais influentes nesse campo é Charles Rosenberg. No início da década de 1990 ele nos ofereceu um trabalho no qual apresentava a doença como uma entidade imprecisa. A doença deixava de ser somente o fato biológico para se transformar em um repertório de construções verbais e um desencadeador e legitimador de políticas públicas.⁴⁶ A doença, então, só existiria a partir do momento em que lhe déssemos um formato, ao percebê-la, nomeá-la e reagir a ela. Essa seria a “construção social da doença”, ou, como prefere o autor, a sua “formatação”. As doenças não poderiam, assim, ser examinadas fora de seus parâmetros sociais, que dariam significados novos aos eventos biológicos, ao juntá-los aos fenômenos sócio-culturais.

O “fato” doença, assim como saúde ou morte, passou a ser visto além da sua objetividade “orgânica”, “natural”. A doença não escaparia às intenções da sociedade, tornando-se uma realidade por ela construída, assim como o doente ganharia, a partir de então, o símbolo de uma personagem social.

É importante ressaltar que inserimos nosso trabalho nessa perspectiva que vê as doenças como construções sociais, em especial a lepra – nosso foco de estudo. Poderemos observar, ao longo do trabalho, que o estabelecimento da sua etiologia, transmissão e

⁴⁵ Sobre isso, podemos citar os movimentos para o saneamento do Brasil ocorridos durante a década de 1910. Ver, entre outros, CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. “O pensamento sanitário na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. In: *DADOS*. Rio de Janeiro, 1985:28 (2) 193-210; e HOCHMAN, Gilberto e LIMA, Nisia Trindade. “Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República.” In: MAIO, Marcos Chor e VENTURA, Ricardo (eds.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FCB-Editora Fiocruz, 1996, pp. 23-40.

⁴⁶ ROSENBERG, Charles (ed.). “Framing disease: Illness, society and history”. *Explaining epidemics and the other studies in the History of Medicine*. Cambridge, 1992, pp. 305-318.

tratamento apropriado, dependeu das diferentes épocas da história, da influência dos grupos sociais ou de indivíduos em particular, que produziram suas definições para a doença. Essas “construções” estavam amparadas não só do progresso médico e tecnológico a respeito da doença, mas também em fatores sócio-culturais como as crenças religiosas (que transformaram as impurezas morais em lepra, contribuindo para o estigma da doença), a nacionalidade ou cidadania (os cidadãos perdiam muitos dos seus direitos quando diagnosticados como leprosos); e as políticas e responsabilidades do Estado (a definição do que fazer com os doentes e como controlar a doença perpassava pela obrigação estatal em promover a saúde e a segurança da população).

Depois dessa apresentação das novas tendências da história da medicina, da saúde pública e das doenças, resta-nos apresentar os trabalhos mais relevantes da historiografia recente, inserindo-os em suas tendências metodológicas.

1.3. Balanço Bibliográfico

Na produção historiográfica brasileira mais recente, destacamos alguns trabalhos que, sob perspectivas diferentes, analisam a relevância da lepra e de outras doenças na história do homem, assim como os esforços empreendidos para o seu controle, especialmente no tocante às formulações de políticas públicas. Na maioria dos trabalhos específicos sobre a lepra, a temática do estigma é recorrente, o que torna o campo já bastante explorado.

Um bom exemplo da atual história sócio cultural das doenças é o trabalho de Sérgio Carrara sobre as formas de neutralização de uma ameaça denominada sífilis. Em *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*, Sérgio Carrara analisa as condições que possibilitaram a emergência do chamado “problema sanitário”, assim como o conjunto de intervenções propostas e efetivadas para a eliminação e o controle da sífilis.⁴⁷ Tendo reaparecido de forma contundente durante o século XIX, a sífilis ganhou tamanha importância nos meios médicos que logo determinou a necessidade de uma especialidade médica voltada para o seu estudo: a sifilografia. Progressivamente, passou a gravitar em torno da doença uma rede de especialistas, que enalteciam a gravidade do problema, o seu impacto social e, conseqüentemente, a importância de sua própria prática profissional. Esses sifilógrafos criticavam os médicos não-especialistas, os poderes públicos e a população em geral, afirmando que estes não consideravam a doença

⁴⁷ CARRARA, Sérgio. *Op. cit.*

tal como se deveria: um dos grandes problemas sanitários. Nos encontros científicos, que também passaram a dedicar espaço para essa doença, os especialistas aproveitavam para alertar a população, pressionar os governos e, também, ganhar visibilidade social, dedicando-se à clínica e à implementação de medidas de combate à doença, com profundas intervenções terapêuticas, sociais e culturais.

Dessa forma, o autor apresenta o modo pelo qual uma determinada doença foi gerada nos meios médicos na virada do século, o que torna a sífilis uma grave ameaça à saúde, mas principalmente, um problema de saúde pública, dada às ameaças coletivas. De outro lado, Carrara também apresenta os conceitos e valores que forneciam o substrato da luta contra a sífilis. Essa obra tem como pano de fundo questões já consagradas na historiografia, como raça, nação, eugenia e civilização. Além disso, uma pesquisa cuidadosa e profunda nos apresenta a construção social da sífilis, as medidas sanitárias para a sua eliminação e a emergência de um novo saber: a sifilografia.

O livro de Sérgio Carrara é, portanto, fundamental para o estudo que estamos realizando. Nesse processo de construção social da sífilis, o autor analisa a interface entre discurso e intervenção social, de especial importância para o nosso trabalho, não só por sua abordagem teórico-metodológica, mas também porque a sífilis, no campo da dermatologia, se manteve ao lado de uma outra doença de alta visibilidade social e de intensa evocação simbólica: a lepra – nosso foco de atenção.

Embora Carrara indique que a sífilis teve uma importância singular entre as demais doenças estudadas pelos dermatologistas – a sifilografia era uma área anexada à dermatologia, assim como a leprologia –, já que nomeou cátedras nas faculdades de medicina, congressos nacionais e internacionais, sociedades científicas etc., esse destaque não esteve tão presente na década de 1920. Quando foi criado o serviço voltado para as doenças venéreas e a lepra, o nome “sífilis” não apareceu na nomenclatura do mesmo, ainda que estivesse na relação das doenças a serem combatidas pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas.

Um outro trabalho nessa linha sócio-cultural é o trabalho de Ítalo Tronca, que explora a conexão entre literatura e a doença. Seguindo a linha de uma história cultural das doenças, *As máscaras do medo: lepra e aids*⁴⁸, parte das representações sobre a lepra desde o século XIX, e sobre a Aids, atualmente, como forma de observar o papel do imaginário social como instituidor da história. Assim, o autor compreende que a construção social da

⁴⁸ TRONCA, Ítalo, A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

doença seja uma invenção da linguagem sobre um fenômeno biológico. As representações e as imagens em torno de determinada moléstia criariam uma entidade nova, uma outra doença.

O objetivo do autor é discutir como as imagens e os discursos presentes hoje nas narrativas alegóricas sobre a Aids trazem consigo muitas das representações que um dia pertenceram à lepra e que foram “reativadas” durante o século XIX. A escolha da lepra para fazer contraponto com a Aids está no fato, não só de ser uma moléstia muito antiga, cujas imagens remontam aos tempos bíblicos e que, de alguma forma, ainda sobrevivem no imaginário social, mas também porque o autor considera a lepra como uma doença “desqualificada” pela historiografia científica cultural, o que o leva a acreditar que disso venha o vigor com que sobrevivam as suas representações na modernidade. Neste trabalho encontramos claramente a presença do “estigma” que acompanha a lepra como fator que determina a própria compreensão social da doença. Ou seja, a lepra não seria somente aquela doença provocada pelo bacilo de Hansen, mas, na verdade, todo um conjunto de representações degenerativas associadas, há vários séculos, ao fenômeno biológico.

Partindo do pressuposto de que seria evidente que as doenças existem independentemente do que pensamos, imaginamos ou sabemos sobre elas, ou seja, que os fenômenos interpretados como doenças não fossem somente uma “construção” ou representação da mesma, Tronca acredita que há uma outra face cultural, simbólica, desses fenômenos que não se evidencia. Esta assumiria uma forma de “alegoria”, que construiria e reconstruiria as imagens da doença, num sentido diferente de uma simples sucessão de metáforas. Na perspectiva de um historiador, a principal diferença entre alegoria e metáfora repousaria no tempo. A metáfora seria, historicamente, de duração limitada – existiria enquanto permanecessem no imaginário social os efeitos do “real”, cujo significado ela desvia ou transfigura. As metáforas sobre a tuberculose, por exemplo, perderam muito da força que tinham no passado. Já a alegoria é uma estética de longa duração, corresponde à necessidade do ser humano “de alimentar uma ilusão permanente de controle sobre o fluxo do mundo sensível”, criando representações sobre ele.⁴⁹

Embora utilizando-se dos termos “construção” e “metáfora”, Ítalo Tronca não cita os principais representantes dessas teorias contemporâneas a respeito das doenças: Charles Rosenberg que nos apresentou a construção social da doença, como já foi dito; e Susan Sontag, que nos ofereceu seus conceitos de doença como metáforas da vida social. As

⁴⁹ *Ibidem.*, p. 16

características das doenças representariam aos indivíduos aspectos da sociedade em que viviam, ou de suas relações sociais. Nesse sentido, essas características acarretariam um estigma para os portadores, transformando-se em metáforas, como o câncer, a Aids, e a própria lepra, cujos fenômenos estigmatizantes aos quais se associaram ao longo de sua história a tornaram um símbolo de perigo e poluição.⁵⁰

Apoiando-se na perspectiva alegórica, Tronca pretende demonstrar que os discursos sobre a lepra estão cada vez mais repetitivos. Basta verificar que as antigas alegorias cristãs de “moléstia sagrada” e “punição divina” estariam revigoradas nas modernas “maligna” e “impura”. A diferença entre elas residiria apenas nos temas que organizassem suas representações. Assim, o velho estigma sobre o mal bíblico estaria renovado no preconceito para com os doentes de Hansen.

Outro trabalho que se apóia na idéia do estigma como explicação para as representações da doença atualmente e suas implicações sociais sobre o comportamento do doente frente a si mesmo e ao seu meio social é o livro de Lenita Claro, *Hanseníase: representações sobre a doença*.⁵¹ Nele, a autora busca aprofundar a dimensão social e cultural da doença que permanece um desafio frente à aparentemente resolvida questão biomédica. Os cientistas dispõem de competentes meios de diagnóstico, além de terem definido sua etiologia e sua terapêutica de modo eficaz. Com o advento da moderna poliquimioterapia, a partir dos anos 1990 a lepra passou a ser considerada uma doença capaz de evoluir para a cura.

Mesmo com todo esse conhecimento médico a respeito da doença, as representações sociais continuam permeadas do milenar estigma. Baseando-se na antropologia médica, a autora pretende compreender essas representações e comportamentos associados sob uma ótica mais ampla, além da biologia, de forma a propôr uma estratégia necessária para o aperfeiçoamento dos serviços que atendem os doentes de lepra.

Autores como Marcos Queiroz e Maria Angélica Puntel também se dedicaram a analisar criticamente os serviços de saúde que são atualmente responsáveis pelo controle da lepra através da implementação de programas de saúde pública. O livro intitulado *A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar*, na verdade, é uma crítica

⁵⁰ Sobre o câncer, ver SONTAG, Susan. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984; sobre a lepra, ver, LIEBAN, R. W. *From illness to symbol and symbol to illness. Social Science & Medicine*, 1992:35 (2) 183-188.

⁵¹ CLARO, Lenita B. Lorena. *Op. cit.*

direcionada ao Sistema Único de Saúde que, segundo os autores, estaria passando por um processo de degradação por conta da equiparação da lepra com outros problemas de saúde.⁵² Para tentar solucionar essa questão, os autores defendem que as doenças de caráter endêmico, como é o caso da lepra, ou epidêmico, como a Aids ou o dengue, demandam um sistema de atenção mais complexo não apenas por conta dos equipamentos utilizados, mas de todo o trabalho humano necessário para a realização dos programas de controle. E, considerando estar o Brasil entre os países mais endêmicos do mundo, a lepra deveria constar entre as prioridades a serem destacadas, mas não é o que acontece de fato.

Os autores criticam o paradigma positivo-mecanicista dominante na medicina, onde o ato terapêutico é explicado exclusivamente pela intervenção química ou física nas diferentes partes e estruturas do organismo humano no sentido de eliminar a doença, percebida, em grande medida, pela agressão monocausal externa de um agente patológico. Segundo sua visão, a medicina deveria ampliar sua base biológica reducionista passando a considerar o processo saúde e doença como uma dimensão que também estaria impregnada de fatores culturais e sociais.

Recentes dissertações de mestrado e teses de doutorado têm o tema do estigma como fio condutor de suas exposições. Nas dissertações é comum ainda que o estigma esteja associado às ações caritativas e filantrópicas realizadas em prol dos doentes de lepra no Brasil, especialmente na primeira metade do século XX.

Para Leila Gomide, o estudo sobre a lepra no Brasil seria uma tentativa de compreender a sociedade brasileira e sua densa trama de relações e mais: perceber os estigmas e preconceitos que estão acoplados a esta moléstia e que, à revelia do tempo e do espaço, perpetuam-se no imaginário social brasileiro.⁵³ Assim, o primeiro capítulo é dedicado à análise do estigma e da segregação social dos doentes de lepra, como sentimentos impostos pela sociedade. Esses preconceitos, estigmas e discriminações marcaram o doente, diferenciando-o e transformando-o na figura do “outro”, no “morto em vida” ao longo do processo histórico.

Partindo desse ponto, a autora buscou compreender como o doente passou a ser analisado pelos discursos médicos e quais foram as ações profiláticas empreendidas no sentido de apartar o doente – disseminador do mal – da população sã, de forma a

⁵² QUEIROZ, Marcos de Souza e PUNTEL, Maria Angélica. *A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

⁵³ GOMIDE, Leila Regina Scalia. “Órfãos de pais vivos”. *A lepra e as instituições preventoriais no Brasil: estigmas, preconceito e segregação*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1991.

disciplinar o corpo social. E ainda verificou que o estigma ao doente se alastrava para os seus familiares e principalmente para seus filhos, obrigados a se separarem logo ao nascer e postos a viver em instituições especificamente criadas para eles: os preventórios. As crianças que lá viviam sofriam o mesmo preconceito dos seus familiares doentes, embora fossem saudáveis clinicamente.

A análise fica comprometida com o envolvimento da autora com as representações sobre a doença que “condenaram” o doente a viver esquivando-se, escondendo-se, sendo discriminados e rejeitados pela sociedade que os cerca, mas que não os quis acolher. Assim, os leprosários seriam uma “*antecâmara da morte*” para onde os enfermos deveriam ser recolhidos. Para Leila Gomide, as representações difundidas pela Bíblia seriam responsáveis pela reprodução daquele imaginário medieval sobre os doentes, impregnando-os até os dias atuais do peso da funesta herança milenar.

As representações sobre a doença nas obras literárias, no discurso coletivo, assim como na prática médica, estariam imersas no interior de uma mesma estrutura. Um imaginário central que cria, em suas derivações históricas, instituições asilares, imagens estéticas, teorias científicas, todas compondo uma rede simbólica que produz e reproduz o fato lepra, dotando-o de sentidos homólogos, como mal divino, degradação biológica, ameaça permanente ao mundo dos sãos. Sobre isso, Ítalo Tronca descreve o que ele denominou de “partitura oculta”, onde as representações construídas seriam como uma mesma nota escrita em claves diferentes, uma “partitura detentora do código inefável da polifonia”.⁵⁴

A presença do estigma no caso da lepra se apresenta na legislação brasileira do início do século XX. Para Leila Gomide, vários espaços passíveis de representações sobre a doença, eram responsáveis pela difusão e permanência do preconceito para com os doentes. Assim, a legislação, o discurso dos médicos, as medidas adotadas visando conter o avanço da doença – o isolamento –, tudo isso estaria baseado no estigma, que acompanhou os doentes desde a Idade Média. Para tanto, os médicos conclamavam a mobilização da população, invocando o medo que sempre acometia a população quando se tratava da lepra. Esse medo coletivo no qual se apoiavam os higienistas, serviam para que a população tivesse uma reação positiva frente às medidas higiênicas adotadas em relação à lepra.⁵⁵ Esse sentimento, no caso da lepra, era fortemente despertado, à medida que

⁵⁴ TRONCA, Ítalo A. “História e Doença: a partitura oculta. (A lepra em São Paulo, 1904-1940)”. In: _____ . *Recordar Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1985, pp. 136-143.

constitui um forte componente do imaginário coletivo em todos os tempos: o processo de “leprostigma”.⁵⁶

O isolamento dos doentes também foi alvo de estudo na dissertação de mestrado de Luciano Marcos Curi.⁵⁷ O período por ele estudado (1935-1976) corresponde ao momento em que o Estado brasileiro é pressionado por determinados segmentos da sociedade e, assim, edifica uma rede institucional voltada exclusivamente para a luta contra a lepra. Essa rede, composta por leprosários, preventórios e dispensários, marcaria e estigmatizaria a vida de todos.

“*Defender os sãos e consolar os lázaros*” explora, assim, a questão do estigma, onde procurou compreender os acontecimentos, mitos, memórias e tragédias ocorridos com os doentes de lepra durante o período em que o isolamento dos leprosos era uma medida obrigatória no país. Assim, o autor defende que a lepra não era vista apenas como uma doença, mas como uma categoria que combinava perigo infectante, indivíduos indesejáveis e exclusão social. Esta dissertação procurou ainda contextualizar o isolamento dos leprosos no Brasil a partir de um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas, buscando esclarecer inclusive o entrelaçamento da filantropia com a medicina e o Estado nas atividades referentes à lepra durante o século XX.

Dessa forma, podemos dizer que o trabalho de Luciano Curi abordou um período em que o doente de lepra era visto de uma maneira diversa de qualquer outro doente. Para o combate da lepra fora criada uma rede institucional própria e a sua profilaxia baseava-se quase que exclusivamente no recolhimento dos acometidos em locais apropriados para esse fim, onde em geral passariam o resto de suas vidas. O autor buscou o contexto em que se tornou possível a prática de reclusão dos doentes no período proposto, que se encontrava revestida de ampla significação social e de inúmeros discursos que postulavam tal procedimento.

Sua pesquisa vai além dos discursos sociais, recuperando também o drama vivido pelos doentes ao serem integrados na rede institucional criada especificamente para eles, com a intenção de eliminar a endemia que assolava o país. Nota-se que a questão do

⁵⁵ Sobre o comportamento coletivo em tempos de peste, ver DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente (1300-1800)*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989, pp. 107-138.

⁵⁶ Termo utilizado por ROTBERG, Abrahão. “A tecnicamente impossível educação sobre a lepra – e uma advertência”. *A carta Hanseníase*, nº 9, março de 1979, p. 05. Rotberg defendia que para educar sobre a lepra era necessário alterar a terminologia da doença, já que o leprostigma seria algo invencível.

⁵⁷ CURI, Luciano Marcos. “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

estigma está permeando todo o desenvolvimento do trabalho, como forma inclusive de justificar as políticas implementadas nesse sentido.

Para Curi, o antigo leproso não equivale ao atual hanseniano. Desde a antiguidade até o século XIX, a igreja, a medicina e a população em geral reconheciam a lepra como uma categoria ampla que abrigava uma série de outras doenças dermatológicas, hoje reconhecidamente distintas. Assim, a hanseníase seria apenas o mal biológico e a lepra, além do primeiro, agregaria traços de “uma espécie de ser simbiótico que reúne os traços do fenômeno biológico juntamente com os da cultura”, fenômeno que Foucault chamou de “delirante”.⁵⁸

A caridade oferecida aos doentes até o século XIX estava sob a administração religiosa da Igreja Católica, ou de algumas de suas ordens. No entanto, no final do século XIX e início do XX, com o Estado brasileiro tornando-se gestor da Saúde Pública e a lepra objeto de atenção médica, a filantropia que se relacionava com essa doença secularizou-se. Novos atores surgiram, principalmente as “damas ilustres” da sociedade, que dedicavam seu tempo a viabilizar o isolamento dos doentes de lepra, mas atenuando seus sofrimentos e angústias. As sociedades beneméritas que foram criadas também estavam voltadas para a proteção das famílias desses doentes, que muitas das vezes era quem sustentava a casa, deixando a família desamparada quando da sua internação.

Os filhos dos doentes mereceram atenção especial nos projetos caritativos realizados no Brasil. As Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra responsabilizaram-se por toda a ação em relação às crianças, construindo preventórios para o seu recolhimento. Nessas instituições, as crianças recebiam alimentação, educação e saúde, proporcionadas por doações e verbas adquiridas nas campanhas de solidariedade desenvolvidas pela Federação dessas Sociedades.⁵⁹

A adoção do isolamento dos leprosos como prática profilática, em áreas afastadas dos centros urbanos, foi a maneira mais econômica e “profilaticamente correta” encontrada pela política brasileira para retirar da sociedade não só os indivíduos responsáveis pelo contágio da doença, mas também a figura indesejável e estigmatizante do leproso. Dessa forma, Curi admite que a política isolacionista foi posta em prática não só por que os médicos a indicavam como profilaxia a ser adotada, mas também por conta do estigma a

⁵⁸ TRONCA, Ítalo A. “Foucault, a doença e a linguagem delirante da memória”. In: BRESCIANI, Stella, NAXARRA, Márcia (org.). *Memória e (res) sentimento: indagações sobre uma questão sensível*. Campinas, Editora da Unicamp, 2001, pp. 129-148.

⁵⁹ “Campanhas de Solidariedade”. *Fundo Souza Araujo*, SA/PI/TP/19480506 – Pasta 04. COC/Fiocruz.

que estavam sujeitos. O isolamento dos doentes em locais disciplinados, sob a orientação médica constituía uma renovação da prática da exclusão e expulsão dos doentes instituída desde o início da era cristã. O medo e estigma para com a lepra eram estimulados e utilizados pelos agentes de saúde durante todo o período em que o isolamento compulsório esteve em vigor, de forma a legitimar tal prática.

Essas dissertações, em geral, dedicaram parte de seus trabalhos à causa da lepra como uma herança estigmatizante, reafirmada pela religião e praticada por quase todo o mundo. Esse também é o caso da tese de doutoramento de Yara Monteiro, intitulada *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*.⁶⁰ Tomando por base a análise do modelo profilático adotado no estado de São Paulo que estava baseado no isolamento compulsório dos doentes, analisa sua influência sobre as políticas de saúde em todo o país. Tentou, assim, reconstituir a história da lepra mostrando como a perpetuação de um estigma permitiu que já no século XX fossem realizadas “caçadas humanas” aos milhares e em seguida segregarem os doentes compulsoriamente em nome do “bem estar coletivo”, condenando-os à “morte civil”.

Dentre os objetivos de seu trabalho, Yara Monteiro procurou reconstituir o mundo dos doentes, utilizando-se do método da história oral, em entrevistas realizadas com médicos, doentes e outras pessoas envolvidas, tentando mostrar os seus vínculos com uma tradição milenar ainda preservada nas sociedades contemporâneas. A autora faz um histórico da introdução da doença no Brasil e de como foi possível reproduzir aqui os padrões de comportamento semelhantes aos da Europa Medieval; analisou discursos feitos em nome do bem estar coletivo, pregando a exclusão dos “indesejáveis” e ainda mostrou como uma ideologia foi endossada pelo poder, ainda que contradizendo posturas recomendadas pela sociedade científica internacional.

Na perspectiva de uma história das mentalidades, a autora buscou refletir os posicionamentos assumidos pela sociedade frente à lepra, resultado de antigas tradições, mitos, herança cultural e como esses fatores contribuíram para a perpetuação do estigma contra a lepra. O estigma seria um conceito de longa duração quando relacionado a essa doença. E seria um dos responsáveis pela dificuldade em realizar o tratamento e o combate à endemia até os dias atuais. A reconstrução do mundo dos doentes separados da sociedade pelos muros das “colônias” demonstraram que determinados mecanismos permitiam a

⁶⁰ MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social, São Paulo: USP, 1995.

estruturação de um mundo “à parte” que estigmatizaria tanto o doente quanto seus familiares, particularmente as crianças, que continuavam fora desses “muros”.

Um fator de destaque desta tese é o estudo detalhado do caso paulista, diferenciado do nacional por conta de sua relativa autonomia política e financeira. Segundo Yara Monteiro, São Paulo dispunha de condições privilegiadas para efetuar o combate à endemia. Contava com uma equipe médica especializada, com uma legislação especial que permitia isolar o doente e mantê-lo apartado da sociedade, tinha o apoio governamental, o endosso da população e principalmente os recursos necessários para praticar obra de tal vulto. Assim como o Estado tinha condições para efetivar o isolamento dos doentes, mesmo que se utilizando de meios policiais para pô-lo em prática, também foi responsável por alimentar um postura desnecessária de medo e horror frente à lepra, dando ênfase ao estigma que a acompanhava. Pela diferença de postura em relação ao restante do país, a noção e o grau de periculosidade do doente passava a ser uma questão de geografia. Se o doente atravessasse as fronteiras do Estado de São Paulo para o do Rio de Janeiro, como foi o caso do escritor Marcos Rey, poderia ser tratado em liberdade.⁶¹

A diferença do caso paulista para o nacional e a existência de uma rica fonte documental, de propriedade do antigo Departamento de Profilaxia da Lepra, contendo entre os documentos, a referência dos doentes existentes no Estado de São Paulo e os tratamentos empregados, é de muita importância para a realização de contrapontos.

Na história dos “grandes” médicos, das “grandes” descobertas científicas, do “progresso inevitável” da ciência, também a lepra escreveu o seu capítulo. Em geral, quando médicos que atuaram diretamente na definição do saber sobre a doença e das práticas a serem adotadas para conter o seu avanço, essas memórias estão repletas de um saudosismo que só permite visualizar o que de melhor e mais positivo aconteceu. O leprologista brasileiro Heráclides César de Souza Araújo ocupou-se ao longo de sua vida em escrever artigos, folhetos, teses e livros que tinham como tema central o problema da lepra no Brasil e no mundo. Sua maior e mais importante obra é *História da Lepra no Brasil*, em 3 volumes, publicada em 1956, que analisa a lepra desde o período colonial até

⁶¹ Marcos Rey, durante a adolescência, foi internado em leprosários de São Paulo. Na idade adulta decidiu fugir para o Rio de Janeiro, onde não mais foi internado. Escondeu sua doença de todos à sua volta, até a sua morte. Sua biografia foi publicada por MARANHÃO, Carlos. *Maldição e glória: a vida e o mundo do escritor Marcos Rey*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

a década de 1950.⁶² Sua importância está mais no levantamento das fontes, geralmente transcritas na própria obra, do que na análise que faz dos acontecimentos.

Por conta dessa característica descritiva do material sobre a doença, esta obra tornou-se referência para muitos outros estudos no campo da história da lepra. Alguns trabalhos transformaram-na, em sua totalidade, em uma fonte primária. Este é o caso do trabalho de Ana Zoé Schilling da Cunha, *Hanseníase: a história de um problema da saúde pública*, publicado em 2000, e que toma por “dadas” as análises feitas por Souza Araújo nesta obra em questão.⁶³ Assim, a autora utilizou o trabalho de Souza Araújo, não como fonte secundária, como uma análise dos acontecimentos dotada de interferências do autor segundo suas intenções, mas como uma fonte primária, teoricamente livre desse tipo de subjetividade.

Para este estudo, analisaremos apenas o terceiro volume desta obra que descreve a história da lepra no período republicano, mais especificamente entre os anos 1890-1952. Nesse volume, Souza Araújo apresenta e analisa a legislação, trabalhos publicados, conferências proferidas no âmbito das reuniões das associações científicas, políticas públicas empreendidas para o combate à doença, assim como ações filantrópicas realizadas em socorro aos doentes. O estilo de transcrever as fontes ajuda o autor que pretende expor “verdadeiramente” como ocorreu a história da lepra no Brasil durante o período.

Na historiografia internacional, observamos um trabalho singular sobre o tema da lepra. O livro de Diana Obregón *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia* pretende resgatar a importância específica desta doença para a sociedade colombiana.⁶⁴ Planeja não somente apresentar o papel da lepra nas representações coletivas dessa sociedade, como principalmente, explicar a função fundamental que a lepra teve tanto para o desenvolvimento de instituições voltadas para a Saúde Pública da Colômbia, como também demonstrar o seu papel proeminente na consolidação da própria profissão médica. Nesse sentido, seguindo os passos do historiador Roger Cooter, assinala que o sujeito do conhecimento (a profissão médica) e o seu objeto (a lepra) seriam formados em uma relação recíproca, já que as circunstâncias materiais e sociais constituem mutuamente

⁶² SOUZA ARAUJO, Heráclides César de. *História da Lepra no Brasil*. Três volumes. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956.

⁶³ CUNHA, Ana Zoé Schilling da. *Hanseníase: a história de um problema da saúde pública*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2000.

⁶⁴ TORRES, Diana Obregón. *Op. cit.*

conceitos e teorias⁶⁵. Assim, os conhecimentos médicos passariam a ser considerados como parte dessas totalidades sociais e culturais.

A autora examina as relações sociais específicas estabelecidas entre os principais atores envolvidos na questão da lepra: os médicos, os doentes e o Estado colombiano. Apresenta, ainda, a interação entre conhecimento médico e os interesses da profissão médica, a dinâmica nacional e internacional da luta contra a lepra e as disputas de poder dos médicos.

Por conta do estigma revivido pelos modernos contagionistas, ao se apoiarem na importância dos procedimentos medievais de segregação e demonstrar assim sua “eficácia” no desaparecimento da doença naquele período, esse grupo criou não só a condição de aceitação das práticas isolacionistas indicadas, como construiu uma identidade para a lepra como uma doença bíblica e medieval, relacionada aos rituais religiosos de exclusão. Por essas razões e por nenhuma outra doença ter sido tão estigmatizada na cultura ocidental, a autora acredita que o estudo da lepra nos oferece uma especial oportunidade de discutir que os conhecimentos sobre ela são socialmente construídos.

Segundo sua análise, a lepra deve ser entendida além da questão puramente biológica ou da compreensão da doença em seus contextos sociais e culturais, mas também deve-se examiná-la como construções de uma história, uma sociedade e uma cultura determinadas. A ciência e a medicina são essencialmente atividades sociais e, portanto, a doença, antes que uma entidade natural, deve ser vista como uma construção social. Nesse caso apóia-se nos trabalhos já citados de Charles Rosenberg.

A autora compartilha com as mais modernas tendências, quando indica que as declarações médicas sobre transmissão, contagiosidade, isolamento de pacientes e tratamento da doença, foram o resultado de complexas negociações sociais dentro da comunidade médica internacional. A produção de conhecimento científico seria, assim, um processo social, antes que um “descobrimto” da verdade, por mentes racionais que afastariam a irracionalidade e a superstição.

Essa obra específica sobre lepra é importante para este estudo principalmente pelo fato de, juntamente com as informações sobre as políticas implementadas na Colômbia, com relação à doença, servirem de comparação com o que ocorreu no Brasil ou de exemplo na pesquisa. A autora ainda indica as diretrizes teórico-metodológicas que devem ser utilizadas para o estudo das doenças, em especial a lepra, que só ultimamente vêm

⁶⁵ *Apud* TORRES, Diana Obregón. *Op. cit.*, p. 94.

despertando a atenção dos historiadores, e que, portanto, sua história tem sido escrita, até então, pelos próprios trabalhadores envolvidos diretamente com a questão (médicos, especialistas, enfermeiras).

1.4. A doença como a entendemos

Como pudemos demonstrar, a maioria dos trabalhos recentemente escritos sobre a temática da lepra tem seus objetivos entrelaçados e, muitas vezes, fortemente amparados no estigma como explicação para o que se realizou com o intuito de proteger a população sadia. Mas não se pode deixar de perceber que o problema da lepra é maior que isso. É preciso avaliar o conhecimento médico existente na época e o que se poderia realizar a partir desse saber. A implementação do isolamento dos doentes confirmava mais a falta de um conhecimento científico sobre a doença do que somente a existência de um estigma sobre esses doentes.

É importante deixar claro que a questão do estigma é para nós o ponto menos relevante para se determinar o tamanho do problema da lepra no Brasil. O medo de contrair uma doença física e moralmente degenerativa certamente implicaria na necessidade de uma intervenção estatal direcionada ao problema. Mas as características próprias da lepra, como a contagiosidade e a incurabilidade⁶⁶, induziam o poder público a tomar medidas no sentido de controlar o contágio e conseqüentemente evitar uma maior propagação da doença.

Torna-se claro que essa medida de exclusão social foi escolhida por influência da “tradição de isolamento” dos séculos anteriores, vinculada à questão do estigma da doença. Mas essa escolha, durante o século XX, estava mais intimamente ligada à impossibilidade científica em definir medidas que impedissem a propagação da doença ou mesmo em se descobrir um medicamento que levasse o paciente à cura. A confirmação da contagiosidade da doença – com a descoberta do *Mycobacterium leprae* no final do século XIX – associada à inexistência de cura do indivíduo, a partir dos medicamentos oferecidos para o tratamento dos doentes no período, indicam uma grande probabilidade da lepra ter sido considerada como um problema de caráter nacional, principalmente quando associado ao número de doentes que se imaginava existir. A partir do conhecimento científico da época, esses dois fatores de ordem médica – a contagiosidade e a incurabilidade –

⁶⁶ A cura da lepra só será viável a partir da descoberta das sulfonas, na década de 1940.

determinavam que somente o isolamento dos doentes poderia proporcionar um controle mais efetivo da lepra.

A lepra é um tema pouco explorado tanto na história da saúde como na história contemporânea do Brasil. A perspectiva predominante dos trabalhos realizados tem sido a análise dessa doença a partir da idéia de “estigma”, de representação social, a doença na visão dos doentes ou dos médicos. Ao contrário da maioria dos trabalhos desenvolvidos sobre o tema da lepra, o nosso não visa às suas representações sociais. Pretende muito menos interpretar as medidas sugeridas por médicos e adotadas através de políticas públicas de saúde como baseadas no estigma milenar que a acompanha.

Diferentemente disso, visa abordar mais os aspectos políticos das medidas propostas para implementar a luta contra a lepra, não esquecendo da visão científica que apoiou essas políticas voltadas para toda a sociedade brasileira. A relevância deste trabalho está na “dramaticidade” do isolamento como política de controle da doença e na dimensão estatal da sua compulsoriedade.

Levando-se em conta a atuação do Estado brasileiro nas questões referentes à lepra, torna-se importante verificar os mecanismos através dos quais o Estado impunha suas decisões e determinava práticas de combate à doença em todo o território nacional. Compreendemos que a escolha pela compulsoriedade do isolamento é uma política exclusivamente realizada pelo Estado, nas sociedades reguladas por um governo estatal. Seria, assim, o único a ter o “direito” de determinar tal política e pô-la em prática, utilizando-se, inclusive, de força policial para sua efetivação. Além disso, poderia direcionar essa atribuição para alguém, como por exemplo, aos médicos.

No caso da lepra, o Estado dividiu o seu poder com os médicos para que estes realizassem o diagnóstico clínico da doença. Ambos – médicos e Estado – eram os responsáveis pela retirada do indivíduo doente do convívio de sua família e de todo um contexto social para interná-lo em instituições geralmente criadas e/ou mantidas pelo Estado para o seu isolamento. Em São Paulo, por exemplo, somente os médicos do Departamento de Profilaxia da Lepra – órgão estatal – tinham a permissão de tratar os doentes de lepra, após o diagnóstico positivo da mesma. Os médicos que não estivessem vinculados ao DPL não tinham essa permissão e ainda eram punidos caso realizassem diagnósticos ou mesmo o tratamento dos doentes. Essa política foi adotada no Estado de

São Paulo para que as informações de todos os doentes de lepra do estado ficassem armazenadas em um único arquivo.⁶⁷

O diagnóstico é uma questão relevante para a compreensão da política de isolamento dos doentes. Os médicos – com a permissão do Estado – são os responsáveis pelo diagnóstico do indivíduo. São eles que confirmam ou não um caso de lepra a partir de determinados sinais e sintomas predefinidos como próprios da doença, juntamente com a positivação de exames baciloscópicos realizados.⁶⁸ Já o Estado realiza o diagnóstico social/epidemiológico a partir dos casos positivados de lepra, levados ao conhecimento público através dos censos. A dimensão do problema é confirmada a partir desse diagnóstico do Estado. A decisão de isolar os doentes é do Estado e está presente na legislação em vigor no período (embora fosse reduzido o número de instituições que servissem especificamente para essa finalidade).

No caso específico da lepra há uma polêmica em relação à dimensão do problema.⁶⁹ Em 1926, Eduardo Rabello, chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, estipulava um total de 11.000 doentes no país, de acordo com o censo realizado por esse órgão (com exceção do estado de Minas Gerais onde o recenseamento, até 1926, ainda não estaria concluído); Belisário Penna, sempre crítico à atuação dessa Inspetoria, calculava, nesse mesmo momento, a existência de 34.000 leprosos. Quase uma década depois, Souza Araujo assumia que o problema era muito maior, em torno dos 50.000 casos em todo o território.⁷⁰ O fato é que qualquer um desses diagnósticos social-epidemiológicos, junto ao temor social que a doença provocava, tornava evidente a demanda por cuidados e respostas por parte do Estado. Isso nos leva a considerar a lepra, nesse momento, como um problema nacional.

A partir do diagnóstico individual e social, a preocupação imediata está em qual seria a melhor solução para o problema da lepra no país. Nesse ponto não se pode esquecer

⁶⁷ Cf. MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo.” In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10 (supplement 1): 95-121, 2003.

⁶⁸ Os exames baciloscópicos são aqueles realizados com os suspeitos a fim de se confirmar o diagnóstico positivo ou negativo para a lepra.

⁶⁹ Essa polêmica será discutida no capítulo II.

⁷⁰ Essa discrepância em relação ao número exato de doentes devia-se ao fato de ser a lepra uma doença facilmente confundida com outras dermatites, o que poderia aumentar o número de casos conhecidos ou, ao contrário, encobrir alguns pacientes em falsos diagnósticos. Sobre os números citados ver respectivamente: RABELLO, Eduardo. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. 1926:98 (9) pp. 263-291. PENNA, Belisário. “O problema da lepra no Brasil”. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. 1926:98 (9) pp. 211-223; SOUZA ARAUJO, Heráclides Cesar de. “Há cinquenta mil leprosos no Brasil!” *Diário Carioca*, 2-2-1935.

que os Estados possuíam uma certa autonomia em relação à União e que qualquer tipo de ação que visasse a atingir todo o território nacional deveria ser estabelecida através de acordos com os Estados. O receituário sobre a lepra poderia, portanto, sofrer algumas alterações a partir do que foi definido pelo serviço sanitário federal, mas em geral seguiam um modelo organizacional de isolamento dos doentes, também conhecido como “tripé”, composto por leprosários, dispensários e preventórios.⁷¹

Dessa forma, pretendemos apresentar a dinâmica das principais polêmicas ocorridas nos anos que antecederam à prática do isolamento compulsório, analisando os debates promovidos e as ações implementadas em relação à lepra. Procuramos compreender, ainda, quais fatores influenciaram para a determinação dessa política compulsória oficial de segregamento que perdurou até 1962.⁷² O objetivo, portanto, está na compreensão dos caminhos percorridos durante as décadas de 1920, 1930 e início de 1940 para que essa medida viesse a se tornar obrigatória em todos os Estados da federação e para todos os doentes.

No próximo capítulo, abordaremos a década de 1920, indicando as condições em que foi criado o primeiro órgão público de atenção especial à lepra – em conjunto com as doenças venéreas – e como ele atuou no território nacional durante esse período. A legislação referente à lepra nos indica como o Estado se autorizava do direito de retirar a liberdade individual de uma pessoa diagnosticada doente em defesa do bem-estar coletivo. O papel dos médicos diante da importância do diagnóstico correto também está refletida na legislação e em muitos trabalhos científicos do período.

Observaremos inclusive, que embora tendo sido determinado pelo regulamento sanitário de 1920, o isolamento compulsório dos doentes de lepra foi uma política que, naquele momento, não pôde ser posta em prática. A falta de instituições voltadas para essa finalidade dificultou a atuação da Inspetoria e influenciou na visão pessimista em relação ao órgão. A escassez de verbas também impediu que novas instituições fossem construídas visando a esse isolamento profilático. A atuação federal no caso da lepra, representada pelo médico-sifilógrafo Eduardo Rabello, foi criticada publicamente no âmbito da Academia Nacional de Medicina pelo médico-sanitarista Belisário Penna. Essa polêmica ocorrida no ano de 1926 também será alvo do próximo capítulo.

⁷¹ Veremos o armamento contra a lepra, conhecido como “tripé”, no capítulo III.

⁷² BRASIL, Diário Oficial da União, 09 de maio de 1962, p. 51134. Decreto nº. 968, de 07 de maio de 1962.

CAPÍTULO II – O COMBATE À LEPROSA DURANTE OS ANOS 20: A CRIAÇÃO E A ATUAÇÃO DA INSPETORIA DE PROFILAXIA DA LEPROSA E DAS DOENÇAS VENÉREAS.

2.1. A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920)

O Brasil, ao entrar no século XX, já se encontrava sob o regime republicano, iniciado em 1889, e seguindo as orientações da Constituição Federal de 1891. Constituindo-se de unidades federativas, com autonomia política em seus territórios, os Estados poderiam estabelecer medidas independentemente da ação ou autorização federal. A autonomia dos Estados, própria do sistema federativo, impedia que uma determinada política estabelecida pela União fosse realizada imediatamente em todo o território nacional. Essa situação descentralizada e descontínua só poderia ser modificada caso o poder estatal firmasse acordos com a União, onde estivesse clara a submissão daquele Estado às ações e orientações da União. Uma intervenção federal sem que houvesse acordos firmados feriria os termos da constituição vigente durante todo o período da República Velha.

Todas as medidas determinadas pela legislação federal, como o regulamento sanitário promovido por Oswaldo Cruz em 1904, por exemplo, tinham como campo de ação específica a Capital Federal. Para os demais estados, esse regulamento servia de instrução ou ponto de partida para que cada um deles tratasse das questões sanitárias como lhe fosse conveniente, de forma independente ou com o auxílio da União.

Os anos 20 inauguraram uma fase de crescente intervenção federal em várias áreas das políticas públicas. Na saúde observamos a unificação e centralização dos serviços de

higiene e saúde pública, personificados na criação, em janeiro de 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.⁷³ Resultado das demandas do movimento sanitarista, concebido no ambiente nacionalista do período da Primeira Guerra Mundial, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) significou um aumento da coordenação federal das ações de saúde, assim como a sua expansão pelo território nacional.⁷⁴ Contribuiu, também, para uma especialização das ações sanitárias e para instrumentalizar uma intervenção mais efetiva do governo federal nos Estados.

O Departamento Nacional de Saúde Pública tinha entre suas funções os serviços de higiene da capital federal, a profilaxia rural em todo o território nacional, os serviços sanitários nos portos, o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das doenças transmissíveis, assim como a assistência, no Distrito Federal, aos leprosos, e aos demais doentes que necessitassem de isolamento. Essas atividades foram divididas em três novas diretorias, contando cada uma delas com serviços anexos, específicos a cada modalidade de ação de Departamento.⁷⁵

Os serviços de profilaxia contra as doenças transmissíveis no Distrito Federal, além dos serviços de polícia sanitária, laboratórios, a fiscalização dos alimentos e do exercício da medicina, ficaram sob a responsabilidade da Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal. Os cuidados com as doenças ficam claramente delimitados ao território da cidade do Rio de Janeiro. Já as ações de combate às endemias em quaisquer outras regiões do país, incluindo a execução dos serviços de profilaxia e dos serviços de propaganda e educação sanitária, deveriam ser executadas pela Diretoria do Saneamento Rural. O acordo entre a União e os estados e municípios, necessário para a realização desses serviços, deveria ser promovido através dessa diretoria, de modo a facilitar e unificar o desenvolvimento dos serviços de higiene e de combate às endemias nas cidades e zonas rurais do país, por fim, a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, responsável pelas ações sanitárias nos portos, inspecionando os imigrantes e vacinando os passageiros.

⁷³ BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1. Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920, art. 1º.

⁷⁴ Sobre o movimento sanitarista da década de 1910, destacamos, entre outros, os trabalhos de CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. “O pensamento sanitarista na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. In: *DADOS*. Rio de Janeiro, 1985:28 (2) 193-210; Gilberto Hochman. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998; LIMA, Nisia T. e HOCHMAN, Gilberto. “Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República”. In: MAIO, Marcos Chor e VENTURA, Ricardo (eds.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FCBB-Editora Fiocruz, 1996, pp. 23-40.

⁷⁵ BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1. Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920, art. 3º.

A lepra, as doenças venéreas e a tuberculose foram as únicas doenças que tiveram serviços especificamente criados para elas nessa legislação. Enquanto o ‘serviço especial contra a tuberculose’, que estava subordinado à Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal, destinava-se exclusivamente para os doentes da capital⁷⁶, a criação de um serviço voltado especificamente para a profilaxia contra a lepra e as doenças venéreas deveria ser orientado “*em todo o país*”.⁷⁷ Podemos, assim, notar diferenças na visão que se tinha sobre as doenças que assolavam o país naquele momento. Mas, em ambos os casos, os estados ou municípios que desejassem realizar serviços similares deveriam entrar em acordo com o governo federal, entregando a direção técnica e administrativa desses serviços ao Departamento Nacional de Saúde Pública, ou especificamente à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV).

Como se pode observar, as ações empreendidas pelo governo federal em relação à saúde pública e, principalmente, quanto à profilaxia das doenças, estavam divididas entre aquelas desenvolvidas para a Capital Federal e outras que deveriam ser executadas nos demais Estados do país. Essa posição diferenciada estava de acordo com a política federativa ainda em vigor, onde o governo federal não poderia se sobrepor às decisões políticas dos governos estaduais. A legislação que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública tornou clara a necessidade de firmar acordos previamente com os Estados antes de pôr em execução os serviços de profilaxia rural.⁷⁸

O regulamento sanitário federal de 1920 definiu a atuação tanto do Departamento Nacional de Saúde Pública quanto da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Foi elaborado pelo médico Carlos Chagas que, na época, era o diretor do Instituto Oswaldo Cruz, tornando-se o primeiro a ocupar o cargo de direção do DNSP.⁷⁹ Esse regulamento sofreu severas críticas do *Brazil Médico*, um periódico especializado, sendo alterado alguns meses depois de aprovado. Por conta das várias modificações ocorridas no regulamento sanitário durante os primeiros anos após a sua criação, adotaremos a última versão, datada de 31 de dezembro de 1923.⁸⁰

⁷⁶ BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 581 e 582.

⁷⁷ BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1. Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920, art. 5º, alínea e. [grifo meu]. Todas as citações terão, aqui, a grafia atualizada.

⁷⁸ *Ibidem.*, art. 9º.

⁷⁹ O regulamento original do Departamento Nacional de Saúde Pública, elaborado por Carlos Chagas, foi aprovado pelo Decreto nº. 14.189, de 26 de maio de 1920. BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 2, p. 1157.

⁸⁰ BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

É interessante notar que a lepra não esteve entre as doenças consideradas como “problemas nacionais” durante o movimento sanitário, na década de 1910. Os sanitaristas lutavam por uma agenda que incluía os cuidados com as chamadas “endemias rurais”, entre elas, principalmente a ancilostomose (ou opilação), a malária e a doença de Chagas. Mas, quando em 1920 deu-se a reforma dos serviços sanitários, dedicou-se à lepra uma inspetoria própria, dividindo espaço apenas com as doenças venéreas e com o câncer. Em contrapartida, aquelas doenças, que uma década antes já eram consideradas como grandes problemas nacionais, foram alocadas em um dos serviços técnicos da Diretoria de Saneamento Rural, denominado Combate às Endemias Rurais.⁸¹ Quais teriam sido as mudanças ocorridas no final da década de 1910 para que a lepra surgisse como uma das principais doenças a figurarem no regulamento sanitário federal de 1920?

2.2. A atuação da Comissão de Profilaxia da Lepra (1915-1919)

Dentre os acontecimentos que influenciaram a criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas podemos destacar a atuação da Comissão de Profilaxia da Lepra que esteve reunida entre os anos de 1915 a 1919. Seguindo a proposta do leprologista e então diretor do Hospital dos Lázaros, Belmiro Valverde, e com orientação de Juliano Moreira, à época diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados do Distrito Federal, a Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro promoveu a organização de uma comissão, composta por vários médicos, de forma a estabelecer as medidas que deveriam ser implementadas com relação à profilaxia da lepra, àquela altura definida como um grande mal do país.⁸² O acadêmico Emílio Gomes, que fez parte da referida comissão como membro enviado da Academia Nacional de Medicina, conclamava os ouvintes, em 1915, para que estes atentassem para o

*“(...) movimento humanitário esse em prol do estabelecimento de uma profilaxia séria contra a lepra, a mais terrível das epidemias que se vem desenvolvendo de maneira espantosa nos últimos tempos”.*⁸³

⁸¹ *Ibidem*, art 1.487 até 1579.

⁸² Cf. MACIEL, Laurinda Rosa. *A hanseníase e a saúde pública: a comissão de profilaxia da lepra (1915-1919)*. Mimeog. ANPUH Nacional – 2001 – GT História das Doenças.

⁸³ *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p. 124.

A comissão reuniu-se pela primeira vez na Academia Nacional de Medicina, durante a sessão de 22 de julho de 1915 e teve a participação de várias das sociedades científicas da Capital Federal.

Cada uma das cinco instituições enviou três representantes, o que totalizou 15 membros. Pela Academia Nacional de Medicina tivemos como representantes Emílio Gomes, Alfredo Porto e Henrique Autran; pela Sociedade de Medicina e Cirurgia, Eduardo Rabello, Werneck Machado e Guedes de Mello; pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, Fernando Terra, Juliano Moreira e Adolpho Lutz; pela Sociedade Médica dos Hospitais, Sampaio Vianna, Oscar da Silva Araújo e Oscar D'Utra e Silva e, finalmente, pela Associação Médico-Cirúrgica, Paulo Silva Araújo, Henrique de Baurepaire Rouan Aragão e Belmiro Valverde. Carlos Pinto Seidl, então diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, foi o escolhido para presidir tal comissão.⁸⁴

Durante os anos em que esteve atuando, a comissão tratou de temáticas variadas, sempre relacionando a lepra a um fator social ou científico, como 'lepra e profissões', 'lepra e domicílio', 'lepra e casamento', 'lepra e imigração', 'lepra e isolamento', e 'transmissibilidade da lepra'.⁸⁵ Os temas eram apresentados individualmente ou em duplas, onde os membros deveriam expor suas idéias a respeito de determinado tema, podendo receber críticas de outros membros, até que se chegasse a uma conclusão que se reverteria em uma recomendação da comissão sobre tal tema. Em 27 de outubro de 1919, a Comissão encerrou seus trabalhos em sessão solene na Academia Nacional de Medicina, contando com a presença do Ministro da Justiça e Negócios Interiores⁸⁶.

Os temas que mais nos interessam foram aqueles que relacionavam a lepra ao isolamento e ao domicílio. O primeiro foi apresentado pelos médicos Juliano Moreira e Fernando Terra, ambos da Sociedade Brasileira de Medicina, indicando a opinião desta importante instituição sobre tema tão discutido: o isolamento dos doentes.⁸⁷ Segundo os autores, as dificuldades em se cultivar o bacilo e determinar o modo de transmissão, tema discutido por outros trabalhos nesta conferência, impediam uma medida profilática mais específica e eficiente. A única certeza seria a de que o organismo humano hospedava e cultivava o bacilo da lepra e que, portanto, cabia ao leproso a responsabilidade pela

⁸⁴ Cf. MACIEL, Laurinda Rosa. *Op. cit.*

⁸⁵ Os trabalhos apresentados pelos membros da Comissão de Profilaxia da Lepra, encontram-se transcritos na obra de SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 124-158.

⁸⁶ Cf. MACIEL, Laurinda Rosa. *Op. cit.*

⁸⁷ Trabalho transcrito às páginas 156 a 158 da obra de SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*

disseminação do mal. Assim, a única medida a se aconselhar, segundo esses autores, seria o afastamento dos doentes do convívio social, ou seja, o isolamento.

Apoiando-se no programa efetuado na Noruega⁸⁸, incansavelmente citado pelos defensores do isolamento profilático e compulsório dos leprosos, os autores indicavam que seria necessário isolar de forma distinta os doentes de classes sociais diferentes: aos abastados deveriam destinar o isolamento no próprio domicílio, pois estes teriam condições de manter seus tratamentos; aos demais doentes, que dependeriam da assistência do Estado ou de iniciativas particulares, o isolamento deveria ser feito em colônias agrícolas, para esse fim construídas e onde pudessem trabalhar, diminuindo, assim, os gastos com o seu sustento.

O segundo trabalho, exposto na comissão por Eduardo Rabello e Oscar da Silva Araújo, tratava do tema ‘lepra e domicílio’. Os autores defendiam que os leprosos em domicílio poderiam contaminar seus familiares, domésticos e outras pessoas de suas relações. O ideal era que o isolamento fosse realizado como uma medida profilática, já que a lepra, sendo uma doença contagiosa, não poderia permitir que o doente vivesse em domicílio nas condições normais de uma pessoa sã. Indicavam, ainda, que o isolamento domiciliar no Brasil só poderia ser realizado em condições excepcionais, quando fosse possível realizar conjuntamente uma vigilância sanitária completa e efetiva desses doentes. Portanto, para os autores, o ideal seria que os doentes vivessem nas colônias agrícolas, tendo lá a réplica de sua vida social anterior e ainda impedindo a propagação do mal entre seus parentes, amigos, vizinhos etc.

As considerações finais a que chegaram os membros dessa comissão tornaram-se a base de um projeto de lei que propunha a criação de uma Inspeção de Profilaxia da Lepra⁸⁹ como forma de o Estado assumir as responsabilidades pelo tratamento e controle da doença, que, até aquele momento, eram feitos em grande parte através de instituições

⁸⁸ O modelo norueguês baseava-se no isolamento de todos os doentes existentes, seja em domicílio, seja em estabelecimentos especiais. A Noruega reduziu a endemia à níveis baixíssimos, antes do advento de qualquer medicação eficaz na terapêutica da lepra, utilizando-se apenas do isolamento. Cf. Juliano Moreira e Fernando Terra. “Lepra e isolamento”. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 156-158

⁸⁹ As conclusões da Comissão de Profilaxia da Lepra foram expostas por Emílio Gomes em sua comunicação à Academia Nacional de Medicina e encontram-se transcritas na obra de SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, p. 159.

religiosas.⁹⁰ Esse órgão teria ainda a função de congregar leprólogos, tornando-se um fórum de discussão e pesquisa da doença.⁹¹

Dentre as recomendações práticas, a comissão defendeu o isolamento obrigatório dos doentes, sem distinção de classe ou indivíduo. Para aqueles que pudessem trabalhar, seriam fundadas as primeiras colônias, em local apropriado, onde receberiam a assistência do Estado. Para os doentes inválidos, seriam construídos asilos. O isolamento em domicílio só poderia ser permitido em casos excepcionais, quando o doente dispusesse de meios para o seu sustento e obrigando-se à submissão restrita ao tratamento profilático, sob vigilância assídua e rigorosa. Esses conselhos demonstram as opiniões dos médicos acima citados, principalmente as de Eduardo Rabello e Oscar da Silva Araújo, que, mais tarde, participarão da cúpula decisória sobre as ações de profilaxia da lepra no país e tentarão pôr em prática essas recomendações a respeito da profilaxia da lepra, não obstante os empecilhos financeiros para a construção das colônias para os doentes.

Com a lepra tornando-se um tema de discussão entre os membros das sociedades científicas da capital federal a partir da atuação da Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1915, essa doença passou a figurar também nos encontros científicos realizados nos anos subsequentes. Assim, os congressos ocorridos entre os anos de 1916 e 1920, como o Primeiro Congresso Médico Paulista (1916) e o VIII Congresso Médico Brasileiro (1918), também representaram um espaço para a discussão sobre a lepra no país e para a sua caracterização como um problema de saúde pública.

No Primeiro Congresso Médico Paulista, a temática sobre a lepra girou em torno da profilaxia que se deveria aconselhar.⁹² A maioria dos trabalhos apresentados indicava o isolamento dos doentes como condição essencial para a eliminação da lepra no país. Isso porque o doente era visto como único responsável pelo contágio, e a sua separação social determinaria a queda das contaminações e, ao longo do tempo, o fim da lepra. Em geral, defendiam que o isolamento deveria ser realizado em colônias agrícolas, mas alguns autores aceitavam o isolamento em domicílio, em hospitais ou em ilhas – o qual, aliás, tinha adeptos ilustres, como veremos – ditando suas regras, seus cuidados e seus benefícios. Os membros desse congresso aprovaram uma moção para que se chamasse a

⁹⁰ A irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária era quem administrava o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro. Cf. AGRÍCOLA, Ernani. “A lepra no Brasil – Resumo histórico”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (2) 143-155.

⁹¹ Cf. MACIEL, Laurinda Rosa. *Op. cit.*

⁹² Os trabalhos sobre lepra apresentados no I Congresso Médico Paulista encontram-se transcritos na obra de SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 160-210.

atenção dos governos federal e estaduais da necessidade de um combate pronto e decisivo contra a lepra, com base no que foi apresentado.⁹³ Essa moção só foi enviada ao presidente da República e aos presidentes e governadores dos Estados um ano após ter sido aprovada.⁹⁴ Entretanto, nenhuma ação foi realizada em nível federal, ao menos até a década de 1920.

No VIII Congresso Médico Brasileiro, ocorrido no Rio de Janeiro, em 1918, os trabalhos sobre lepra pautavam a situação em vários Estados, citando as formas empreendidas pelos respectivos governos para o seu combate.⁹⁵ Podemos encontrar inquéritos, censos, históricos sobre a presença da doença no Estado, a profilaxia adotada e defendida etc. A atuação do Estado de São Paulo, conforme trabalho apresentado por Emílio Ribas, já demonstrava o quanto o governo estadual se distanciava do governo federal, proporcionando à sua população um cuidado específico para os doentes de lepra.⁹⁶

Essas questões influenciaram, cada uma à sua maneira, a necessidade, que se tornava cada vez mais intensa, de se cuidar do problema da lepra no país. A atenção das sociedades científicas da Capital Federal, deslocando membros para o estudo de questões específicas da lepra, indicava a crescente preocupação da classe médica em discutir a problemática científica da transmissibilidade e, relacionado a isso, a medida profilática que deveria ser recomendada para o controle dessa doença. Frente a isso, os congressos médicos apontavam para o preocupante avanço da lepra pelos estados, indicando inclusive a necessidade de se alertar as autoridades da urgência em se promover políticas públicas voltadas para o controle e, mais ainda, para o combate a um mal que vinha tomando espantosas proporções, segundo a opinião de vários desses trabalhos.

2.3. A criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e a defesa do Regulamento Sanitário Federal (1920)

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública surgiu como resposta a um movimento pelo saneamento do país, ocorrido nos últimos anos de 1910, como já foi dito.⁹⁷ Paralelamente a esse movimento – que, aliás, não considerava a lepra como “problema

⁹³ *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, p. 208.

⁹⁴ *Ibidem*, p. 210.

⁹⁵ Os trabalhos sobre lepra apresentados no VIII Congresso Brasileiro de Medicina encontram-se transcritos na obra de SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 211-254.

⁹⁶ RIBAS, Emílio. “Frequência da lepra em São Paulo – Profilaxia da lepra – Contagem dos atacados de lepra”, *apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *Op. cit.*, pp. 233-241.

⁹⁷ Cf. nota 2, deste capítulo.

nacional”, nem mesmo como “endemia rural” –, os médicos, especialistas ou não em dermatologia e sifilografia, montaram uma campanha que levou à discussão o problema da lepra no Brasil. A criação de uma comissão de médicos, com membros de várias sociedades científicas, voltada exclusivamente para a profilaxia da lepra e o aparecimento dessa doença como tema de congressos regionais e nacionais, determinou uma abertura de espaço para se pensar na lepra como um problema crescente em várias localidades do país.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas veio como resposta a esse movimento médico que pedia “*a atenção dos governos federal e estaduais a fim de que sejam tomadas medidas de profilaxia contra essa moléstia*”.⁹⁸ O mesmo decreto que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública criou, também, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas.⁹⁹

A Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas estava diretamente subordinada à Diretoria Geral do Departamento e sob a chefia do dermato-sifilógrafo Eduardo Rabello.¹⁰⁰ Tinha por finalidade superintender e orientar o serviço de combate à lepra e às doenças venéreas em todo o território nacional, e o de combate ao câncer no Distrito Federal, embora este não aparecesse na nomenclatura oficial.¹⁰¹ O regulamento de 1920, no caso específico da lepra, não apenas criava esse órgão central para coordenar e implementar a luta profilática em todo país, como também estabelecia as diretrizes básicas – e muitas vezes minuciosas – que deveriam orientá-la. Dessa forma, o controle da doença assumia um caráter mais coercitivo¹⁰² e o isolamento, principal medida profilática para o caso da lepra, domiciliar ou nosocomial, tornava-se compulsório.

Eduardo Rabello, em 1920, recebeu a missão de elaborar o regulamento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, primeira legislação brasileira

⁹⁸ *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, p. 208.

⁹⁹ BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1. Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920, art. 5º, alínea e.

¹⁰⁰ Dermato-sifilógrafo era a denominação dada aos médicos especializados em dermatologia e sifilografia, ou seja, aqueles que estudavam conjuntamente a lepra e as doenças venéreas. Dentre as doenças venéreas, a sífilis era considerada a mais importante. Cf. CARRARA, Sérgio, *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p. 93

¹⁰¹ Sobre a legislação acerca do câncer, ver BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 184.

¹⁰² O regulamento sanitário federal aprovado em 1920 dava permissão para a utilização de força policial para conduzir o suspeito à realização dos exames obrigatórios, ou mesmo para assegurar o isolamento dos doentes. Além disso, proibia a entrada de estrangeiros doentes no país (deveriam ser repatriados caso adoessem depois); a proibição de doentes de lepra se transferirem de estado ou município sem a autorização prévia das autoridades sanitárias do seu local de destino; assim como não era permitido que a mãe leprosa amamentasse seus filhos ou que o aleitamento das crianças fosse realizado através das amas-de-leite. Cf. BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art.143, § 4º, art. 148, alínea g, art. 168, parágrafo único e art. 175.

que se ocupou especificamente da profilaxia dessas doenças. Inspirada na legislação dos países que obtiveram resultados positivos no combate a tais doenças, o regulamento sobre a profilaxia da lepra levou em consideração também as condições sociais e financeiras do nosso país.¹⁰³ Rabello orientou-se pelos ensinamentos da epidemiologia, já que a higiene ainda não conseguia apontar os métodos profiláticos específicos para a lepra.

Essa lei provocou críticas contundentes e despertou polêmicas. Foi considerada por muitos revolucionária e perigosa, mas estabeleceu, entretanto, normas que os congressos internacionais posteriores homologaram e elas passaram a vigorar por toda parte.¹⁰⁴ Como exemplo podemos citar o controle dos comunicantes¹⁰⁵ que só será recomendado na VI Conferência Internacional de Lepra, realizada em Madri, no ano de 1953, mas que já constava na legislação brasileira de 1923.¹⁰⁶

No caso específico da lepra, o regulamento era acusado de ser pouco rigoroso ao permitir o isolamento domiciliar para os doentes abastados, indicando, inclusive, uma separação social dos doentes. No editorial de 24 de julho de 1920 do *Brazil Médico*, o mais antigo periódico de imprensa médica, o regulamento sanitário na parte referente à profilaxia da lepra foi criticado em vários pontos.¹⁰⁷ Dentre eles, podemos citar dois como os mais relevantes. Primeiro, o regulamento foi acusado de não estar de acordo com a “*higiene moderna*” por permitir o isolamento dos doentes em domicílio. De acordo com a opinião do periódico, o isolamento domiciliar era “*um absurdo, absolutamente impraticável*”, já que o doente em sua residência contaminaria seus familiares. O segundo ponto da crítica dizia respeito à dependência de que ficaria o serviço de profilaxia da lepra, nos estados, de um acordo prévio entre os governos federal e estadual.

¹⁰³ MOTTA, Joaquim. “Importância do Diagnóstico na Profilaxia da Lepra – Formas atípicas da doença”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 103-118.

¹⁰⁴ Cf. MOTTA, Joaquim. “Aspecto humano e liberal da obra do Professor Rabello”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. 1940:15 (3)173.

¹⁰⁵ Para os especialistas da época, os comunicantes eram aqueles que mantiveram contato com o indivíduo que foi considerado doente do Mal de Hansen. Esses comunicantes passariam a ser considerados como possíveis novos casos, e deveriam cumprir uma série de exames até que fosse comprovado ou descartado o contágio.

¹⁰⁶ BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 162, alínea b. Sobre as recomendações do Congresso de 1953, ver DINIZ, Orestes. “Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (1) 7-135.

¹⁰⁷ *Brazil Médico*, Ano 34, 1920, Editorial de 24 de julho de 1920, p. 481. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 264-265.

A defesa do regulamento sanitário do Departamento Nacional de Saúde Pública, ao menos na parte relativa à lepra, foi feita por Eduardo Rabello.¹⁰⁸ Nessa defesa, Rabello defendeu que para saber o que indicava a moderna higiene em relação à lepra era necessário conhecer a opinião dos melhores higienistas e leprólogos, assim como as recomendações dos congressos ocorridos até aquele momento – sobre as quais se apoiavam as bases da profilaxia então adotada. Dentre esses congressos, citou as recomendações da Primeira Conferência Internacional, realizada em Berlim, no ano de 1897. Sobre o isolamento, essa conferência indicava que deveriam ser executados a notificação compulsória, a vigilância e o isolamento “*tais como se os praticam na Noruega*”. A prática que se seguia na Noruega desde 1885, indicava como profilaxia da lepra o isolamento tanto em domicílios quanto em leprosários. Aos leprosos que tivessem recursos para se manter, as autoridades podiam permitir que vivessem em seus domicílios, apenas afastados de seus familiares e de suas relações, tendo ao menos um leito ou um quarto separados e os utensílios de mesa, de banho e de cama, além das roupas, que deveriam ser lavados e mantidos separadamente dos demais. Os doentes indigentes e os que não pudessem manter os custos desse tipo de isolamento seriam transferidos para uma leprosaria.

A Segunda Conferência Internacional de Lepra, realizada em Bergen, na Noruega, manteve “*em todos os pontos*” o que foi resolvido pela Primeira, incluindo as seguintes conclusões: que os países que tivessem casos de lepra procedessem ao isolamento dos mesmos frente aos exemplos da Alemanha, Islândia, Noruega e Suécia – onde se praticava tanto o isolamento nosocomial, quanto aquele realizado em domicílio; que os doentes fossem retirados de suas profissões, pelo perigo da transmissão da lepra; e que realizassem indispensavelmente o isolamento de todos os mendigos e indigentes.¹⁰⁹ As idéias apresentadas nesses congressos internacionais, incluindo a Terceira Conferência de Lepra, realizada em 1923, da qual falaremos adiante, tiveram um impacto significativo sobre a política de saúde pública no Brasil. Basta analisar a legislação sobre a profilaxia da lepra que vigorou durante a década de 1920.¹¹⁰

¹⁰⁸ A defesa do regulamento sanitário ocorreu em sessão da Academia Nacional de Medicina, de 12 de agosto de 1920. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 265-271.

¹⁰⁹ *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 265-271.

¹¹⁰ Referimo-nos ao código sanitário de 1923, BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

Rabello apoiou-se também nas recomendações apresentadas pela Comissão de Profilaxia da Lepra em 1919 em defesa do isolamento domiciliar, no qual afirmava que só deveria ser executado em condições excepcionais, ou seja, quando o doente dispusesse de meios para o seu sustento, nas localidades onde existisse uma organização sanitária eficiente, obrigando os doentes a submeter-se ao tratamento, sob vigilância assídua e rigorosa.¹¹¹ Assim, Eduardo Rabello tenta demonstrar que foi a própria “*higiene moderna*”, inclusive com a aprovação dos médicos brasileiros, que recomendou e autorizou a prática do isolamento domiciliar no Brasil, desde que observadas algumas condições especiais, como constava no texto da legislação.¹¹²

Em relação ao segundo ponto da crítica feita pelo periódico *Brazil Médico*, Rabello indicou a inexistência de uma lei permitindo que a União realizasse uma intervenção discricionária sobre os estados para pôr em prática a profilaxia da lepra. Sendo assim, ela seria realizada através de acordos firmados mediante o compromisso previamente aceito pelos Estados, de respeitar e fazer cumprir, dentro de seu território, a legislação sanitária federal no que diz respeito ao assunto. A extensão desse serviço nos Estados, principalmente por uma questão econômica, se daria aproveitando-se as estruturas dos serviços de higiene rural. Ou seja, a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas nos Estados se daria através da Diretoria de Saneamento Rural, cabendo a orientação técnica à Inspetoria.¹¹³

Esse debate teve ainda a réplica de cada uma das partes, o periódico insistindo na falta de sustentação da prática do isolamento domiciliar, e o inspetor Eduardo Rabello apoiando-se nas recomendações das conferências, na opinião de médicos de reconhecida autoridade e no exemplo da prática em outros países. As críticas voltadas para muitas questões do regulamento sanitário de Carlos Chagas determinou que ele fosse revisado e uma nova versão foi aprovada em 15 de setembro de 1920.¹¹⁴ No ano seguinte, o regulamento sofreu novas modificações e mais uma vez foi alvo de críticas, o que determinou sua retirada de circulação, voltando o Departamento Nacional de Saúde Pública a ser regulado pela versão anterior. Foi somente em 1923 que se aprovou um novo

¹¹¹ As conclusões da Comissão de Profilaxia da Lepra encontram-se transcritas na obra de SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, p. 159.

¹¹² BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 463.

¹¹³ *Ibidem*, art. 1.463, parágrafo único.

¹¹⁴ BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 3, p. 244. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920.

regulamento para a saúde pública, que vigorou por toda a Primeira República, sobrevivendo inclusive às reformas promovidas durante o Governo Provisório.¹¹⁵

O sistema adotado a partir de 1923 consistia, em linhas gerais, na notificação obrigatória, como a prescrita para outras doenças infecciosas; no exame periódico dos comunicantes, como meio de descobrir novos casos; e no isolamento nosocomial em colônias ou mesmo em domicílio, desde que cumprindo uma série de condições.¹¹⁶ Os doentes e os comunicantes deveriam seguir rigorosamente as prescrições do regulamento e as exigências da autoridade sanitária. Os comunicantes seriam submetidos a exames periódicos, até que se confirmasse um novo caso ou que se tornasse negativo.¹¹⁷

O isolamento prescrito no código sanitário poderia ser de dois tipos. O nosocomial deveria ser praticado preferencialmente em colônias-agrícolas, admitindo-se sanatórios, hospitais, asilos, quando as condições locais o permitissem, ou quando o reduzido número de leprosos não exigisse o estabelecimento de uma colônia. O isolamento domiciliar só deveria ser consentido para os casos não-contagiantes ou quando as condições financeiras do doente admitissem a adoção das medidas profiláticas consideradas necessárias, de acordo com as autoridades sanitárias. O isolamento domiciliar deveria permitir uma vigilância assídua e rigorosa sobre os doentes.¹¹⁸ Ambos os tipos de isolamento possuíam, também, regras de prevenção contra moscas e mosquitos.

2.4. A atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (1920-1929)

Após a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, em 1920, e dadas as condições políticas do Brasil, a União dedicou-se à realização de acordos com os Estados para fazer cumprir o regulamento federal no que dizia respeito à profilaxia

¹¹⁵ No relatório do diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública ao ministro da Educação e Saúde, referente ao ano de 1944, João de Barros Barreto esclarece que o regulamento sanitário de 1920 foi aprovado pelo decreto 14.189, de 26/05/1920, que transformava a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública em Departamento Nacional de Saúde Pública. Esse decreto teria sido substituído pelo decreto 14.354, de 15/09/1920, modificado pelo de nº 15.003, de 15/09/1921, e ainda alterado pelo decreto nº 16.300, de 31/12/1923. Cf. BARRETO, J. B. *O Departamento Nacional de Saúde Pública em 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945. O texto ao qual tivemos acesso foi o que acompanha o decreto 16.300 de 31 de Dezembro de 1923. Esse regulamento permaneceu sem alterações mesmo depois da extinção do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1934, como veremos no capítulo III.

¹¹⁶ A profilaxia especial da lepra está regulada pelos artigos 133 ao 183, do Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581.

¹¹⁷ *Ibidem.*, art. 170-172.

¹¹⁸ As regras a que se acham sujeitos os doentes isolados em domicílio, confirmado ou suspeito, estão especificadas no Regulamento. BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 156-168.

da lepra. O primeiro estado a firmar acordo com o governo federal para a criação do Serviço de Profilaxia Rural foi o Pará, e aos poucos todos os Estados permitiram a atuação da União em seus territórios.¹¹⁹ Nos Estados, eram os Serviços de Profilaxia Rural que cuidavam, entre outras coisas, da profilaxia da lepra. O passo seguinte dado pela Inspetoria foi a realização dos censos nesses Estados, com um estudo clínico e epidemiológico dos casos encontrados. Os medicamentos para o tratamento da doença – como os éteres etílicos do óleo de chaulmoogra – foram prontamente distribuídos. Iniciaram-se também, estudos para a instalação de colônias para o isolamento dos doentes.

Não coincidentemente, foi no Pará que se deu a inauguração da primeira colônia-agrícola do país: a Lazarópolis do Prata.¹²⁰ A partir de 1921, Heráclides César de Souza Araújo assumiu o Serviço de Saneamento Rural do Estado do Pará. A partir de então escreveu uma série de artigos na *Folha do Norte* de Belém, de propaganda e educação sanitária, na intenção de preparar a opinião pública e a cooperação dos doentes para as medidas profiláticas a serem postas em prática.¹²¹ Essas medidas culminaram na inauguração da Lazarópolis do Prata, em 24 de junho de 1924. O estado do Pará contava ainda com um dispensário, criado em 1921, que cuidava da lepra na parte da manhã e das doenças venéreas na parte da tarde. Nesse mesmo ano o Serviço de Profilaxia Rural assumiu o Hospício dos Lázaros de Tocunduba, que já contava com 270 leprosos internados. Ao final da década de 1920, o estado tinha fichado 3.130 doentes.¹²²

No mês seguinte à inauguração da Lazarópolis do Prata, Souza Araújo deixou o cargo de Chefe do Serviço de Profilaxia Rural do Pará para reassumir o de Assistente do Instituto Oswaldo Cruz. Assim, preparou-se para realizar uma viagem ao mundo, em missão do Governo Brasileiro e da Fundação Rockefeller, com a finalidade única de estudar a lepra. Souza Araujo percorreu 40 países durante os três anos em que esteve em viagem, reunindo em livro seus apontamentos sobre o que se fazia em relação à lepra pelo

¹¹⁹ De acordo com o relatório da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, apresentado por Oscar da Silva Araújo, em 1927, os Estados de São Paulo e Goiás até então não haviam firmado acordo com a União para a realização da profilaxia da lepra. ARAÚJO, Oscar da Silva. “Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 195-254.

¹²⁰ SOUZA ARAUJO, Heráclides Cesar de. *Lazarópolis do Prata : A primeira colônia-agrícola de leprosos fundada no Brasil*. Belém: Empresa Gráfica Amazônia, 1924.

¹²¹ Esses artigos foram reunidos em livro. SOUZA ARAUJO, Heráclides Cesar de. *A Lepra. Modernos estudos sobre seu tratamento e profilaxia*. Propaganda Sanitária. Folheto de 97 pp. Tipografia Instituto Lauro Sodré, Belém, Pará, 1923.

¹²² Sobre o Estado do Pará, ver SOUZA ARAUJO, H. C. de, *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, pp. 538-556.

mundo.¹²³ O pesquisador construiu, assim, uma reputação nacional e internacional como especialista de lepra, tendo acumulado vários títulos, além do seu cargo de Assistente do Instituto Oswaldo Cruz. Foi membro titular da Academia Nacional de Medicina, e membro de várias instituições internacionais, como a Academia Espanhola de Dermatologia e Sifilografia, da Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, sócio fundador da Societas Internationalis Leprologiae, de Bergen, Noruega, além de correspondente da American Society of Tropical Medicine, da Sociedade Argentina de Dermatologia, da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, entre outras.

Nos outros Estados, a atuação da Inspetoria foi bastante tímida. Durante a década de 1920 a União construiu apenas três leprosários: a Lazarópolis do Prata; o leprosário São Roque, em 1926, no Paraná; e o Hospital Colônia Curupaiti, no Distrito Federal, em 1929. A União custeou, ainda, a construção de um leprosário em São Luiz do Maranhão, mas foi abandonado antes de ser inaugurado. O segundo leprosário construído a partir do acordo entre União e Estado foi o leprosário São Roque. Tinha o formato recomendado pela Inspetoria, ou seja, do tipo colônia, contando com um pavilhão central, administração, consultórios, salas de trabalho, de lazer, de observação, e aposentos particulares. Já Curupaiti, no Rio de Janeiro, foi inaugurado em janeiro de 1929 ainda incompleto.

Outros Estados já possuíam um local de isolamento de doentes, em geral, anteriores ao século XX, e construídos por iniciativa privada, como é o caso do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, o primeiro do país, fundado em São Cristóvão em 7 de Agosto de 1741 por Gomes Freire de Andrade e por ele mantido até a sua morte em 1763, quando foi assumido pela Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária.¹²⁴ Além desse, o país já contava com o Hospital dos Lázaros da Bahia, depois chamado de Hospital D. Rodrigo de Meneses, datado de 1787; o Asilo São João dos Lázaros, em Cuiabá, Mato Grosso, em 1815; e o Hospital dos Lázaros de Sabará, Minas Gerais, em 1883. Outros leprosários de tamanho bem reduzido foram construídos por iniciativa particular, como o Hospital dos Lázaros de Recife, Pernambuco; o Asilo do Gavião, Maranhão; o Leprosário de Parnaíba, Piauí; e o leprosário Antônio Diogo, Ceará. O Leprosário São Francisco de Assis, no Rio Grande do Norte foi construído por iniciativa particular, mas contou com verbas provenientes do Estado, sendo inaugurado em 1929.¹²⁵

¹²³ SOUZA ARAUJO, Heráclides Cesar de. *A lepra. Estudos realizados em 40 países. 1924-1927*. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1929.

¹²⁴ Cf. AGRÍCOLA, Ernani. *Op. cit.*

¹²⁵ Sobre os leprosários existentes até 1929 e aqueles construídos durante a década de 1920, vide apêndice I.

Como se pode verificar, quando a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foi criada já existiam alguns leprosários no país. Embora as estatísticas, anteriores à década de 1920, apresentadas por médicos, já indicassem a existência de focos da doença na região norte do país, as leprosas existentes não praticavam o isolamento dos doentes porque este não era ainda obrigatório por não constar de nenhuma lei.¹²⁶ Em algumas descrições podemos observar que nesses lugares o indivíduo doente procurava apenas abrigo, entrando e saindo a qualquer momento e sem nenhum controle. Além disso, os médicos encontravam dificuldades em diagnosticar a lepra, o que indicava um erro das faculdades de medicina que não lhes ofereciam a clareza necessária.

Em 1922, o ensino de leprologia já era oferecido pela cadeira de Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Joaquim Motta, assistente da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, indicava a necessidade de que esse ensino se tornasse obrigatório nas faculdades médicas do país para que todos os médicos fossem capazes de diagnosticar a lepra, prestando seu auxílio à administração sanitária e evitando confundir a doença com outras dermatoses.¹²⁷ Indicou, inclusive, que em 1927 ainda era possível verificar muitos diagnósticos realizados pela Inspetoria como sífilis, psoríase, leishmaniose quando, na verdade, se tratava de um caso de lepra.¹²⁸

Em março de 1927, foi criado no Instituto Oswaldo Cruz, o Laboratório de Leprologia, tendo à frente um dos maiores especialistas brasileiros na doença que foi Heráclides Cesar de Souza Araujo. O Instituto, à época dirigido por Carlos Chagas, que já possuía um avançado espaço de pesquisa em biologia experimental, produção de vacinas, atendimento hospitalar e pesquisa em doenças tropicais, aliou à isso a pesquisa e o ensino de leprologia no Rio de Janeiro¹²⁹. A partir de então, foi introduzido no Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz, o ensino da leprologia. Foram oferecidos uma série de cursos nessa especialidade para técnicos nacionais e estrangeiros, de onde saíram mais de uma centena de trabalhos referentes a essa doença.¹³⁰ Não obstante o ensino da lepra ter se

¹²⁶ VALVERDE, Belmiro. “Estado atual da lepra no Brasil”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1921:11 (9) 702-729.

¹²⁷ MOTTA, Joaquim. “O problema da lepra no Brasil”. Apresentado ao Congresso Nacional dos Práticos. *Arquivo Brasileiro de Medicina*, 1922:12 (10) 785.

¹²⁸ MOTTA, Joaquim. “Importância do Diagnóstico na Profilaxia da Lepra – Formas atípicas da doença”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 103-118.

¹²⁹ Cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1990.

¹³⁰ Cf. SOUZA ARAUJO, H. C. de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p. 521-522.

tornado mais difundido, não foi possível evitar os problemas de diagnósticos promovidos por médicos leigos ou com pouca experiência no assunto.

2.4.1. A exceção do “modelo paulista”

O Estado de São Paulo promoveu medidas de controle da lepra de forma independente daquelas realizadas pelo governo federal. O chamado “*modelo paulista*” determinou a exclusão de todos os doentes de Hansen, independente da forma clínica ou estágio da doença, distinguindo-se fortemente dos métodos adotados por médicos e autoridades de outros estados. Em São Paulo, os pacientes de formas não-contagiosas da doença poderiam ser vigorosamente internados logo após o diagnóstico.¹³¹ Para pôr em prática tais medidas era importante a construção de colônias para leprosos, cujo projeto e estrutura terminaram por influenciar a edificação de instituições similares em outros países. As colônias de São Paulo foram visitadas por pesquisadores estrangeiros e citadas em literatura especializada, transformando-as em referência obrigatória para os leprologistas brasileiros e latino-americanos, notadamente até a década de 1950.¹³²

O projeto de uma leprosaria em Santo Ângelo, para abrigar os doentes de lepra do estado, foi apresentado pelo arquiteto Adelardo Caiuby e deveria servir de ‘modelo’ para outros estabelecimentos congêneres no país.¹³³ As construções foram planejadas permitindo a separação dos pacientes por sexo, idade e condições de saúde, incluindo uma zona de diversões, outra para a administração, além de cadeia, igreja, portaria, estábulos, cemitério, biblioteca, creches, posto policial, farmácia etc. Deveria ter também sistema de eletricidade, de águas e de esgotos. Era projetado para se tornar auto-suficiente, contendo terra para cultivo agrícola e animais de pasto. Esse leprosário foi inaugurado em 1928, tornando-se o primeiro leprosário construído com verbas estaduais. O Estado de São Paulo possuía, ainda o Asilo São Lázaro de Piracicaba e o Hospital de Guapira, que foi fechado em 1928 por conta da inauguração do Santo Ângelo.¹³⁴

Desde o final da década de 1910 defendia-se a idéia de construir uma “mini-cidade” em cada leprosário, de forma que os doentes pudessem ter o conforto de que dispunha uma

¹³¹ MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado. São Paulo: FFLCH da Universidade de São Paulo, 1995, pp. 217-230. Nos demais Estados praticava-se o isolamento principalmente dos doentes de formas contagiosas.

¹³² MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo.” *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2003:10 (supplement 1) 95-121.

¹³³ CAIUBY, Adelardo Soares. “Projeto da leprosaria modelo nos campos de Santo Ângelo (estado de São Paulo)” *apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 247-254.

¹³⁴ SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 573-587.

peçoas sã, embora vivendo apartados da vida comum em sociedade. A análise de Santo Ângelo difundiu a visão de como o mundo isolado poderia ser estruturado, em toda a sua complexidade, incluindo relações de hierarquia, disciplina, trabalho e moralidade, despertando um papel importante na organização dos mecanismos para facilitar a identificação, supervisão e proteção dos pacientes internados.¹³⁵

A implementação do isolamento compulsório em São Paulo cercou-se de várias aproximações profiláticas em que, em muitas vezes, viram-se refletidos os interesses da comunidade científica nacional e internacional e os métodos adotados em outros países endêmicos. A política preventiva que culminou no modelo paulista foi estruturada gradualmente. Enquanto o isolamento era seletivo em alguns estados brasileiros, em São Paulo ele foi compulsório para todas as pessoas diagnosticadas com a lepra. Isso porque São Paulo era um estado economicamente independente e tinha poder e verba para implementar tal política. O modelo paulista foi, na verdade, afetado pelo “*modelo norueguês*” de isolamento de todos os doentes, embora a diferença esteja no local de realização dessa segregação. Enquanto a Noruega adotava tanto o isolamento nosocomial quanto o domiciliar, no caso paulista, o último era considerado ineficaz e, portanto, descartado. O “*modelo campanhista*” do Brasil, que desde a década de 1910 indicava que as doenças deveriam ser combatidas através de campanhas tão rigorosas quanto às estratégias militares, influenciou também no “*modelo paulista*” que empreendeu vigorosas buscas aos leprosos.¹³⁶

As transformações que ocorreram nos Serviços de saúde brasileiros depois de 1920, tiveram um impacto direto sobre a política de controle da lepra, notadamente a partir da criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e as regulamentações profiláticas. Pretendeu-se supervisionar os programas preventivos em nível nacional, embora fosse proibida a implementação desses programas em virtude da autonomia dos Estados. Como resultado disso, contratos foram assinados por meio dos quais os governos estaduais acordavam respeito à legislação sanitária federal e asseguravam sua celebração em suas jurisdições. Todos os estados brasileiros firmaram acordos, com exceção de São Paulo.

¹³⁵ MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo.” *Op. cit.*

¹³⁶ Sobre o “modelo paulista” de isolamento dos doentes ver MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social. São Paulo: FFLCH da Universidade de São Paulo, 1995.

A posição independente do estado capacitou-o a desenvolver suas próprias políticas profiláticas. O crescimento da endemia em São Paulo e as pressões daí resultantes induziu o Departamento de Serviços Sanitários a criar o Serviço de Profilaxia da Lepra, em 1924, em nível estadual, embora já estivesse em funcionamento um serviço nacional similar. No ano seguinte, em 19 de julho de 1925, o Serviço foi remodelado e renomeado como Inspetoria de Profilaxia da Lepra. A atuação desta inspetoria estadual dependia das decisões políticas do Estado, que poderia variar os procedimentos para a construção de colônias e o isolamento dos doentes.¹³⁷

2.4.2. Espaços de discussão sobre a lepra na década de 1920

Como complemento às Comemorações do Centenário da Independência, realizou-se no Rio de Janeiro, em outubro de 1922, a Conferência Americana de Lepra. No programa constavam os temas a serem tratados, que abrangia quase toda a leprologia: frequência da lepra nos países americanos; medidas profiláticas aconselhadas para cada país; profilaxia internacional americana da lepra; métodos de tratamento e seu valor do ponto de vista profilático; e, por fim, comunicações sobre assuntos que interessassem à epidemiologia, diagnóstico, tratamento e profilaxia da lepra.¹³⁸ Foram convidados a participar dessa conferência todos os países americanos.

Na sessão inaugural, aberta com o discurso de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, a lepra foi caracterizada como um problema de higiene pública, cuja solução seria de interesse científico internacional.¹³⁹ As medidas adotadas na Noruega foram citadas como exemplo de que seria possível acreditar em uma campanha bem sucedida contra a lepra. E a falta de conhecimentos que determinassem o modo de transmissão definitivo não impedia que se aplicassem medidas de controle ao doente, que se sabia ser o disseminador da doença. O Brasil já contava com uma legislação sanitária que impunha o isolamento dos doentes.

Dentre as recomendações, ficou clara a urgência em se cuidar do problema da lepra. Cada país deveria organizar uma assistência médico-social para seus doentes, além de um organismo técnico, destinado a promover estudos científicos da doença, uma legislação

¹³⁷ MONTEIRO, Yara Nogueira, “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo.” In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2003:10 (supplement 1) 95-121, p. 101.

¹³⁸ *Anais do Primeiro Congresso Americano de la Lepra*, Buenos Aires, 1922.

¹³⁹ [CHAGAS, Carlos. “Primeira Conferência Americana de Lepra. Discurso pronunciado pelo Diretor Geral da Saúde Pública na sessão inaugural da Conferência em 8-10-1922”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1922:12 \(11\) 898.](#)

específica, constituindo estes em seus elementos de ação.¹⁴⁰ Como conclusões técnicas, determinou-se a necessidade dos censos leproológicos amplos e seguros como medida indispensável a qualquer campanha contra a lepra, que na prática só serão realizados pelo Serviço Nacional de Lepra, criado em 1941. As colônias para leprosos foram recomendadas como elemento decisivo para a campanha, desde que atendidas as exigências relativas ao bem estar físico e moral dos doentes. Além do isolamento em colônias, as administrações sanitárias poderiam consentir a realização dessa prática em domicílio, desde que as providências sanitárias impostas pudessem ser fielmente executadas. Como tratamento utilizado nos pacientes isolados em colônias ou em domicílio, a conferência recomendou o uso dos éteres etílicos do óleo de chaulmoogra, mas sem considerá-lo como um método terapêutico definitivo, indicando inclusive a necessidade de estudos com a finalidade de obter um agente medicamentoso de pronta ação na cura da lepra. Definiu que a organização de um plano uniforme, centralizado pelo governo federal, era de absoluta urgência para o combate à lepra nos países, assim como a necessidade de uma legislação sanitária relativa ao assunto e que fosse aplicada em todo o território, independente das disposições constitucionais do país. O ensino da lepra também foi indicado como importante tema que deveria estar presente nas escolas médicas desses países de forma obrigatória aos estudantes de medicina e de caráter essencialmente prático.¹⁴¹

Diante dessas recomendações, podemos verificar que o Brasil já se encontrava à frente de muitos países. Possuía uma legislação especificamente voltada para a lepra desde final de 1920, incluindo a criação de um órgão federal de coordenação da luta contra a lepra no país. Já indicava o isolamento dos doentes em colônias, permitindo o domiciliar desde que cumpridas as exigências consideradas indispensáveis.

A III Conferência Internacional de Lepra, realizada na França, em julho de 1923, contou com a presença de Eduardo Rabello, Inspetor de Profilaxia da Lepra como delegado do Brasil. Nos resumos dessa conferência, constam os trabalhos de autores brasileiros explicitando o que se fazia no país em relação à lepra. As estatísticas, ainda incompletas, da lepra no Brasil apresentadas nesta conferência totalizavam 7.224 doentes.¹⁴² Acerca do

¹⁴⁰ “Conclusões da 1ª Conferência Panamericana de Lepra realizada no Rio de Janeiro, em 1922”. *Arquivos Mineiros De Leprologia* 1946:6 (4) 195-197

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² RABELLO, Eduardo e AZEVEDO, S. de Barros. “Note sur la statistique de la lèpre au Brésil” In: E. Marchoux. *III Conférence Internationale de la Lèpre*. Strasburg 28 au 31 Juillet 1923. Communications et Débats, Librairie J. B. Bailliére et Fils, Paris, 1924, pp. 89-90.

tratamento realizado no Brasil, informaram sobre o uso do óleo de chaulmoogra e seus derivados no Hospital São Sebastião no Rio de Janeiro.¹⁴³ As medidas de profilaxia adotadas foram historiadas a partir da criação de um serviço especializado para o combate à lepra e de suas providências principais, como a notificação dos casos, o isolamento obrigatório em colônias e em domicílio, medidas contra os mosquitos, entre outras coisas.¹⁴⁴ O serviço de profilaxia da lepra, mediante acordos, até aquele momento estava sendo executado em 18 dos 20 Estados brasileiros.

Notadamente um espaço de discussão do problema da lepra de âmbito internacional, a III Conferência Internacional de Lepra indicou a necessidade do estabelecimento de leis que realmente pudessem ser postas em prática, visando ao tratamento profilático do maior número possível de doentes. As medidas indicadas foram as mesmas adotadas pela Noruega, ou seja, o isolamento hospitalar e o domiciliar, onde fosse possível aplicá-lo. Nos focos, o isolamento deveria ser realizado próximo à família do doente. Os indigentes, mendigos ou aqueles que não tivessem domicílio fixo, deveriam ser todos isolados em leprosários. Recomendou-se também a separação imediata dos filhos sadios de pais leprosos. A conferência estendeu aos parentes a atuação da profilaxia, estabelecendo exames periódicos a toda a família do doente, assim como a proibição de certas atividades profissionais aos doentes. Indicou também a necessidade de uma propaganda e educação sanitária voltadas para a população no intuito de divulgar a contagiosidade da lepra e seus perigos.¹⁴⁵

No Brasil, os Congressos de Higiene ocorridos durante a década de 1920 também constituíram um espaço para se debater o problema da lepra no país. A legislação sanitária federal e sua atuação frente às recomendações internacionais foi o tema apresentado sobre lepra no I Congresso Brasileiro de Higiene.¹⁴⁶ Eduardo Rabello expôs as conclusões das três conferências internacionais realizadas até aquele momento, indicando que a legislação brasileira estava de acordo com as suas recomendações.

¹⁴³ RABELLO, Eduardo e VERNET, Isaac. “Note sur le traitement de la lèpre” *Ibidem*, pp. 305-314.

¹⁴⁴ RABELLO, Eduardo e MOTTA, Joaquim. “Mesures de prophylaxie contre la lèpre au Brésil”. *Ibidem*, pp. 395-373 e 471-483.

¹⁴⁵ As conclusões da III Conferência Internacional de Lepra foram publicadas no trabalho apresentado por Rabello no I Congresso Brasileiro de Higiene, ocorrido alguns meses depois. RABELLO, Eduardo. “Profilaxia da lepra, do câncer e das doenças venéreas”. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene*. Rio de Janeiro, 1923 (2) pp. 216-224. Rabello indica inclusive que as resoluções da III Conferência já se encontram estabelecidas no regulamento sanitário federal, em vigor desde 1920, citando os artigos onde aparecem.

¹⁴⁶ RABELLO, Eduardo. *Ibidem*.

As críticas e apoios à legislação sanitária federal, principalmente em relação ao isolamento domiciliar foi o tema apresentado ao II Congresso Brasileiro de Higiene, por Antonio Aleixo.¹⁴⁷ O III Congresso explorou mais o tema da lepra com trabalhos sobre a educação sanitária, epidemiologia e profilaxia nos estados.¹⁴⁸ No V Congresso Brasileiro de Higiene foi avaliada a organização da luta contra a lepra no país.¹⁴⁹

Esses espaços nos ajudam a compreender o quanto a lepra era um problema que necessitava de atenção urgente tanto da comunidade nacional quanto em outros países pelo mundo. A atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foi avaliada, criticada e apoiada em vários trabalhos apresentados nesses encontros científicos. A luta contra a lepra foi sendo construída ao longo dos anos 1920, com a contribuição dos estudos efetuados em relação à terapêutica e a profilaxia da doença. A década de 1920 constituiu um campo de discussões em que essas questões, primordiais a uma luta eficaz contra a lepra, fossem definidas frente aos novos conhecimentos.

A legislação brasileira, embora de acordo com o que se recomendava internacionalmente, não era fielmente posta em prática durante os primeiros anos de atuação da Inspetoria. A falta de verbas não permitia a realização do isolamento em leprosários – em número reduzidíssimo, ainda, frente ao censo até então estabelecido. Já o isolamento domiciliar, embora indicado também como medida profilática, dependia muito das condições financeiras do doente – já que nesse tipo de isolamento os custos eram unicamente pagos por estes –, e da vigilância assídua que a Inspetoria determinava para tais casos.¹⁵⁰ Esse esquema profilático adotado pela Inspetoria foi alvo de críticas promovidas por diversos médicos, sanitaristas e políticos, que promoveram debates através de artigos ou em assembléias científicas.

2.5. A polêmica entre Belisário Penna e Eduardo Rabello na Academia Nacional de Medicina (1926)

A lepra era tida como questão muito importante no Brasil durante as primeiras décadas do século XX. Isso se refletiu na grande quantidade de trabalhos que a tinham

¹⁴⁷ ALEIXO, Antônio. “O isolamento domiciliar e a vigilância sanitária na luta contra a lepra”. *Anais do II Congresso Brasileiro de Higiene*, realizado em Belo Horizonte, em Dezembro de 1924. Tipografia Pimenta de Mello & Cia. 1924 (1) 217

¹⁴⁸ *Anais do III Congresso Brasileiro de Higiene*, São Paulo, 1926.

¹⁴⁹ *Anais do V Congresso Brasileiro de Higiene*, Recife, 1929. O IV Congresso Brasileiro de Higiene realizado em Salvador, em 1928, não teve o tema da lepra entre os trabalhos apresentados.

¹⁵⁰ Em 1926, Eduardo Rabello, em debate com Belisário Penna, indicava, segundo os boletins da Inspetoria não haver nenhum doente em isolamento domiciliar. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, pp. 421.

como tema central e também na intensificação dos debates acerca das orientações sobre sua transmissibilidade e controle, ocorridos durante a década de 1920.

Um desses debates se deu no ano de 1926, na Academia Nacional de Medicina, entre Belisário Penna e Eduardo Rabello.¹⁵¹ O primeiro havia defendido as questões do saneamento rural durante a década de 1910, chegando inclusive a lançar um livro contendo as principais bases do movimento sanitário, que sucedeu às viagens científicas promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC), das quais Penna fez parte ao lado de Arthur Neiva¹⁵². Depois Penna dedicou-se a escrever artigos sobre a ignorância, o alcoolismo, as verminoses, a malária, entre outros temas, os quais considerava como os “*grandes males*” da sociedade. Até o final da década de 1910, Penna não havia incluído em seus trabalhos nenhuma referência ao problema da lepra no país. Em 1920, após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), assumiu a direção do Serviço de Profilaxia Rural, demitindo-se em 1922 por discordâncias na orientação do Departamento. Trabalhando neste serviço tomou conhecimento do problema da lepra nos Estados brasileiros e a partir do final de 1922 passou a dedicar-se ao tema, escrevendo durante oito meses uma série de artigos em *O Jornal*.¹⁵³ Nesses artigos, Penna defendia a criação de um município para segregar todos os leprosos do país. Considerava a lepra o problema sanitário mais grave do Brasil e, para ele, somente com providências severas seria possível socorrer as vítimas do descaso criminoso dos poderes públicos¹⁵⁴.

Do outro lado do debate estava Eduardo Rabello, um importante dermatossifilógrafo, que atuou diretamente junto ao poder público, tendo inclusive ocupado a chefia da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas durante os anos de 1920 a 1926, quando foi substituído por Oscar da Silva Araújo, que permaneceu no cargo até a extinção da mesma.¹⁵⁵ Rabello teve um papel muito importante na instalação da Sociedade Brasileira de Dermatologia em 04 de Fevereiro de 1912, compondo ao lado de Fernando

¹⁵¹ Neste momento, o presidente da Academia Nacional de Medicina era Miguel Couto – presidente entre os anos de 1913 a 1934.

¹⁵² PENNA, Belisário. *O saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1918. *Apud* CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. “O pensamento sanitário na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. In: *DADOS*. Rio de Janeiro, 1985:28 (2) 193-210, p. 200.

¹⁵³ *Fundo Pessoal de Renato Kehl* (não organizado), COC/Fiocruz. Outras informações sobre a vida de Belisário Penna, ver *Fundo Pessoal Belisário Penna*, COC/Fiocruz.

¹⁵⁴ É possível verificar no fundo pessoal de Belisário Penna uma série de cartas parabenizando o sanitário pelas opiniões expressas nesses artigos, principalmente por seus esforços em relação ao problema da lepra e à criação do Município da Redenção. *Fundo Belisário Penna*, BP/TP/19141140 – Pasta 16. COC/Fiocruz.

¹⁵⁵ No ano de 1928, Joaquim Motta assumiu interinamente a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, p. 534.

Terra e Werneck Machado, a Comissão Organizadora. Além disso, participou da redação final do estatuto da Sociedade ao lado de outros especialistas. Fernando Terra foi eleito o primeiro Presidente, tendo ficado para Rabello o cargo de Secretário Geral. Em 1915, transformou-se em substituto da cátedra ocupada por Fernando Terra na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e em 1925, com a aposentadoria deste, Rabello sucedeu-o tanto na presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia, como também assumiu a titularidade da cátedra de doenças de pele e sífilis da Faculdade de Medicina, da qual, anos mais tarde, seria diretor. Rabello permaneceu na presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia por 15 anos ininterruptos, até a sua morte, em 1940, quando foi sucedido por Oscar da Silva Araújo.¹⁵⁶ Eduardo Rabello foi o detentor de uma posição institucional extraordinária, concentrando em suas mãos, em 1925, os poderes relacionados à cátedra de dermatologia e sifilografia, à direção nacional da luta contra a lepra e as doenças venéreas, e à Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Como se pode verificar, Rabello estava envolvido diretamente, primeiro, com os problemas enfrentados pela Inspetoria, e de forma mais geral, pelo próprio governo federal; e segundo, com a atuação de uma sociedade de dermatologia que tinha, também, interesses científicos sobre a lepra. Defendia o isolamento dos doentes em leprosários como forma de evitar o contágio da doença. A escassez das verbas e a conseqüente falta de leprosários suficientes para abrigar os doentes de lepra tornava necessário aceitar também o isolamento domiciliar. A legislação por ele elaborada adotou métodos brandos, como foi recomendado pela Primeira Conferência Internacional de Lepra, e não os métodos de separação utilizados na Idade Média, onde havia inclusive um ritual para retirar o leproso da sociedade, uma espécie de cerimônia fúnebre onde o indivíduo tornava-se morto para a sociedade.¹⁵⁷

A polêmica entre Belisário Penna e Eduardo Rabello teve como estopim a publicação de um artigo do primeiro criticando a atuação da República na solução do problema da lepra, nos seus 36 anos de existência.¹⁵⁸ Desacreditando o sistema de isolamento praticado pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e o

¹⁵⁶ Cf. CARNEIRO, Glauco. *História da Dermatologia no Brasil*. Rio de Janeiro: SBD, 2002, pp 61-66. As informações sobre a trajetória de Rabello também foram retiradas do livro de CARRARA, Sérgio, *Op. cit.*, p. 91.

¹⁵⁷ Sobre a lepra na Idade Média, ver DIAS, Ivone Marques. “Alguns aspectos sobre a lepra na Idade Média em Portugal”. In: RIBEIRO, Maria Curydice de Barros (org.) *A vida na Idade Média*. Brasília: Editora UnB, 1997, pp. 95-121.

¹⁵⁸ PENNA, Belisário. “36 anos de lepra”. *Eu sei tudo*, 1926:10 (1).

uso do chaulmoogra como agente terapêutico no caso da lepra, Penna realizou cálculos sobre a existência de leprosos no país e sua progressão até a década de 1940. Seus dados alarmantes indicavam existir cerca de 34 mil doentes no país, em 1926. De acordo com seus argumentos, baseados no caráter endêmico da lepra, calculou que o total de leprosos aumentava 40% a cada quatro anos. Assim, “*facilmente se obtém a cifra correspondente do quadriênio passado como as dos quadriênios futuros*” Os cálculos para 1930 eram de 47.415 leprosos. Na década de 1940 esse número já passaria dos 129 mil doentes.¹⁵⁹ Este artigo deu motivo a uma acalorada discussão na Academia Nacional de Medicina.

Em junho de 1926, um mês após à publicação do artigo, Penna defendeu suas idéias no cenário científico da Academia Nacional de Medicina.¹⁶⁰ Nessa conferência, Penna apresentou seus estudos sobre a doença de forma a desqualificar o papel dos leprosários, questionando sua eficácia. Considerava-os como instituições que nada tinham de profiláticas, pois mais pareciam hospedarias gratuitas para leprosos, que não ofereciam nenhuma segurança para a população sã.¹⁶¹

Dessa forma, a resposta para este problema da lepra não poderia estar baseada na segregação dos doentes nessas instituições. Para ele, a solução estaria naquilo que denominou de “Município dos Lázaros” ou “Município da Redenção”, um lugar em que os doentes viveriam livremente, sendo responsáveis por suas questões políticas, econômicas e administrativas. Este mundo, embora parecido com os demais municípios do país onde viviam os sãos, seria totalmente separado, não sendo permitido o contato entre as pessoas saudáveis e aqueles que vivessem no interior desse município.

Na III Conferência Internacional de Lepra, realizada em 1923, na França, foi deliberada nas conclusões finais, a contagiosidade da doença.¹⁶² A impossibilidade de obter a cultura *in vitro* do bacilo causador da doença resultava na obscuridade sobre o seu modo de transmissão. O que se sabia sobre o tema era apenas que a probabilidade de ela se processar por contágio direto, ou seja, pela convivência com um leproso. Pelo menos essa era a explicação para a tuberculose e devido à proximidade científica entre as duas

¹⁵⁹ Como não acreditava no isolamento praticado pela Inspetoria, fazia os cálculos imaginando estarem todos os doentes vivendo em liberdade. Cf. PENNA, Belisário, *op.cit.*

¹⁶⁰ A conferência de Belisário Penna intitulada “O problema da lepra no Brasil” foi pronunciada na Sessão de 17 de Junho de 1926 da Academia Nacional de Medicina e encontra-se transcrita na obra de SOUZA ARAUJO, Heráclides Cesar de. *Op. cit.*, pp: 414-418. Também consta no *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1926:98 (9) 211-223.

¹⁶¹ PENNA, Belisário. “O problema da Lepra – Recapitulando XIX”. *Fundo Belisário Penna*, BP/PI/TP/90002040-1 – Pasta 16. COC/Fiocruz.

¹⁶² SCHEIDT, Ary. “Profilaxia da Lepra”. *Boletim da Divisão Nacional de Lepra*. 1970:29 (3 e 4) 85-96.

doenças, imaginava-se que o processo do contágio deveria ser o mesmo.¹⁶³ Com uma diferença clara: a evolução da lepra se dava de maneira bem mais lenta que a tuberculose. Além disso, sabia-se ser o doente o único organismo capaz de hospedar seu agente etiológico e, portanto, certamente responsável pela contaminação dos sãos. Assim, tornava-se compreensível a outra recomendação dos congressos científicos internacionais realizados até a década de 1930: o isolamento dos doentes.

A curabilidade foi admitida em 1909, durante a II Conferência Internacional de Lepra, realizada em Bergen, mas o medicamento específico capaz de atestar a cura ainda era desconhecido.¹⁶⁴ O óleo de chaulmoogra e seus derivados – como os éteres etílicos, por exemplo – eram empregados comumente para o tratamento dos doentes, mas sem que surtisse os efeitos decisivos. Sua aplicação constante na pele diminuía ou até fechava as feridas, o que dava ao doente a sensação de cura. Mas, mesmo sendo minimizada a sua aparência externa, a lepra continuava atacando o organismo do enfermo e a contaminar aqueles que com ele mantinham contato íntimo e prolongado. Com o chaulmoogra algumas curas clínicas foram atestadas, mas era necessário continuar realizando exames e tratamentos nos estabelecimentos apropriados.¹⁶⁵

A problemática desse tratamento com o chaulmoogra estava no longo processo terapêutico pelo qual os doentes deveriam passar. Quanto mais rigorosamente fosse aplicado o chaulmoogra, maiores seriam as chances de sua cura clínica para os doentes. Mas esse processo dependia da paciência de médicos e dos doentes para completarem o tratamento, o que nem sempre acontecia, levando os enfermos a uma recaída. Para Rabello, esses resultados que o tratamento com o óleo de chaulmoogra vinha promovendo acabariam por influenciar a questão do isolamento, pois seria possível determinar ao paciente o tempo em que ele deveria permanecer isolado, dando-lhe a esperança de liberdade, e conseqüentemente diminuindo o medo de permanecer eternamente internado nos leprosários.

¹⁶³ A tuberculose era causada por um tipo de bacilo (*Mycobacterium tuberculosis*) parecido com o bacilo causador da lepra (*Mycobacterium leprae*). Sobre a tuberculose, ver BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História social da Tuberculose e do Tuberculoso – 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

¹⁶⁴ SCHEIDT, Ary. *Op.cit.*

¹⁶⁵ O chaulmoogra era uma planta indiana comumente utilizada para o tratamento dos doentes de lepra por vários séculos. Alguns médicos consideravam-na específica para a doença, mas seus resultados nem sempre eram satisfatórios. Cf. SILVA, J. Ramos e. “A quimioterapia da lepra, o seu estado atual”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (1) 17-28; e PUPO, J. Aguiar. “O óleo de Chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (3) 1-9.

Penna não concordava com a insistência dos leprólogos oficiais – como era o caso de Rabello – em utilizar o chaulmoogra como terapêutica específica para a doença, mas também não citava nenhuma outra. Para ele ainda não havia um método de tratamento eficiente para a doença e também por isso indicava a necessidade do isolamento para conter seu avanço.¹⁶⁶ Segundo a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, o tratamento então efetivado era considerado como fator de extrema importância para o controle da lepra e, também, cada vez mais, fundamental para se pensar na cura do indivíduo. Para o pensamento médico daquele momento, o desaparecimento das lesões infectantes, promovido pelo óleo de chaulmoogra, tornava o contágio extremamente difícil. Neste estágio seria possível atestar a cura clínica do paciente que deveria receber alta do leprosário, mas permaneceria realizando exames para verificar a ocorrência ou não de recaídas.¹⁶⁷

Diante das incertezas do conhecimento científico de então, Belisário Penna afirmava que o único meio seguro para evitar a propagação do Mal de Hansen seria através do isolamento dos doentes da sociedade em que viviam. As soluções oficiais empregadas para essa segregação na década de 1920 eram aquelas realizadas em hospitais ou em pequenas colônias. Sobre o primeiro caso, Penna acreditava que devido ao fato de a lepra ser uma doença crônica e de lenta evolução, o hospital acabava se tornando uma “*prisão intolerável*”. Passar o resto da vida preso a um estabelecimento fechado, pensava ser, no mínimo, desumano e ineficiente. Já as colônias reuniam algumas das preocupações que Penna tinha para o município dos lázaros, como a sensação de liberdade – tolhida apenas pelos limites geográficos dessas instituições – e as possibilidades de trabalhar na agricultura ou na manufatura, por exemplo. Nesse sentido, essas colônias até poderiam ser uma boa solução para o problema da lepra, mas não no Brasil. Para Penna, essas instituições seriam eficientes apenas no caso de poucos doentes; não serviam, portanto, ao caso brasileiro, onde calculava ter cerca de 34 mil doentes.¹⁶⁸ No início da década de 1920 calculava-se que a população total do Brasil estaria em 30 milhões de habitantes.¹⁶⁹

¹⁶⁶ PENNA, Belisário, “A lepra e a República”. *Fundo Belisário Penna*, BP/PI/TP/ 90002040-11 – Pasta 16 – COC/Fiocruz.

¹⁶⁷ PUPO, J. Aguiar. *Op. cit.*

¹⁶⁸ Enquanto Penna totalizava o número de doentes em quase 34 mil, os dados oficiais contavam pouco mais de 11 mil, a partir dos dados recolhidos através do censo leproológico nos Estados. PENNA, Belisário. “O Problema da lepra no Brasil” *apud* SOUZA ARAUJO, Heráclides Cesar de. *Op. cit.*, pp: 414-418.

¹⁶⁹ *Apud* MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social. São Paulo: FFLCH da Universidade de São Paulo, 1995, para 78.

Para seguir esse modelo institucional, o Estado precisaria construir e manter um número maior de colônias para abrigar todos os doentes do país. Mas estava claro que, por conta de dificuldades financeiras, o Brasil não estaria em condições de manter hospitais, asilos ou colônias em cada Estado, em todos os Estados, em quantidade suficiente para abrigar toda a população leprosa.

E esse foi um ponto de crítica levantado por Belisário Penna. Para ele, a solução que mais facilmente se ajustaria às condições dos cofres públicos seria a construção de um ou dois municípios lázaros, indicando, ainda a possibilidade de se captar recursos para a organização desses municípios e para as despesas com a instrução, a educação e o combate às doenças prevalentes no Brasil, através de um imposto, denominado “*taxa da saúde*” que seria cobrado com a venda de bebidas alcoólicas.¹⁷⁰

Assim, em seu entendimento, nenhuma das soluções praticadas pela Inspetoria seria possível no Brasil. Tanto por conta da impossibilidade econômica de sua realização, como da dificuldade de submissão dos doentes à prisão hospitalar ou nas pequenas colônias. Esse último fator foi verificado pela quase ineficiência dos leprosários existentes que, segundo Penna, permitiam que os doentes passassem dias fora ou até que nem regressassem, o que tornava o isolamento uma prática profilática ilusória.

O isolamento domiciliar também era permitido em casos determinados pela autoridade sanitária, mas sobre esse tipo de isolamento Belisário Penna se mostrou ainda mais crítico. Para ele, as frases “*quando possível*”, “*quanto possível*” e “*a juízo da autoridade sanitária*” presentes nas prescrições regulamentares, seriam portas abertas para concessões e transigências.¹⁷¹ O Regulamento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas parecia, para ele, demonstrar uma maior preocupação apenas com o bem estar do leproso, esquecendo-se do perigo que este oferecia à sociedade como um todo.

De posse de todos esses argumentos, Penna apresentou aquilo que, em sua opinião, seria a solução para o problema da lepra:

“Tive a idéia da formação em vez de colônias, de um ou dois municípios, com extensão territorial mais ou menos igual a do

¹⁷⁰ Em uma carta destinada ao Presidente Getúlio Vargas, datada de 02 de Julho de 1931, Belisário Penna explicava o que seria esta *taxa da saúde* e como deveria ser utilizada para as questões referentes à saúde. *Fundo Belisário Penna*, BP/TP/19141140 – Pasta 21. COC/Fiocruz. Esse tributo voltado para a lepra nunca foi posto em prática.

¹⁷¹ PENNA, Belisário. “O problema brasileiro da lepra”. *Fundo Belisário Penna*, BP/PI/TP/90002040-34 (B) – Pasta 21. COC/Fiocruz.

*Distrito Federal, onde se poderia localizar a maioria dos leprosos existentes no país (...) de todas as classes sociais. Seria uma cidade com todo o conforto e higiene, possuindo todos os elementos de diversão e distração, onde os próprios leprosos, remediados ou ricos, construiriam as suas casas em terrenos cedidos pelo Governo, administrariam o município, elegeriam a sua Câmara Municipal, fariam a sua politicagem tanto a gosto dos brasileiros e viveriam contentes e satisfeitos. Teriam juízes de paz, coletores, enfim, toda a organização de um município.*¹⁷²

O Município da Redenção tinha raízes no plano traçado por Oswaldo Cruz, em 1913. Na verdade, o isolamento insular foi pela primeira vez apresentado por Oswaldo Cruz no relatório referente ao ano de 1904, encaminhado ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, J. J. Seabra.¹⁷³ Na parte referente à lepra, Oswaldo Cruz indicava a necessidade de medidas urgentes para “*uma moléstia que está alastrando-se pela cidade*”.¹⁷⁴ O isolamento em hospitais era desaconselhado, visto ser a doença crônica, de longa duração. O ideal seria a “*sequestração*”¹⁷⁵ do doente e seu internamento em “*colônias para leprosos*”, onde eles pudessem trabalhar e receber o tratamento apropriado. Dessa forma, Oswaldo Cruz indicava o Lazareto da Ilha Grande como local para dar início ao isolamento dos doentes. A localização espacial de uma ilha facilitaria a vigilância, impedindo ou dificultando as fugas. A proposta de isolar os doentes em uma ilha recebeu uma moção apresentada por três médicos paulistas, Ulysses Paranhos, Alberto Seabra e Adolpho Lindenberg ao Sexto Congresso Médico de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo, em 1907.

O Lazareto da Ilha Grande destinava-se às operações sanitárias realizadas nos navios que chegavam ao porto do Rio de Janeiro. Para lá eram enviadas as embarcações consideradas, pelas autoridades sanitárias, perigosas à saúde da população, e que exigiam tratamentos especiais. Na Ilha Grande, os passageiros desses navios eram obrigados a desembarcar para que se realizassem as desinfecções. Os doentes que possivelmente fossem encontrados eram recolhidos ao hospital de isolamento e lá permaneceriam até não

¹⁷² *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, p.417.

¹⁷³ CRUZ, Oswaldo. *Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.

¹⁷⁴ *Ibidem*, p. 67.

¹⁷⁵ O sentido da palavra ‘sequestração’ está relacionado ao seqüestro do doente, ou seja, retirá-lo do meio social sadio, mesmo que para isso fosse necessário utilizar a força, no caso, policial.

mais constituírem perigo à coletividade. Os custos com esses doentes eram de responsabilidade das empresas marítimas de navegação, na qual viajavam.¹⁷⁶

Oswaldo Cruz só voltou ao tema do isolamento dos leprosos em 1913, em uma entrevista concedida ao jornal *O Imparcial*.¹⁷⁷ Nesse projeto, o isolamento hospitalar era considerado como impossível de ser realizado como medida profilática, pois nesses lugares o doente tornava-se improdutivo, o que sobrecarregaria os governos de despesas. Os hospitais deveriam servir apenas para o tratamento de complicações decorrentes da doença. Assim, indicava as colônias como locais ideais para o isolamento dos leprosos onde o enfermo poderia exercer qualquer atividade permitida por sua força física.

A colônia seria uma cidade de tamanho reduzido, mas com autonomia própria. Teria escolas, oficinas, biblioteca, casas de comércio, fábricas, casas de diversão, clubes, hospitais, asilos, além das habitações para os doentes abastados, o que indica a preocupação em salvaguardar os interesses das classes sociais mais elevadas. A colônia poderia manter-se a si própria através da agricultura, da indústria pastoril, do comércio e da indústria fabril – atividades que seriam desenvolvidas pelos próprios enfermos e para eles mesmos.¹⁷⁸ O Governo e a filantropia poderiam empregar capitais nesses estabelecimentos comerciais e industriais e assim resolveriam um grave problema sanitário, sem grandes despesas. Essa seria a forma de se evitar que o mal atingisse toda a sociedade.

A idéia de um dos representantes mais importantes da medicina higiênica do início do século XX parece não ter conquistado espaço no meio científico da época em que foi sugerida, ao menos o que dizia respeito ao isolamento em ilhas. Na verdade, o interesse de Oswaldo Cruz com essa entrevista, era o de despertar a sociedade e a classe médica para uma importante questão: o alastramento de uma doença sobre a qual os médicos reconheciam serem “*incompletos e insuficientes nossos conhecimentos acerca da transmissão da lepra*”.¹⁷⁹ Para isso indicava que a solução estaria no isolamento dos doentes em colônias. “*É uma idéia a estudar que poderá ser modificada, melhorada e*

¹⁷⁶ Cf. BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 1.397 e art. 1.398.

¹⁷⁷ CRUZ, Oswaldo. “Uma questão de hygiene social: lepra”. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, nº 211, p. 2, julho de 1913.

¹⁷⁸ *Ibidem*. Os produtos colhidos na agricultura ou confeccionados em fábricas ou manufaturas pelos leprosos só deveriam ser consumidos pelos próprios doentes por conta do medo de que eles pudessem contaminar os sãos.

¹⁷⁹ *Ibidem*. Não podemos esquecer que é possível que a intenção de Oswaldo Cruz em chamar a atenção da comunidade médica para a necessidade do isolamento dos doentes como forma de conter a lepra tenha influenciado a organização da Comissão de Profilaxia da Lepra, reunida dois anos depois.

*mesmo alterada, desde que o seu substractum ‘o isolamento dos leprosos em colônias’ permaneça de pé”.*¹⁸⁰ A indicação de uma ilha para a realização de tal isolamento não passava de uma idéia. O mais importante era retirar o indivíduo doente da comunidade sã. O controle do leproso indicava o controle da doença.

Foi somente com os artigos de Belisário Penna publicados a partir de 1922, que a idéia do isolamento dos doentes em ilhas ganhou novo vigor, recuperando grande parte do discurso de seu declarado mestre. Inclusive a localização do Município dos Lázaros: ambos sugeriram a Ilha Grande. Lá já existiam algumas instalações que foram construídas para abrigar um grande hospital de isolamento para os viajantes e que serviriam de núcleo para a colônia de leprosos proposta.

Além das instalações já existentes, outras seriam construídas a fim de proporcionar o conforto aos doentes e a sensação de estarem em um município igual a tantos outros do país, com os mesmos serviços, as mesmas oportunidades de trabalho, as mesmas condições de moradia e, além, é claro, das instalações hospitalares necessárias aos doentes. O intuito de Belisário Penna era reproduzir as condições da vida social no município lázaro, de forma que os doentes não sentissem nenhuma necessidade de ir à capital ou a qualquer outra cidade. O objetivo maior não estava somente no bem estar do doente, mas, associado a isso e de forma muito mais importante, sua preocupação com a preservação da saúde do restante da população sã.

Em um artigo específico sobre o Município dos Lázaros, Penna apresentou claramente como deveria ser construída a cidade da redenção

*“(...) com todo o conforto higiênico – calçamento, iluminação à luz elétrica, água canalizada e esgotos, com bairros para ricos, remediados e pobres, praças e jardins, obedecendo às habitações e regulamentos de construção e de higiene.
“Aí se construirão asilos para os inválidos, hospital, escolas, edifícios da municipalidade, do fórum e da política, da saúde pública, biblioteca, cine-teatro, campos de tênis e futebol, telégrafo e correios”.*¹⁸¹

Em resposta à conferência pronunciada por Penna na Academia Nacional de Medicina, Eduardo Rabello se posicionou contra a criação desse município, devido

¹⁸⁰ *Ibidem.*

¹⁸¹ PENNA, Belisário, “Problema Brasileiro da Lepra – O Município da Redenção”. *Fundo Belisário Penna*, BP/PI/TP/19310519 – Pasta 08. COC/Fiocruz.

principalmente ao fracasso de tais idéias, que já haviam sido postas em prática em outros países, como no Havaí.¹⁸² Lá, quando teve início o isolamento total dos doentes do país, na ilha Molokai¹⁸³, destinada exclusivamente para eles, esse modelo parecia ser o ideal para a solução do problema da lepra. Mas, o que no início foi só elogios acabou tornando-se um grande fracasso: depois de alguns anos de aplicação desta medida isolacionista, o número total de doentes segregados deixou de aumentar, muito embora novos casos de lepra continuassem a aparecer no Havaí. O tratamento baseado no isolamento compulsório em uma ilha não garantiria, portanto, a diminuição no número de doentes e a solução encontrada foi voltar ao sistema anterior, ou seja, aos meios brandos de controle, permitindo inclusive o isolamento domiciliar. Tomando isso como exemplo, Rabello indicava que a política segregacionista defendida por Penna não poderia ser considerada a solução mais eficaz para o problema da lepra.

Além disso, a opção pela segregação em um ou dois municípios, sendo eles em ilhas ou no território, não parecia ao ex-inspetor da Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas uma solução viável.¹⁸⁴ Como conseguir impôr aos doentes que todos, sem exceção, deveriam seguir para um município, longe de tudo e de todos, onde ficariam isolados do restante da sociedade, pelo resto de suas vidas? Como garantir que cumpririam esse isolamento, senão com o auxílio de força policial? Rabello indicava o quanto era difícil convencer o doente da necessidade de seu isolamento e, mais ainda, de se fazê-lo cumprir.¹⁸⁵

A orientação que o programa do Departamento Nacional de Saúde Pública procurava seguir baseava-se na organização do isolamento dos doentes em leprosários ou em domicílio, com a liberdade de escolha por parte do doente, desde que seguidas as recomendações da autoridade sanitária.¹⁸⁶ Para tentar amenizar os problemas advindos com

¹⁸² *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, pp. 423-428.

¹⁸³ Sobre a experiência de um leprosário central, na ilha de Molokai, para reunir todos os doentes de lepra, ver TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002, principalmente o capítulo 3, “La lepra en Noruega y Hawai en el siglo XIX: entre la bacteriología y la epidemiología”; TRONCA, Ítalo A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000; BENCHIMOL, Jaime Larry e SÁ, Magali Romero. “Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. 2003:10 (supplement 1), 49-93 e SOVIERO, D. J. “The Nacionalization of a disease: a paradigm?” *Public Health Reports*. Jul-Aug, 1986. Vol. 101, n.º. 4, pp. 399-404.

¹⁸⁴ Quando ocorreu este debate, Eduardo Rabello já havia se afastado das funções na Inspetoria, sendo sucedido por Oscar da Silva Araújo.

¹⁸⁵ Comunicação feita à Academia Nacional de Medicina, na sessão de 24 de junho de 1926. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, pp. 423-428.

¹⁸⁶ BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto n.º. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 145.

tal prática isolacionista, os leprosários deveriam ser construídos, tanto quanto possível, junto às localidades onde houvesse maior incidência da doença, de forma a permitir que o doente ficasse relativamente próximo de sua família.

O isolamento em domicílio era permitido principalmente aos doentes de formas não-contagiantes, quando fosse possível uma vigilância rigorosa e assídua e nos casos em que o doente pudesse cumprir com as exigências contidas na legislação em vigor.¹⁸⁷ As despesas com esse tipo de isolamento eram de responsabilidade do doente, o que impedia que doentes pobres pudessem manter-se isolados em casa.¹⁸⁸

Em regra geral, o isolamento domiciliar ditava a separação do doente em um quarto, devidamente asseado e evitando-se o acesso de outras pessoas. Os objetos de uso pessoal deveriam ser separados do restante dos moradores da casa. O doente deveria ser mantido rigorosamente isolado em seu aposento, afastado principalmente das crianças, e sendo protegido contra moscas e mosquitos, já que ainda não eram descartados como possíveis transmissores da lepra, e tendo suas lesões sempre limpas e cobertas.¹⁸⁹ A família do doente isolado em domicílio também deveria cumprir uma série de regras, entre elas: não manter contato com o doente, não permitir visitas ao mesmo e realizar exames periódicos para verificar se estavam contaminadas.¹⁹⁰

Esse tipo de orientação para a profilaxia da lepra foi alvo de críticas de vários médicos durante muitos anos e para respondê-las, Rabello indicou que enquanto não fossem construídos os leprosários necessários à completa profilaxia da lepra, seriam postas em execução as medidas possíveis, a juízo das autoridades sanitárias, em geral, de vigilância e isolamento domiciliar.

*“A razão do dispositivo é muito simples. A lei adotou o isolamento domiciliar e o nosocomial e, como sanção às faltas decorrentes de não cumprimento desse isolamento, a remoção dos doentes para o leprosário. Agora, não poderíamos impor essa sanção, pela falta de leprosários. E só por isso, não temos uma luta bastante eficiente ainda em relação à lepra”.*¹⁹¹

¹⁸⁷ *Ibidem*, art. 156 e parágrafo único.

¹⁸⁸ *Ibidem*, art. 157, parágrafo único.

¹⁸⁹ Sobre as regras do isolamento domiciliar dos leprosos, ver *Ibidem.*, artigos 156 a 168.

¹⁹⁰ *Ibidem*, art. 162.

¹⁹¹ *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, p. 423.

Portanto, a falta de leprosários dificultava a prática do isolamento nosocomial, como determinava a legislação. Mas Rabello indicava que o Governo já teria dado início à construção desses hospitais, principalmente em regiões consideradas como focos da endemia, como é o caso do Estado do Pará, onde já havia sido inaugurado o Leprosário do Prata ou do Estado do Maranhão, onde um leprosário estava em construção. Isso sem falar em São Paulo que, embora tendo uma política realizada à parte ao que era orientado pelo Governo Federal, tinha o leprosário de Santo Ângelo e já estudava a possibilidade de construir outros em regiões também consideradas focos da doença no Estado.

Segundo a legislação, o princípio da multiplicação de lugares de isolamento nas vizinhanças das residências dos leproso devesia ser adotado de modo a facilitar o isolamento dos doentes.¹⁹² Os leprosários existentes até então – como os do Pará e São Paulo – apresentavam-se física e geograficamente isolados das regiões mais habitadas, mas agregavam preferencialmente em seu interior os doentes das comunidades próximas. O formato preferencial desses leprosários era a colônia-agrícola, pois atendia a várias exigências tidas como necessárias ao sucesso dessas instituições: o campo, o espaço rural, o lugar tranqüilo, arejado, sem poluição e, principalmente, longe dos centros urbanos, de forma a evitar que se despertasse o medo entre as pessoas. Para Rabello, a experiência brasileira indicava uma dificuldade considerável de se afastar o leproso da sua família. A psicoterapia, no caso da lepra, parecia ter se tornado uma questão bem importante para a obtenção da cura do paciente, de modo que o melhor, segundo Rabello, seria favorecer o isolamento o mais próximo possível da família do doente.

A visita dos inspetores sanitários, ou simplesmente a possibilidade de isso acontecer gerava sofrimento nos doentes e seus familiares. Se a doença fosse constatada em algum membro da família, ele deveria ser imediatamente internado para a realização de exames baciloscópicos e depois de comprovada a existência do bacilo de Hansen em seu organismo, o sujeito deveria ser isolado em um hospital especializado, e os demais membros da família (além de outros que pudessem ter mantido contato íntimo e prolongado com o enfermo) deveriam realizar exames periódicos como forma de controlar os possíveis novos casos de lepra.¹⁹³ Essa experiência certamente tornava-se traumática não só para a família que sofria a intervenção sanitária, como também para todos aqueles que

¹⁹² BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 139, §2º

¹⁹³ Esses são os passos previstos em lei para que o doente seja identificado e, somente depois disso, isolado com a segurança de que não se esteja cometendo uma injustiça. Cf. BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 143.

de alguma maneira, sabiam o que tinha acontecido. Por isso a fuga dos doentes de lepra e dos seus comunicantes era um acontecimento recorrente, prejudicando, inclusive a realização dos censos leproológicos.

O censo da lepra era uma política executada pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas com o objetivo de verificar a quantidade de doentes existentes no país, as regiões mais atingidas etc. Acreditava-se que com isso seria possível montar um perfil que permitisse verificar a eficácia da profilaxia utilizada. Mas, dadas as dificuldades dos serviços dessa natureza, majoradas pela extensão do território nacional e pela deficiência das vias de comunicação, não tinha sido ainda possível organizar uma estatística completa e definitiva para o caso da lepra. Além disso, era uma doença com longo período de incubação, que poderia ser ocultada por vários anos¹⁹⁴ e facilmente confundida com outras doenças dermatológicas.¹⁹⁵ Rabello lembrou em sua conferência na Academia Nacional de Medicina, que a Inspetoria vinha realizando o que era possível em relação ao problema da lepra, mas indicava também que quase toda a verba destinada a essa inspetoria era gasta com o também grave problema da sífilis.¹⁹⁶

Segundo os dados oficiais da Inspetoria, através do censo realizado por funcionários, apurou-se a existência, em 31 de dezembro de 1925, de pouco mais de 11 mil leprosos em todo o país, com exceção do Estado de Minas Gerais, onde o recenseamento ainda não havia sido concluído.¹⁹⁷ Não concordando com os censos oficiais, Belisário Penna realizou por conta própria um cálculo para determinar o número de doentes existentes no país. Levando-se em consideração as correspondências de médicos, farmacêuticos e leigos de vários Estados que recebeu ao longo do tempo em que se dedicou ao problema da lepra, Penna construiu um cálculo próprio sobre o total de leprosos existentes no país. Assim, acreditava que no Brasil existiam mais de 33 mil leprosos, para

¹⁹⁴ O tempo médio para a manifestação da lepra é de dois a cinco anos. TALHARI, Sinésio e NEVES, René Garrido. *Hanseníase*. Manaus, Gráfica Tropical, 3ª. Edição, 1997.

¹⁹⁵ Segundo informações de Rabello, na sessão de 17 de Junho de 1926 da Academia Nacional de Medicina. Ver SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, pp. 423-428.

¹⁹⁶ Enquanto os EUA, na mesma época, gastavam cerca de 13 mil e quinhentos contos apenas com a profilaxia das doenças venéreas, o Brasil dispunha de somente 2 mil e quinhentos contos para a profilaxia conjunta dessas doenças, do câncer e da lepra. Eduardo Rabello “Considerações sobre a profilaxia da lepra, das doenças venéreas e do câncer, a propósito do novo regulamento sanitário”. *Correio da Manhã*, 14 e 15 de agosto de 1920. A conferência pronunciada por Eduardo Rabello na Academia Nacional de Medicina encontra-se transcrita na obra de SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, pp. 423-428.

¹⁹⁷ O censo realizado pela Inspetoria determinava um total de 11.174 doentes. Esses dados foram apresentados pelo então inspetor de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, Oscar da Silva Araújo, numa comunicação feita à Academia Nacional de Medicina, na sessão de 24 de junho de 1926. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, p. 419.

o ano de 1926. É interessante notar nos termos do debate ocorrido em 1926, como Belisário Penna atingia esses cálculos.

Rabello – “(...) *Como chegou S. Ex.^a a esse resultado?*

Penna – *Foi apenas um cálculo.*

Rabello – *Foi um cálculo de onde se tirou uma comparação para o nosso coeficiente atual. Logo, é um cálculo importante. Mas de onde S. Ex.^a tirou esse cálculo?*

Penna – *Eu partia de 33.500 doentes e, assim como fazia o cálculo para daqui a 20 anos o fazia para 30 anos atrás.*

Rabello – *Confesso que eu não poderia prever que fosse assim. Mas é uma questão muito séria, pois entende justamente com o nosso índice. (...) São afirmações que não se fazem por essa forma. Isso se pode escrever num jornal leigo, mas não pode ser sustentado aqui numa assembléia científica”.*¹⁹⁸

Dessa forma, a opinião de Belisário Penna sobre as estatísticas dos leprosos no país foi totalmente descartada por não se apoiar em critérios cientificamente estabelecidos. O censo oferecido pela instituição oficial não era considerado um cálculo definitivo, finalizado, o que permitia que esse número pudesse ser maior ou menor.¹⁹⁹ Mas, segundo Rabello, esse censo tinha um critério científico de ação, e não era um cálculo imaginário.²⁰⁰

O debate promovido no âmbito da Academia Nacional de Medicina trouxe à tona questões muito importantes sobre o cuidado que se efetuava aos portadores de uma doença considerada como a “*filha mais velha da morte*”.²⁰¹ A principal intenção das conferências era estabelecer qual o tipo ideal de estabelecimento para o isolamento dos doentes, de acordo com os mais atualizados conhecimentos científicos e, principalmente, levando-se em conta as especificidades do caso brasileiro.

Os leprosários, ou colônias para leprosos, possuíam por característica a localização em uma cidade interiorana. Sua população levaria uma vida cercada pelos muros do leprosário, num local aparentemente livre, mas que na verdade estava retida para o controle

¹⁹⁸ Esse debate ocorreu na sessão de 24 de junho de 1926. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de. *Op. cit.*, pp. 423-424.

¹⁹⁹ Essa discrepância em relação ao número exato de doentes devia-se ao fato de ser a lepra uma doença facilmente confundida com outras dermatites, o que poderia aumentar o número de casos conhecidos ou, ao contrário, encobrir alguns pacientes em falsos diagnósticos. Sobre os números citados ver: *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. 1926:98 (9) pp. 211-223 e pp. 263-291.

²⁰⁰ Quase uma década depois, Souza Araujo assumia que o problema era muito maior, em torno dos 50.000 casos em todo o território. SOUZA ARAUJO, Heráclides César de. “Há cincoenta mil leprosos no Brasil!” *Diário Carioca*, 2-2-1935.

²⁰¹ Essa metáfora foi adotada por Oswaldo Cruz, em 1913, em sua entrevista ao jornal *O Imparcial*. CRUZ, Oswaldo, “Uma questão de hygiene social: lepra”. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, nº 211, p. 2, julho de 1913.

da doença que seus moradores portavam. No interior desses muros, os doentes gozariam de livre trânsito, levando uma vida aparentemente normal, com uma única exceção: nunca poderiam ultrapassar os limites de sua colônia. Essas colônias deveriam estar distribuídas pelo país, de forma a deixar os doentes o mais perto possível de suas famílias.

Nos municípios lázaros os doentes viveriam em suas novas casas, convivendo com vizinhos e outras pessoas, sendo que todos eles seriam iguais, ou seja, leproso. Embora vivessem livres, essa liberdade estaria restrita aos limites desse município e por nada deveriam ultrapassá-los. Poderiam ter profissões, casarem-se, mas sempre seguindo as regras da localidade em que viviam, estipuladas pelas autoridades sanitárias. Esses municípios teriam uma localização centralizada de forma a converter para lá os doentes de todo o país.

Comparando o modelo de reclusão dessas instituições previstas em lei para a segregação do leproso e conseqüente diminuição dos doentes do país com o modelo proposto por Penna, de colocar todos os doentes em um único município onde também gozariam de liberdade enquanto lá estivessem, é possível perceber que se trata de variantes de um mesmo modelo. Possuíam as mesmas características, a mesma estrutura, porém, em escalas diferentes. Os defensores dos direitos humanitários apontavam que ambos os modelos causavam constrangimentos e transtornos aos doentes e seus familiares, mas o diferencial que pesou contra a criação do município foi o medo de que a reunião de todos os doentes de lepra em uma única localidade pudesse gerar agitação ou mesmo uma rebelião.²⁰² Assim, a idéia da construção de colônias-agrícolas que por determinação possuíam um número limitado de doentes, ganhou novo vigor e continuou sendo aceita como modelo principal para o isolamento.

Em qualquer dos casos, o isolamento era apontado, segundo as respectivas “verdades científicas”, como a alternativa viável e mais adequada para enfrentar a lepra. Os doentes isolados nos asilos-colônias ou nos municípios emergiriam no cotidiano e na disciplina dessas instituições, independente de suas vontades. O objetivo, afinal, era separar o indivíduo doente dos sãos, protegendo principalmente os últimos. Belisário Penna defendia a idéia de que os doentes deveriam viver **como** nós, mas isolados; ao contrário de Eduardo Rabello que acreditava que o melhor a fazer era manter os doentes

²⁰² Segundo Luciano Curi, o medo de perder o controle sobre os doentes foi mais decisivo que as questões humanitárias contra a criação do município dos lázaros. Cf. CURI, Luciano Marcos. *“Defender os sãos e consolar os lázaros”*. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002, pp.141-142.

entre nós, isolados. Essas nuances faziam o diferencial das medidas isolacionistas propostas por ambos.

Belisário Penna encontrou ao longo de sua luta por um Município da Redenção, alguns poucos seguidores confessos. O principal deles foi o arquiteto Abelardo Caiuby, que na década de 1930 realizou alguns estudos apontando o isolamento compulsório como o mais econômico e o mais viável para a realização de uma eficaz profilaxia da lepra.²⁰³ Não continuou com a idéia do isolamento insular, mas indicou a necessidade de “*zonas de concentração*”, ou dos mesmos municípios indicados pelo seu mentor, apenas em número superior.²⁰⁴ Esse tipo de solução não ganhou espaço nas ações governamentais, nem mesmo no período em que o próprio Penna ocupou o Departamento Nacional de Saúde Pública ou até mesmo o Ministério da Educação e Saúde Pública, durante a década de 1930.²⁰⁵

2.5.1. A atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas frente às dificuldades financeiras do país durante os últimos anos da década de 1920.

Apesar do amplo apoio que foi ofertado à profilaxia da lepra no Brasil com os vários trabalhos apresentados pelos médicos, as dificuldades econômicas e políticas existiram e em alguns momentos representaram empecilhos à urgência que se desejava imprimir à solução do problema. Os debates no Brasil acerca da necessidade do isolamento compulsório tornaram-se cada vez mais intensos durante os anos 1920 e 1930.

Enquanto isso, a política preconizada pelos dirigentes da saúde pública brasileira, em especial aqueles que cuidavam especificamente do tema da lepra, seguia mais no campo da teoria do que da prática. Até o final da década de 1920, a execução do isolamento dos doentes de sua família e de toda a sociedade viu-se prejudicada, visto o reduzido número de estabelecimentos para segregar os mais de 12 mil doentes recenseados pela União em todo o país.²⁰⁶

²⁰³ CAIUBY, Abelardo Soares Caiuby. *O problema da lepra no Brasil: análise e tentativa de solução*. 1931. Apud MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social. São Paulo: FFLCH da Universidade de São Paulo, 1995, 146-147.

²⁰⁴ *Ibidem*, pp.160-161.

²⁰⁵ Sobre os acontecimentos da década de 1930, ver capítulo III.

²⁰⁶ Cf. ARAÚJO, Oscar da Silva. “Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 195-254.

Em fevereiro de 1926 foi criada a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra no estado de São Paulo, por iniciativa de Alice de Toledo Ribas Tibiriçá.²⁰⁷ Suas atividades visavam a assistência às famílias dos doentes, a educação dos filhos de pais leprosos e o regresso dos ex-doentes à sociedade. Além disso, divulgava informações a respeito da doença através de informes e panfletos. Essa sociedade paulista serviu de inspiração a todas as outras que foram posteriormente fundadas no país e que deram origem, em 1932, à Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Entre seus integrantes predominavam as mulheres, as “damas da sociedade” que ficavam responsáveis por suas realizações.²⁰⁸ Em alguns Estados, como foi o caso de São Paulo, a Sociedade colaborou financeiramente na construção de asilos-colônias.

Em novembro de 1928, o editorial do *Jornal do Comércio* indicava como se encontrava a atuação dos órgãos públicos no que dizia respeito à luta contra a lepra: “*O que é inadmissível é que continuemos de braços cruzados diante de um flagelo que dia a dia toma maiores e mais apavorantes dimensões*”.²⁰⁹ Uma crítica clara à falta de leprosários que, na capital federal, determinava que os doentes procurassem o Instituto Oswaldo Cruz em busca de tratamento.²¹⁰

Em 1929, a presidente da Sociedade de Assistência aos Lázaros de São Paulo enviou um apelo ao Presidente da República Washington Luiz, solicitando a participação estatal e federal no combate à lepra no país:

“Se agora há dificuldade em resolver-se esse problema, que faremos quando as terras ainda incultas estiverem povoadas? Vossa Excelência rasgou estradas e uma vida nova se estabeleceu acompanhando a facilidade do transporte. Como uma sombra a lepra também um dia virá a todos esses pontos e surdamente minará a vitalidade da raça. É o temor que temos! Não havíamos ainda procurado o amparo do Governo porque esperávamos que Vossa Excelência houvesse resolvido outras questões para então apresentarmos o nosso humilde pedido. Assim, pois, esperamos que Vossa Excelência possa com chave de ouro, encerrar seu ciclo proveitoso abrindo com a ação oficial da Nação, horizontes que

²⁰⁷ MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá: lutas e ideais*. Rio de Janeiro: PLG-Comunicação, 1980.

²⁰⁸ CURI, Luciano Marcos. *Op. cit.*, pp. 95-100.

²⁰⁹ *Jornal do Comércio*. Editorial. 29/11/1928. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, p. 531.

²¹⁰ Carta de Carlos Chagas, Diretor do IOC, para Clementino Fraga, Diretor do DNSP. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 531-532.

*venham clarear o futuro sombrio do Brasil maculado pelo mal de Hansen!*²¹¹

Os apelos da sociedade civil e das organizações filantrópicas por uma atuação mais eficaz do governo federal frente ao problema da lepra não obtiveram êxito durante os anos 1920. O crescimento do Estado durante essa década possibilitou uma maior intervenção federal nas várias áreas das políticas públicas, inclusive no que se refere à saúde. Entretanto, os problemas políticos e financeiros impediram, como vimos que determinadas medidas fossem definitivamente postas em prática.

No caso da lepra, foi criada a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, cujos serviços deveriam ser orientados “em todo o país”. A política federativa em vigor dividia a atuação federal entre aquelas desenvolvidas na Capital Federal e aquelas voltadas para os demais estados do país. Para serem realizadas nos Estados, seus representantes deveriam autorizar essas medidas através de um acordo firmado com o governo federal.

A atuação da Comissão de Profilaxia da Lepra, entre os anos 1915 a 1919, chamou à discussão o problema da lepra no país. O regulamento sanitário de 1920, no caso específico da lepra, não apenas criava um órgão central para coordenar e implementar a luta profilática em todo o país, como também estabelecia as diretrizes básicas – e muitas vezes minuciosas – que deveriam orientá-la. Dessa forma o isolamento, principal medida profilática adotada para a lepra, tornou-se compulsório. Mas, embora especificado em lei, esse isolamento não pode ser efetuado em sua totalidade durante a década de 1920. A escassez de verbas impediu a edificação dos leprosários necessários ao isolamento dos doentes.

O Estado de São Paulo constituiu uma exceção frente ao que se promovia em nível federal. Enquanto o isolamento era seletivo em alguns estados do país, em São Paulo, ele foi compulsório para todas as pessoas diagnosticadas com lepra. Sua posição economicamente independente possibilitou-o a desenvolver suas próprias políticas. Tanto que em 1924 criou o Serviço de Profilaxia da Lepra, em nível estadual, embora já estivesse em funcionamento um serviço nacional similar.

Na década de 1920, vários foram os espaços de discussão nos quais a lepra esteve entre seus temas. Destacamos o que ocorreu no âmbito da Academia Nacional de

²¹¹ “Mensagem das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra ao Presidente da República”. *Apud* SOUZA ARAUJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 490-491.

Medicina, em 1926, entre Eduardo Rabello e Belisário Penna. Nesse debate, foram discutidas questões centrais sobre a doença. Destacamos, principalmente, a problemática em relação ao tamanho do problema e de como resolvê-lo. O primeiro, representante do governo federal, defendia a existência dos leprosários em todo o país como meio eficaz para realizar o isolamento dos doentes. O segundo defendia a criação de um Município da Redenção, onde todos os doentes deveriam permanecer isolados, vivendo entre os seus, longe do restante da população sã. Essa discussão acabou por revelar os termos do debate sobre a doença e a dificuldade do Estado em atuar sobre tal problemática. Após uma leitura mais atenta, pudemos observar que esse debate tratava de variantes de um mesmo modelo. O objetivo central não variava e estava relacionado à separação do indivíduo doente do sã, visando, principalmente a proteção deste.

Não obstante a quantidade de trabalhos científicos que somaram conhecimentos à profilaxia da lepra no Brasil, as dificuldades econômicas representaram, em alguns momentos, um empecilho à urgência que se desejava imprimir ao tema. A execução do isolamento viu-se prejudicada pelo reduzido número de leprosários existentes para segregar os mais de 12 mil doentes recenseados em 1927.

As dificuldades financeiras que perduraram durante esse período também estiveram presentes nos primeiros anos da década de 1930. Como veremos no próximo capítulo, apenas um leprosário foi inaugurado, construído com verba federal, e dois outros iniciaram suas construções. Já o Estado de São Paulo, mantendo sua política independente, construiu quatro leprosários entre os anos 1931 e 1934. E, ainda, antes do final do Governo Provisório, o primeiro órgão de atenção à doença foi suprimido.

Ainda nesse momento não havia uma política que direcionasse a ação da União frente às suas impossibilidades. Foi somente a partir de 1935, com a execução de um plano de construção de leprosários pelo país, que a compulsoriedade tornou-se uma medida aplicável no Brasil. O armamento que visava ao combate e ao controle da lepra estava baseado no modelo de “tripé”, composto por leprosários, dispensários e preventórios. E, mesmo com os altos custos que essa prática de isolamento institucional implicava, tornou-se o modelo central na profilaxia da doença.

A década de 1940 trouxe inovações institucionais para a doença. Um novo serviço foi criado, destinado exclusivamente para o problema da lepra. O Serviço Nacional de Lepra, criado em 1941, tornou-se o órgão responsável pelo combate à doença. Além disso, a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde indicou as diretrizes pelas quais

deveria se orientar a luta contra a lepra. Não substituiu o plano elaborado em 1935, como veremos, mas acrescentou as definições de competências dos três níveis de poder. Assim, a luta contra essa endemia continuou, durante a década de 1940, apoiada no “tripé” profilático.

CAPÍTULO III – O GOVERNO VARGAS E O COMBATE À LEPROSA

3.1. O Governo Provisório e a criação do Mesp (1930)

Em 3 de novembro de 1930, Getúlio Vargas tomou posse como chefe do Governo Provisório perante a Junta Governativa que assumia o poder no Rio de Janeiro, capital do país, com o triunfo da Revolução de 24 de outubro.²¹² Com a vitória da revolução político-militar de 1930, encerrava-se o primeiro período republicano. O Governo Provisório (1930-1934) foi instituído por Vargas formalmente em 11 de novembro do mesmo ano, o que o levaria a exercer, discricionariamente, as funções e atribuições do Poder Executivo e do Poder Legislativo, até a promulgação da nova Constituição, o que só ocorreu em 16 de julho de 1934. O decreto que instituiu o Governo Provisório também confirmou a dissolução do Congresso Nacional, das Assembléias Legislativas dos estados e das Câmaras ou Assembléias dos municípios e todos os outros órgãos do legislativo existentes.²¹³ Os chefes dos governos estaduais foram depostos e interventores nomeados para ocupar estes cargos. A autonomia financeira dos estados e municípios, entretanto, foi mantida, bem como as obrigações assumidas pelas esferas do poder.²¹⁴

Para que os ideais de formação de um Estado forte e centralizado fossem concretizados, acreditava-se que seria necessária, primordialmente, a construção de um aparato governamental que atuasse em todo o território nacional, de forma a unificar as ações nas três esferas de poder: União, Estado e Município.²¹⁵ Assim, todo o setor público passou por uma série de reformas a partir de 1930.

Essas alterações na natureza do Estado permitiram as condições iniciais para que as questões sociais, em geral, e as de saúde, em particular, fortemente questionadas em períodos anteriores, fossem alvo de enfrentamento político no pós-30, a partir de uma sistematização das políticas nessas áreas.

²¹² Sobre a Revolução ocorrida no ano de 1930, ver FAUSTO, Boris. *A Revolução de 1930*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.

²¹³ BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 11. Decreto n°. 19.398, de 11 de Novembro de 1930.

²¹⁴ *Ibidem*, art. 9°. Sobre o Estado Novo, há uma extensa bibliografia, a qual destaco, OLIVEIRA, Lucia Lippi, VELLOSO, Mônica P. e GOMES, Ângela M. Castro. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982; PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

²¹⁵ OLIVEIRA, Lúcia Lippi. *Elite intelectual e debate político nos anos 30*. Rio de Janeiro: FGV, INL-MEC, 1980.

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) estava inserida nessa perspectiva de reforma administrativa.²¹⁶ Ao Mesp estava, ainda, a incumbência de “educar e curar o Brasil”, livrando-o de seus grandes males e propiciando-lhe um “futuro promissor”.²¹⁷ Embora com ideais definidos, as disputas políticas intragovernamentais dificultaram a execução dos planos determinados para o Mesp, o que levou o ministério também à instabilidade. Foi somente com a posse de Gustavo Capanema que teve início o processo de consolidação de uma nova estrutura administrativa para a saúde pública.²¹⁸

A criação do Mesp, em novembro de 1930, foi um dos primeiros atos do Governo Provisório.²¹⁹ Esta ação estava de acordo com a plataforma política de Vargas, do mesmo ano, onde indicou a necessidade da criação de um ministério para atender às exigências de três problemas que considerava “grandes e imperiosos”: instrução, educação e saneamento.²²⁰ A educação e a saúde ficaram sob a alçada de um só ministério durante 23 anos. Foi somente em 1953 que ocorreu o desdobramento do Ministério da Educação e Saúde em Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde.²²¹

O Mesp compreendeu quatro Departamentos Nacionais: de Ensino, de Saúde Pública, de Medicina Experimental e de Assistência Pública²²² e seu regulamento foi publicado no início de 1931.²²³ Mas, em vez de estabelecer suas atividades, o que ocorreu foi uma modificação na própria estrutura organizacional do ministério, tanto na administração auxiliar quanto no setor específico. Como exemplo das “reformas de reformas” ocorridas durante o Governo Provisório podemos citar o que aconteceu com o Departamento Nacional de Assistência Pública que, menos de um ano após a sua criação,

²¹⁶ WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. *Reforma administrativa na era de Vargas*. Rio de Janeiro: FGV, 1983. Sobre a história institucional da saúde pública, RODRIGUES, Bichat de Almeida e ALVES, Amaro Luiz. *Evolução Institucional da Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

²¹⁷ Cf. HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo”. In GOMES, Angela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.

²¹⁸ *Idem, Ibidem*.

²¹⁹ BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 15. Decreto n°. 19.402, de 14 de novembro de 1930.

²²⁰ VARGAS, Getúlio. *A nova política*. v. 1, p 40-41. Discurso de 3/1/1930. *Apud WAHRLICH, op. cit.*, p. 4.

²²¹ BRASIL, Diário Oficial da União, 29 de julho de 1953, p. 13193. Lei n°. 1.920, de 25 de julho de 1953. Sobre a criação do Ministério da Saúde, ver HAMILTON, Wanda e FONSECA, Cristina. “Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953”. *História, Ciência e Saúde: Manguinhos*, 2003:10 (3) 791-825.

²²² BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 48. Decreto n°. 19.444, de 1.º de Dezembro de 1930. Segundo a Divisão de Pesquisas do IBRA/FGV, o DNSP trouxe consigo os serviços que dele já faziam parte, como as Diretorias dos Serviços Sanitários Terrestres e o do Distrito Federal e a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial. *Apud WAHRLICH, op. cit.*, p. 18.

²²³ BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 1, p. 3. Decreto n°. 19.560, de 05 de Janeiro de 1931.

foi transformado em Diretoria de Assistência Hospitalar. Mais tarde, essa diretoria foi suprimida, e os hospitais que dela faziam parte foram subordinados diretamente ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).²²⁴

A reforma administrativa dos anos 1930 implicava, teoricamente, no aumento da capacidade reguladora do Governo Federal sobre todas as esferas da política. Na prática, isso nem sempre era possível e isso pode ser facilmente verificado, por exemplo, a partir das atividades implementadas pelo DNSP. Apesar de ter a denominação *Nacional*, sua ação estava reduzida apenas à Capital Federal, como indicava Belisário Penna, então diretor do DNSP, em carta ao presidente Getúlio Vargas:

*“Cabe ao Departamento que me foi confiado a defesa da saúde pública no Brasil. Esse Departamento tem a denominação nacional, mas está reduzido a carioca, e ainda assim, por motivos profundos, e alguns radicais cortes de verba, muito prejudicado na sua eficiência”.*²²⁵

Em 1930, Belisário Penna assumiu o cargo de direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, o de maior importância na área da saúde. Porém, sua luta pelo aumento da responsabilidade governamental referente à saúde e ao saneamento – ideais pertencentes à sua agenda sanitária desde o movimento sanitarista da República Velha, do qual fez parte – viu-se impedida pela situação econômica deficiente do país e pelas constantes disputas políticas intragovernamentais ocorridas durante o Governo Provisório. Em 1932, após ocupar, também, por dois curtos prazos o Ministério da Educação e Saúde Pública, Belisário Penna deixou o cargo e a aliança com o governo Federal.²²⁶

3.2. A tímida atuação dos serviços de combate à lepra durante o Governo Provisório (1930-1934)

A reforma empreendida nos anos 1930 não modificou as estruturas referentes ao combate à lepra no país. O Governo Provisório manteve, inclusive o Departamento

²²⁴ Cf. BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 3, p. 382. Decreto nº. 20.563, de 26 de Outubro de 1931; BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 4, p. 153. Decreto nº. 20.832, de 21 de dezembro de 1931 e BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 4, p. 455. Decreto nº. 20.890, de 30 de dezembro de 1931.

²²⁵ Carta de Belisário Penna a Getúlio Vargas, de 02 de Julho de 1931. *Fundo Belisário Penna*, BP/TP/19141140 – Pasta 21. COC/Fiocruz.

²²⁶ Cf. HOCHMAN, Gilberto. “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações”. In: BOMENY, Helena (org). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV/Universidade São Francisco, 2001 pp. 127-151.

Nacional de Saúde Pública na sua antiga estruturação, ou seja, com o mesmo regulamento sanitário da década de 1920, em vigor desde 31 de dezembro de 1923.²²⁷

Durante o Governo Provisório a questão da lepra continuou a cargo da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV). Mesmo após mais de dez anos de existência, essa Inspetoria não cumpria seus objetivos centrais em relação à doença e suas atividades eram ainda muito restritas no território nacional. Até o ano de 1930 existiam no Brasil 14 leprosários, sendo seis particulares, seis estaduais e dois federais.²²⁸ Segundo a estimativa deste ano, 3.346 doentes viviam internados em leprosários, além da existência de 18 dispensários de lepra, distribuídos em oito estados e no Distrito Federal, responsáveis pela vigilância dos suspeitos.²²⁹ A maioria desses serviços eram de responsabilidade dos respectivos estados.

As ações federais no combate à lepra não foram conduzidas por nenhum plano específico durante o Governo Provisório. Nos anos de 1930 e 1931, os auxílios financeiros provenientes da União eram destinados, de modo geral, às ações empreendidas no Distrito Federal. Mesmo sem uma verba mais específica, dois leprosários foram inaugurados em 1931: o Sanatório Padre Bento, em São Paulo, construído unicamente com verba estadual²³⁰ e a Colônia Santa Isabel, em Minas Gerais, construído com verba federal²³¹.

A partir do ano de 1932, o Governo Federal passou a fornecer auxílios financeiros regulares aos governos estaduais com a finalidade de construção ou manutenção de leprosários. Neste ano, o Governo Federal destinou ao estado do Maranhão uma verba com a finalidade de auxiliar a construção do leprosário do Bonfim, que deveria contar também com o suporte financeiro estadual. Nesse mesmo ano, o Ministro Washington Pires tomou posse no Ministério da Educação e Saúde Pública. Sendo o terceiro político a ocupar esse ministério em apenas dois anos de existência, Washington Pires tratou de designar

²²⁷ “Estudo enviado a Gustavo Capanema contendo dados sobre as atividades dos órgãos de direção de saúde pública no Brasil de 1521 a 1935”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC pi Parreiras, D. 1936.09.06. CPDOC/FGV.

²²⁸ “Lepra”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV. Vide, também, apêndice II, sobre os leprosários existentes até 1930.

²²⁹ “Lepra – notas sobre a ação do Governo Federal. 1931-1940”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²³⁰ “Breve Notícia Histórica. Relatório do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo – Correspondente ao ano de 1935 – Seção de Doentes”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²³¹ “Notas sobre Lepra – Contribuição da União para o combate à lepra”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

comissões de estudo para a reforma dos serviços sanitários federais, que só entraria em vigor em 1934.²³²

A ação federal no ano de 1933 deu-se em três estados, além do Distrito Federal. No Maranhão, a verba continuou destinada ao Leprosário do Bonfim; no Espírito Santo deu-se início à construção da Colônia de Itanhenga (também com verbas do Estado); e em Minas Gerais o auxílio destinou-se para a manutenção e melhoramentos da Colônia Santa Isabel, inaugurada em 1931. No ano de 1934, tanto os estados contemplados quanto o total de verbas fornecidas praticamente dobrou, mas como aconteceu nos anos anteriores, as verbas foram destinadas exclusivamente para a construção, manutenção e melhoramentos de leprosários.²³³ Mantendo sua política independente daquela que ocorria em nível federal, o Estado de São Paulo inaugurou mais um leprosário neste ano: o Asilo Colônia Pirapitingui.

O estado de São Paulo estimulava de maneira independente a atuação de seus serviços de saúde voltados para a lepra. Muitas das medidas adotadas no estado precederam as do governo federal, principalmente porque São Paulo possuía recursos suficientes para aplicar no combate à doença. Essa posição independente de São Paulo capacitou-o a desenvolver suas próprias medidas profiláticas em relação à lepra, como a criação do Serviço de Profilaxia da Lepra, em 1924, de alçada estadual.²³⁴ O auxílio federal para o Estado de São Paulo só passou a ser distribuído a partir de 1937, destinado para a ampliação de três dos cinco estabelecimentos criados por iniciativa estatal.²³⁵

Como se pode verificar, a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Governo Provisório era ainda bastante acanhada, limitando-se a auxiliar alguns poucos Estados. As verbas eram distribuídas sem um critério preestabelecido. Levava-se em consideração as possibilidades financeiras da União em atender às necessidades de cada Estado.²³⁶ Nesse período foram inauguradas apenas cinco

²³² “Estudo enviado a Gustavo Capanema contendo dados sobre as atividades dos órgãos de direção de saúde pública no Brasil de 1521 a 1935”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC pi Parreiras, D. 1936.09.06. CPDOC/FGV.

²³³ “Ao ser inaugurado o leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de Abril de 1937, o Dr. Ministro Gustavo Capanema pronunciou um discurso em que analisa as iniciativas do Governo Federal em face da lepra.” *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²³⁴ Cf. MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo.” In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2003:10 (supplement 1) 95-121.

²³⁵ João de Barros Barreto “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. Ano 8, n. 2, 1938, pp. 245-261.

²³⁶ A cooperação federal nos Estados poderia ser realizada de duas maneiras: apenas financeira, doando uma parcela do dinheiro para a realização da obra do leprosário, cujo valor era variável, dependente de cada caso; ou financeira e técnica, onde o Governo Federal assumia inteiramente os custos da construção para posteriormente entregar o leprosário ao Estado. Cf. “*Discurso de Gustavo Capanema por ocasião da*

instituições, sendo quatro delas no Estado de São Paulo, onde as ações em relação à lepra eram realizadas, ainda, sem o auxílio federal. O quinto leprosário construído foi a Colônia Santa Isabel, em Minas Gerais, com verbas da União.²³⁷

O fato é que, diferentemente do que ocorreu na Primeira República, houve no Governo Provisório uma tentativa de regularizar os auxílios financeiros fornecidos pelo Governo Federal aos Estados, destinados ao problema da lepra. Notamos, inclusive, um crescimento anual desses recursos e uma preocupação em auxiliar um número cada vez maior de Estados.²³⁸

Na tentativa de expandir a execução das medidas profiláticas por todo o país de modo uniforme, a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra realizou, em 1933, na Capital Federal, um encontro de técnicos no assunto. A Primeira Conferência Nacional de Lepra, mais conhecida como Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra, tinha por finalidade o estudo e o assentamento de providências com o caráter de uniformizar em todo o país a cura e a profilaxia do mal de Hansen.²³⁹

Delegados de todos os Estados contribuíram com sugestões sobre a epidemiologia, estatística e profilaxia da doença. Durante a Conferência foi calculada a existência de 45.000 leprosos no país, sendo que 30.000 seriam da forma contagiante, e que, portanto, deveriam ser isolados. O isolamento foi reconhecido como a mais importante das medidas sanitárias para a profilaxia da lepra.²⁴⁰ Souza Araújo compartilhava com a maioria dos participantes desta conferência, a idéia de que somente os doentes capazes de contagiar – os chamados “casos abertos” – deveriam ser isolados em sua totalidade.²⁴¹ Essa questão, como veremos, se tornou uma das recomendações da Quarta Conferência Internacional de Lepra, realizada no Cairo, em 1938.²⁴²

inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de Abril de 1937”. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²³⁷ “Lepra”. *Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.* Vide, também, apêndice III sobre os leprosários construídos entre 1931 e 1934.

²³⁸ Vide apêndice VI sobre os investimentos federais nos estados entre os anos 1932 e 1937.

²³⁹ “Campanhas de Solidariedade”. *Fundo Pessoal de Heráclides César de Souza Araújo. SA/PI/TP/19480506 – Pasta 04. COC/Fiocruz.*

²⁴⁰ *Apud* DINIZ, Orestes. “Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (1) 7-135, p. 76, principalmente nota 105.

²⁴¹ SOUZA ARAUJO, H. C. de. “Plano Geral da Campanha contra a lepra no Brasil”. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, 1933:16 (11) 337-341.

²⁴² DINIZ, Orestes, *op. cit.*.

A Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra concluiu que o combate à lepra no país seria um problema de “salvação pública” e que, portanto, deveria ser resolvido pela União. Para tanto, sugeriu que os métodos profiláticos a serem adotados fossem uniformizados, de modo a facilitar a campanha no país. Para a Conferência, o sucesso desse empreendimento dependeria de dois elementos fundamentais: um corpo de técnicos especializados para fixar diretrizes e garantir sua execução e verbas suficientes para o custeio ininterrupto das organizações que fundasse. Segundo os cálculos divulgados, se a campanha ora apresentada por essa Conferência fosse executada sem descontinuidades regionais, acreditava-se que ao fim de uma geração seria possível diminuir o número de doentes do país pela metade.

Para Souza Araújo, a realização de uma campanha nacional contra a lepra exigia a criação de um organismo central, de caráter essencialmente técnico, de forma a coordenar e orientar as atividades realizadas visando ao mesmo fim. A sugestão era de que esse novo organismo tivesse a denominação de ‘Instituto Nacional de Leprologia’. Foi sugerida, ainda, a criação de um Conselho Nacional de Profilaxia da Lepra, constituído por técnicos e que seria responsável por toda a campanha antileprosa a ser feita.

Nessa campanha, os Governos Federal, Estaduais e Municipais deveriam colaborar com o Conselho proposto por Souza Araújo, que estabeleceria normas de cooperação procurando estimular e ajudar os Estados que já tivessem importantes serviços no gênero. Os novos leprosários deveriam ser construídos preferencialmente nos Estados ou Municípios mais assolados pelo flagelo e nos locais onde os governos se prontificassem a contribuir com metade das despesas de instalação e custeio.

A Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra nomeou uma numerosa comissão de técnicos que, tendo discutido e aprovado as sugestões que lhes foram apresentadas, criou um Conselho Nacional de Profilaxia da Lepra, composto por nove membros, entre eles, os Diretores do DNSP e do Instituto Oswaldo Cruz, o Professor de Dermatologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a Presidente da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra e um membro designado pela Academia Nacional de Medicina. A finalidade do Conselho seria cooperar com os Governos na profilaxia da lepra, começando por apresentar ao Governo Federal um plano geral, baseado nas conclusões e sugestões dessa Conferência, de modo a uniformizar os métodos profiláticos aplicados ao nosso país.²⁴³

²⁴³ A comissão técnica reuniu-se de 28 a 30 de Outubro, no Silogeu Nacional – prédio construído na praia da Lapa onde o Governo propunha reunir várias instituições científicas culturais e que foi demolido para a

Embora tendo participado dessa Conferência, a União não incorporou à ação federal nenhuma de suas conclusões.²⁴⁴ E, mesmo com a insistência dos especialistas, como Souza Araújo, poucas foram as sugestões, então consideradas fundamentais para o sucesso do programa de eliminação da doença, adotadas pelo Governo federal.

3.3. A extinção do DNSP e da IPLDV: as mudanças em relação ao combate à lepra (1934)

O ano de 1934 trouxe novidades administrativas para a saúde pública. Washington Pires na chefia do Ministério da Educação e Saúde Pública desde 1932, implementou uma reforma nos serviços federais de saúde nos últimos dias do Governo Provisório. Com isso, o Departamento Nacional de Saúde Pública foi extinto, sendo sucedido pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS).²⁴⁵ Essa diretoria tinha por finalidade a orientação, coordenação e fiscalização dos serviços de saúde pública e assistência médico-social executados tanto pela União como por esta em cooperação com outros poderes administrativos. Deveria ainda estabelecer entendimento com as organizações sanitárias regionais de forma a uniformizar, articular e ampliar as providências técnico-administrativas que atendessem ao interesse da coletividade.²⁴⁶

A DNSAMS foi organizada ainda no Governo Provisório²⁴⁷ e era composta de duas seções técnicas gerais – uma de Saúde Pública e outra de Assistência Médico-Social – que tinham por função a coordenação e sistematização dos serviços de saúde e assistência médico-social, bem como o estudo de problemas e a execução de serviços, tais como a prevenção de doenças transmissíveis, incluindo as endemias rurais, a lepra, as doenças venéreas e a tuberculose.²⁴⁸ A execução desses serviços ficou a cargo dos seguintes órgãos: Diretoria de Defesa Internacional e da Capital da República, Diretoria dos Serviços

construção do moderno edifício onde hoje funciona o Instituto Histórico e Geográfico do Brasil. O plano geral seria elaborado pela comissão relatora do Conselho Nacional de Profilaxia da Lepra, composta dos Professores Carlos Chagas, Eduardo Rabello e Raul de Almeida Magalhães. Cf. SOUZA ARAUJO, H. C. de. “Plano Geral da Campanha contra a lepra no Brasil”. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, 1933:16 (11) 337-341.

²⁴⁴ “Comissão de Saúde – Seção de 11 de Março de 1937”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²⁴⁵ BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, pp. 647-649. Decreto nº. 24.438, de 21 de Junho de 1934.

²⁴⁶ *Ibidem*, art. 2º.

²⁴⁷ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de Julho de 1934.

²⁴⁸ *Ibidem*, art. 2º e 3º.

Sanitários nos Estados, Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental e Diretoria de Assistência Hospitalar.²⁴⁹

A reforma empreendida por Washington Pires, em 1934, pouco antes de deixar o cargo de Ministro da Educação e Saúde Pública, modificou também as estruturas de ação no combate à lepra. A IPLDV, criada em 1920, estava, até então, subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Com a extinção desse departamento, em 1934, a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, único órgão federal responsável pela coordenação do combate à lepra no país, também não resistiu à reforma.

Segundo o plano geral de organização dos serviços de saúde pública e assistência médico-social, expedido também no ano de 1934, até que os regulamentos das repartições criadas fossem aprovados, os serviços que faziam parte do extinto DNSP deveriam ficar “adstritos” aos novos.²⁵⁰ Assim, a IPLDV ficou submetida à Diretoria da Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República.²⁵¹ A falta de um regulamento para a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social trouxe, a princípio, algumas dificuldades administrativas na nova estruturação, principalmente em relação às repartições novas que não tinham por onde se guiar e orientar.²⁵² O que dizer, então, em relação à IPLDV, que não foi exatamente extinta, mas também não teve regulamentada a sua subordinação a uma determinada diretoria?

Embora submetida, teoricamente, à Diretoria da Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República, as ações e atribuições da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foram distribuídas em dois novos órgãos. Na Capital Federal, os serviços de combate à lepra ficaram sob a responsabilidade da Inspeção dos Centros de Saúde, que, juntamente com outras inspeções, compunham a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República.²⁵³ As demais ações contra a lepra ficaram a cargo dos Estados, sendo coordenadas pela Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados, nova

²⁴⁹ *Ibidem*, art. 7º.

²⁵⁰ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de Julho de 1934, art. 16. A Diretoria da Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República era a nova denominação para a antiga Diretoria da Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, anexada à Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal.

²⁵¹ *Ibidem*, artigo 16, alínea b.

²⁵² “Estudo enviado a Gustavo Capanema contendo dados sobre as atividades dos órgãos de direção de saúde pública no Brasil de 1521 a 1935”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC pi Parreiras, D. 1936.09.06 CPDOC/FGV. Até esse momento, ainda não tinha sido aprovado um novo regulamento sanitário que substituisse aquele de 1923.

²⁵³ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de Julho de 1934, artigos 8 e 16, alínea b.

denominação dada à Diretoria de Saneamento Rural após a reforma de 1934. A Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados tinha a seu cargo, entre outras coisas, a direção e a execução de providências de natureza preventiva ou de assistência de forma a restringir nos Estados a difusão e o contágio da lepra e a proporcionar condições favoráveis ao isolamento dos leprosos.²⁵⁴

Dessa forma, podemos observar que a reforma empreendida em 1934 determinou, no caso da lepra, uma pulverização das atividades de combate a essa endemia, que acabaram sendo transferidas para os Estados. Assim, as ações referentes ao mal de Hansen perdiam a uniformidade e tendiam a enfraquecer diante da intensa burocratização da estrutura administrativa do Governo Vargas.

A pesquisa científica direcionada para a lepra ganhou um impulso com a criação, em julho de 1934, do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra, ou Centro Internacional de Leprologia. Resultado de um acordo entre o Governo Brasileiro e a Liga das Nações, o Centro contou com o apoio financeiro de Guilherme Guinle, e teve Carlos Chagas como seu primeiro diretor, sendo sucedido, em 1938, por Eduardo Rabello. Dentre suas principais atividades técnicas, podemos citar a realização de um inquérito epidemiológico no Rio de Janeiro, onde estava localizado; o estudo sobre a ação dos novos ácidos isolados do chaulmoogra; pesquisas bacteriológicas e imunológicas e, ainda, o estudo comparado das reações sorológicas mais conhecidas para o diagnóstico da lepra e da sífilis. Além disso, o Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra, em cooperação com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Instituto Oswaldo Cruz e o Departamento Nacional de Saúde, ofereceu cursos de leprologia nos anos de 1936 a 1938, conferindo certificados de habilitação a 90 médicos.²⁵⁵ O Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra encerrou suas atividades em junho de 1939.²⁵⁶

A construção institucional da saúde pública acompanhou as oscilações políticas do período. Durante o Governo Provisório ocorreram sucessivas mudanças no comando do Ministério da Educação e Saúde Pública. Em seus quatro primeiros anos de existência, o Mesp teve à frente três ministros: Francisco Campos, Belisário Penna e Washington

²⁵⁴ *Ibidem*, artigos 9 e 17.

²⁵⁵ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1938:8 (2) 245-261.

²⁵⁶ “Lepra – notas sobre a ação do Governo Federal. 1931-1940”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV

Pires.²⁵⁷ A estabilidade só foi possível em 1934, quando Gustavo Capanema assumiu o ministério, permanecendo no cargo até o final do Governo Vargas, em 1945. O processo de consolidação da estrutura administrativa para a saúde pública foi inaugurado nesse período, perdurando, com poucas alterações, até a criação do Ministério da Saúde, em 1953.²⁵⁸

3.4. Gustavo Capanema e o plano nacional de combate à lepra (1934-1935)

Em 16 de Julho de 1934, Getúlio Vargas foi eleito pela Constituinte para a presidência da República, e Gustavo Capanema assumiu o Ministério da Educação e Saúde Pública dez dias depois.²⁵⁹ Ao iniciar a sua gestão, Capanema verificou a necessidade de reorganizar os serviços de educação e saúde. Era preciso melhorar os serviços federais de saúde, dando-lhes um formato mais coordenado e uniformizado, buscando, enfim, a centralização.²⁶⁰ Percebeu, ainda que o problema da lepra não estava sendo cuidado da forma que os especialistas recomendavam e não existia um aparelhamento necessário para o combate ao mal e nem mesmo uma organização administrativa apropriada.²⁶¹

Os leprosários existentes – cerca de 20 unidades, incluindo os pequenos asilos, geralmente destinados aos inválidos – eram reduzidos diante da imensa massa de doentes: o cálculo realizado no ano seguinte foi de 30.647, segundo estimativas oficiais.²⁶² Além disso, já não existia um órgão federal específico na estrutura administrativa para cuidar do problema – que era a IPLDV, desmembrada na reforma de 1934 –, nem mesmo um plano de ação, que permitisse uma atuação governamental mais direta e específica.

Embora houvesse construção e funcionamento de leprosários durante os primeiros anos da década de 1930, o número de doentes crescia em várias regiões do país. A solução de um problema de cunho nitidamente nacional, tendo em vista o número de doentes espalhados por todo o país, deveria ser executada, ao menos em grande parte, pelo

²⁵⁷ Cf. HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo” In: GOMES, Angela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.

²⁵⁸ BRASIL, Diário Oficial da União, 29 de julho de 1953, p. 13193. Lei nº. 1.920, de 25 de julho de 1953.

²⁵⁹ Cf. *Inventário Analítico – Gustavo Capanema*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

²⁶⁰ A reforma que Capanema pretendida para o Mesp só foi realizada em 1937, quando, aliás, o Ministério passou a ser denominado como Ministério da Educação e Saúde. Cf. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937.

²⁶¹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²⁶² BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

Governo Federal e por ele orientada, de forma que se obtivesse “*uniformidade de diretrizes e continuidade de ação*”²⁶³.

Diante desse quadro, viu-se a necessidade de elaborar um plano de âmbito nacional para o enfrentamento da doença. Para tanto, Gustavo Capanema sugeriu, em 1935, que o Diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, João de Barros Barreto, formulasse um plano para o controle dos doentes no país.²⁶⁴ Dessa forma pretendia conferir às ações referentes a essa endemia a centralidade que foi perdida com a reforma anterior. Em colaboração com Ernani Agrícola e Joaquim Motta, Diretor dos Serviços Sanitários nos Estados e Assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública, respectivamente, Barros Barreto elaborou um plano de âmbito nacional para enfrentar a doença, na tentativa de retomar o combate à lepra para a alçada federal.

O plano nacional de combate à lepra foi iniciado ainda em 1935, e apesar da orientação ser federal, deveria ser implementado em cooperação com os estados, através de acordos com a União. Esse plano visava, inicialmente, à construção de leprosários em quase todos os estados.²⁶⁵ Do ponto de vista profilático, o problema da lepra só poderia ser solucionado ao enquadrá-lo na órbita de ação dos estabelecimentos conhecidos por leprosários. Nesse momento, a terapêutica estava ainda baseada no óleo de chaulmoogra, mas o seu uso não permitia curar os pacientes, ao não ser em casos esparsos, sem expressão estatística.²⁶⁶ Além disso, a sua contagiosidade exigia a separação dos doentes do convívio com pessoas sãs. Essa convicção – de que o isolamento era a melhor medida sanitária para solucionar o problema da lepra – era reforçada pelo exemplo da Noruega, freqüentemente invocado pelos políticos e especialistas. Lá, a endemia fora vencida com o isolamento dos doentes.

Com a implementação do plano elaborado para o combate à lepra, permitiu-se que a compulsoriedade do isolamento dos doentes, há mais de uma década determinada pela legislação, fosse finalmente executada em nível nacional. A partir desse momento verificou-se a construção de um grande número de leprosários, dispensários e preventórios, que constituíam o armamento contra a lepra conhecido como “tripé”, que esteve ativo até a década de 1960.

²⁶³ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: A campanha no Brasil.” *Arquivos de Higiene*, 1938:8 (2) 245-261.

²⁶⁴ *Ibidem*.

²⁶⁵ Vide anexo III, sobre o plano de construções – 1935.

²⁶⁶ DINIZ, Orestes. *Op. cit.* p. 76

O tripé era um modelo de tratamento baseado em três funções tidas como essenciais para o controle da endemia: o isolamento dos doentes, o controle dos comunicantes e a separação dos filhos sadios. Cada função tinha uma instituição correspondente. Os doentes, por serem considerados a fonte do contágio, deveriam ser mantidos longe do contato de familiares, de preferência isolados em instituições para esse fim construídas. Os leprosários não tinham a função de curar o doente, mas principalmente de mantê-lo longe das pessoas sadias. O tratamento lá aplicado visava tornar o doente menos contagiante, conter a evolução da doença, ou ainda, curar as lesões aparentes. A cura até poderia ser alcançada, mas, definitivamente, não era o objetivo central do leprosário.

As famílias e outras pessoas do convívio do doente – os chamados comunicantes –, tornaram-se alvo da fiscalização e do controle do Estado através dos dispensários. Responsável pelos exames periódicos em todos os comunicantes, essa peça do tripé, portanto, vigiava e controlava os suspeitos, descobrindo novos casos, além de auxiliar no isolamento dos mesmos.²⁶⁷ A vigilância dos doentes isolados em domicílio também era de responsabilidade dos dispensários. Eram importantes armas de defesa, sobretudo porque possibilitavam o diagnóstico precoce da lepra, tratavam dos doentes não contagiantes, de modo que não oferecessem perigo à coletividade e retiravam do meio social os doentes infectantes, internando-os em leprosários.

A última instituição que completava o esquema profilático então vigente era o preventório. Eles tinham a função de abrigar as crianças sadias, filhas de pais leprosos, que eram separadas logo ao nascer, evitando que se tornassem, através do contato, novos casos da doença. Além disso, a instituição era responsável pela criação e educação dessas crianças, até a maioridade. Os preventórios poderiam ser construídos anexos aos leprosários ou de forma independente. A tarefa de proteção das crianças, considerada benemérita, ficou a cargo, no Brasil, de associações privadas mais conhecidas como Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra.²⁶⁸

Em 1935, as ações do governo federal em relação às políticas de combate à lepra limitavam-se geralmente à construção e manutenção de leprosário. A atuação federal nos Estados se dava por intermédio da DNASMS que tinha por função evitar que as iniciativas da União não ficassem voltadas exclusivamente para a Capital Federal. Mas, segundo

²⁶⁷ Sobre o tratamento nos dispensários, ver: PORTUGAL, Hildebrando. “A orientação para o tratamento da lepra em dispensários”. *Arquivos de Higiene*, 1936:6 (1) 75-81.

²⁶⁸ Sobre a atuação da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, ver a dissertação de Mestrado de CURI, Luciano. “Defender os sãos e proteger os lázaros. Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976”. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

Capanema, as verbas empregadas nas áreas de educação e saúde eram ainda insignificantes e o Distrito Federal continuava sendo o centro das preocupações sanitárias.²⁶⁹

Quando assumiu o Mesp, Capanema percebeu a necessidade da formulação de um plano de atuação para o combate à endemia. Posto em execução no mesmo ano em que foi elaborado, o plano nacional de combate à lepra direcionou o Governo Federal, determinando um rumo a seguir e um planejamento de recursos e gastos para a construção e manutenção de leprosários em todo o país.

3.4.1. O plano nacional de combate à lepra e o plano de construção de leprosários (1935-1938)

O plano nacional de combate à lepra não foi consolidado em uma lei ou um decreto. Nem mesmo chegou a ser totalmente divulgado em uma exposição escrita ou um regulamento formal. Ainda assim, Gustavo Capanema defendia sua existência desde 1935, quando foi concebido e posto em prática. Segundo Capanema, esse plano não se resumia unicamente na construção, ampliação e manutenção de leprosários – o chamado “plano de construções”.²⁷⁰ Embora essa preocupação fosse real, o plano nacional de combate à lepra abrangia ainda outras questões, como a pesquisa, o censo, a legislação e a administração.

Devido a necessidade de estabelecimentos especiais voltados para o controle da endemia, o chamado plano de construções – única parte do plano geral que havia sido publicado – tornou-se o elemento mais importante para o projeto de controle da lepra. Referente às obras de construção e manutenção de leprosários, esse plano pretendia dotar todo o país com instituições deste tipo, tidas como fundamentais ao controle da doença e, com isso, permitir que o isolamento dos doentes pudesse ser praticado.²⁷¹ Os Estados que recebessem o auxílio federal para a construção de leprosários deveriam ceder o terreno para a construção dos mesmos, além de contribuir com a metade das despesas calculadas para a manutenção dos doentes internados. Além disso, era primordial que esses Estados

²⁶⁹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC 35.05.00. CPDOC/FGV.

²⁷⁰ Essa denominação foi utilizada por Barros Barreto quando da descrição do plano que havia elaborado juntamente com Ernani Agrícola e Joaquim Motta. Cf. BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) pp. 119-130.

²⁷¹ O plano de construções foi publicado nos Arquivos de Higiene – publicação oficial da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social –, no ano de 1935. Um ano depois sofreu uma renovação, de acordo com as novas exigências nacionais e as dificuldades financeiras em executar o plano tal como tivera sido idealizado. Vide BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130 e *Idem*, 1937:7 (1) 131-146.

adotassem a legislação federal sobre a lepra em seus territórios, através dos acordos com a União.

O plano de construções foi organizado tendo como base dados estatísticos, levando-se em conta o censo aproximado de leprosos e a predominância das formas clínicas.²⁷² O censo leproológico, então reconhecido, apontava para um total de mais de 30 mil doentes. Esse total evidenciou a necessidade de um combate mais sistemático, assim como apontou a falta de hospitais especializados para o recolhimento dos leprosos. Os estudos concluíram que seriam necessários cerca de 38 leprosários, com um total de 22.486 leitos, de forma a permitir que a aplicação da legislação fosse efetivada, isolando os doentes das formas contagiantes, assim como mendigos, indigentes e os mutilados pelo avanço da doença.²⁷³

De acordo com o plano de construções, a realização desse empreendimento levaria três anos para ser concluída. Os gastos anuais estabelecidos estavam em torno de 11 mil contos, baseando-se nos custos de construções idênticas no próprio Estado ou outros vizinhos. Dessa forma pretendia-se prover todos os estados com a quantidade necessárias de instituições de isolamento para seus doentes. Os conhecimentos médicos do período indicavam que era preciso isolar os doentes das formas lepromatosa e mista, responsáveis por 95% dos contágios.²⁷⁴ Além disso, deveriam ser isolados também os que estivessem em difíceis condições pecuniárias e aqueles com invalidez decorrente da própria doença. Nos locais onde não fosse possível obter estatísticas exatas da prevalência das formas clínicas calculou-se o número de doentes a serem isolados em 65% do total aproximado²⁷⁵.

Os leprosários que se pretendiam construir por todo o país não eram instituições idênticas. Na verdade, eles poderiam ser de vários tipos, de acordo com as possibilidades financeiras locais, e principalmente, pelo número de doentes existentes nos Estados onde estivessem localizados. Assim, podemos identificar quatro tipos de instituições onde se poderia realizar o isolamento nosocomial dos doentes: sanatórios, asilos, hospitais gerais e hospitais-colônia.²⁷⁶ Os primeiros eram indicados não só para os pequenos focos, como também para os doentes abastados ou em condições para um tratamento mais eficiente. Já

²⁷² BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

²⁷³ *Ibidem*.

²⁷⁴ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1938:8 (2) 245-261.

²⁷⁵ BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

²⁷⁶ As indicações sobre os estabelecimentos próprios para os doentes de lepra se encontram em BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1938:8 (2) 245-261.

os asilos, que poderiam existir como unidades isoladas ou anexadas aos hospitais-colônia, seriam destinados exclusivamente aos doentes que se tornaram inválidos pelo avanço da doença. O internamento em hospitais gerais era desaconselhável por conta da contagiosidade da lepra e da proximidade desses doentes com outras pessoas que circulassem pelo hospital. Mas, na falta de um local específico para a lepra e na tentativa de deixar o doente o mais próximo possível de suas famílias, as autoridades sanitárias poderiam permitir que o hospital geral tivesse uma ala separada para o internamento dos leprosos, desde que obedecidos alguns critérios de higiene, como foi o caso do Hospital São Sebastião, no Rio de Janeiro, onde houve a adaptação de três pavilhões ao isolamento dos leprosos, na década de 1920.

Para a grande maioria dos casos contagiantes, eram indicados os hospitais-colônia regionais.²⁷⁷ Essas colônias deveriam estar localizadas nas proximidades dos centros urbanos, com facilidades de comunicação e de transportes. Na organização interna desses hospitais-colônia, era de fundamental importância a separação do terreno em três zonas distintas. A zona doente, onde deveriam ficar unicamente os doentes de lepra, com área suficiente para a construção da parte residencial, com casas, pavilhões, cozinha e refeitório, gerando economia própria; a parte relativa à assistência, constituída de enfermarias com conjunto operatório e policlínica, além de local para a reclusão de loucos, criminosos e indisciplinados; a parte de diversões, com quadra de esportes, cinema e clube; e a parte do trabalho, com oficinas, lavanderia e terrenos para a agricultura e a criação. A zona intermediária, ou neutra, estaria reservada à administração e seus anexos, farmácia, laboratórios, enfermarias, clínicas e demais estabelecimentos, onde os doentes estariam em contato com o pessoal administrativo e de saúde; e a zona saudável, local de residência dos enfermeiros, funcionários administrativos e outras pessoas sãs.²⁷⁸

Tanto nesses leprosários, quanto nos dispensários e no isolamento domiciliar, o tratamento dos doentes deveria ser feito empregando-se sempre os melhores medicamentos e os métodos de aplicação mais eficazes e de maior rigor científico, sempre com a intenção de diminuir a contagiosidade do doente, já que cura, com os medicamentos até então conhecidos, não era um processo confiável. Aliás, a respeito do isolamento domiciliar, a

²⁷⁷ Segundo a afirmativa de Orestes Diniz, a experiência em outros países teria revelado ser contraproducente o isolamento em único leprosário central, como a leprosaria de Carville, nos EUA. DINIZ, Orestes. *Op. cit.*

²⁷⁸ Sobre o que deveria conter nesses hospitais tipo colônia, ver PARREIRAS, Décio. “Anotações acerca do isolamento nosocomial na lepra. A Colônia do Iguá (Estado do Rio)”. *Arquivos de Higiene*, 1937:7 (1) 99-108.

campanha contra a lepra instituída após 1935 aceitava o isolamento em domicílio, destinado principalmente aos não-contagiantes, mas não o considerava sempre eficiente.

Para a realização do isolamento domiciliar seria necessário cumprir uma série de exigências, como a reclusão em um cômodo da casa e a restrição de contato com pessoas sãs, que deveriam ser verificadas por vigilância assídua. Além disso, era preciso separar e desinfetar utensílios e objetos de uso pessoal, além do local do isolamento, e o doente deveria submeter-se ao tratamento e realizar exames periódicos. A transgressão à tais medidas, implicaria, necessariamente, no emprego de penalidades, culminando na transferência do doente para um leprosário.²⁷⁹ Todas essas recomendações e punições eram aplicadas com o consentimento da autoridade sanitária, o que gerava a inexistência de uniformidade de ação no que dizia respeito ao isolamento domiciliar.

Durante o ano de 1935, o Governo Federal não agiu de acordo com o estabelecido no plano de construção de leprosários, já que sua execução estava prevista para os anos de 1936 a 1938. De qualquer modo, as ações de combate à doença não foram interrompidas: mesmo com uma verba total inferior a do ano de 1934, em 1935 a União auxiliou sete Estados e o Distrito Federal.

O plano de combate à lepra foi adotado pelo Governo Federal, como um critério de ação, a partir de 1936. Ao final desse primeiro ano, de acordo com o plano de construções, a meta estabelecida não foi cumprida. As dificuldades financeiras impediram o emprego do valor total estipulado – cerca de 11.500 contos. Apenas pouco mais de 4.500 contos foram destinados pela União para a construção dos estabelecimentos projetados. Ainda assim, o número de Estados auxiliados com verba federal subiu de sete para quinze.

Levando-se em consideração as observações decorrentes do primeiro ano de execução do plano, Barros Barreto sentiu a necessidade de reformular o projeto inicial de construções de leprosários em dezembro de 1936. Readequando as despesas que restavam ao período de dois anos, Barros Barreto também considerou os novos conhecimentos sobre a epidemiologia da lepra e a situação de determinados estados em relação às suas contribuições estipuladas no plano original.²⁸⁰

Para o ano de 1937, o Governo Federal conseguiu um total de 10.000 contos, metade em orçamento e a outra metade em lei, que foram destinados para esse projeto. Essa quantia permitiu uma maior atuação federal em relação ao problema da lepra. Foram

²⁷⁹ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1938:8 (2) 245-261.

²⁸⁰ BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1937:7 (1) 131-146.

auxiliados 19 estados e o Distrito Federal, o que garantiu a construção e a instalação de vários leprosários. Com essa verba, foi possível iniciar a construção de sete leprosários unicamente com verbas da União e ainda três outros com verbas da União e dos respectivos estados.²⁸¹ Foram inaugurados o leprosário do Bonfim, no Maranhão, e a Colônia de Itanhenga, no Espírito Santo. No discurso realizado durante a inauguração deste leprosário, Capanema, citando um trabalho de Souza Araújo, confirmou a possibilidade de existir em todo o país um total de aproximadamente 50.000 doentes.²⁸² Já o censo oficial estimava 30.309 leproso.²⁸³

E em 1938, último ano do plano de construções original, o Governo Federal destinou uma verba de igual valor ao do ano anterior. Foram auxiliados todos os Estados do Brasil, incluindo o Território do Acre e o Distrito Federal. Neste ano foi instalada a Colônia do Iguá, no município de Itaboraí, Estado do Rio de Janeiro. Sua localização despertou críticas quanto aos critérios científicos que norteavam a escolha dos lugares destinados a essas construções.²⁸⁴

Não obstante a edificação de leprosários em várias localidades do país, o plano de construções, posto em execução a partir de 1936, chegou ao final de três anos sem atingir a meta esperada. Tendo-se em vista os recursos concedidos até então e o aumento dos custos das obras, foi considerada a necessidade de estender o prazo por mais alguns anos de ação federal. Tornava-se indispensável, ainda que , além das ações referentes aos leprosários, a União auxiliasse os serviços de censo e vigilância dos doentes.

A maioria dos estabelecimentos que foram construídos a partir do plano de 1935 só começou a funcionar na década de 1940.²⁸⁵ Mas não podemos negar que foi notável o crescimento dos recursos financeiros federais destinados à construção e manutenção de leprosários em vários Estados, principalmente durante os anos de execução do plano de combate à lepra.²⁸⁶

²⁸¹ Sobre a construção de leprosários entre os anos 1932 e 1945, vide apêndices IV e V.

²⁸² “Ao ser inaugurado o leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de Abril de 1937, o Dr. Ministro Gustavo Capanema pronunciou um discurso em que analisa as iniciativas do Governo Federal em face da lepra.” *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²⁸³ “Comissão de Saúde – Seção de 11 de Março de 1937”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²⁸⁴ Sobre a escolha do terreno para a construção da colônia do Iguá, e principalmente sobre quais serviços deveriam conter nesses estabelecimentos, ver PARREIRAS, Décio. “Anotações acerca do isolamento nosocomial na lepra. A Colônia do Iguá (Estado do Rio)”. *Arquivos de Higiene*, 1937:7 (1) 99-108.

²⁸⁵ Vide apêndices II e III.

²⁸⁶ Vide apêndice VI.

3.5. A Reforma de 1937

Como já foi dito, Gustavo Capanema, ao assumir o Ministério da Educação e Saúde Pública, percebeu a necessidade de reformar seus serviços, permitindo, assim, uma melhor oferta dos serviços federais nas áreas de educação e saúde. Em 4 de dezembro de 1935 o projeto de reforma do Mesp foi encaminhado à Câmara dos Deputados pelo Presidente da República. Junto ao projeto, Vargas enviou uma mensagem onde indicava que o objetivo da reforma era o de dotar o Mesp de maior eficiência, de modo que ele pudesse funcionar como o aparelho central básico, apropriado a desenvolver em todo o país as atividades relativas à saúde e à educação.²⁸⁷

De acordo com o projeto de reforma de autoria de Gustavo Capanema, o Ministério da Educação e Saúde Pública seria formado por órgãos de direção, de execução e de cooperação.²⁸⁸ Os órgãos seriam divididos entre aqueles específicos para a saúde e outros relativos à educação. O Departamento Nacional de Saúde era um órgão de administração especial que deveria promover a cooperação da União com os serviços locais, por meio de auxílios e subvenções federais. Teria ainda a função de direção sobre os seguintes órgãos executivos: Divisão de Saúde Pública, Divisão de Assistência Hospitalar, Divisão de Assistência a Psicopatas e Divisão de Proteção à Maternidade e à Infância. Ao lado desses serviços, constava uma série de programas que deveria dar início à implantação proposta. Entre esses programas estava o de “atacar ativamente dois males: a lepra e a tuberculose”.²⁸⁹

A redação final do projeto de reforma do Mesp foi aprovada em dezembro do ano de 1936. A preferência do Ministro em utilizar a palavra “saúde” no lugar de “saúde pública” levou a Câmara a mudar a denominação do ministério, para Ministério da Educação e Saúde. O projeto foi aprovado e convertido na lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Segundo Beatriz Wahrlich, esta foi a primeira grande reforma administrativa ocorrida no campo da educação e saúde.²⁹⁰ O período 1934-1937 marca, portanto, o momento de uma extensa e profunda reformulação tanto da estrutura quanto das finalidades do Ministério da Educação e Saúde Pública.

²⁸⁷ Diário do Poder Legislativo, 15 de dezembro de 1935, pp. 9.039-58. *Apud* WAHRLICH, *op. cit.*, p. 168.

²⁸⁸ Sobre o projeto de reforma do Mesp, ver WAHRLICH, *op. cit.*, que dedicou um capítulo desse livro para a apresentação da reforma promovida nesse ministério.

²⁸⁹ De acordo com a exposição de motivos enviada por Capanema à Câmara junto com o projeto de lei. Cf. WAHRLICH, *op. cit.*, pp. 176-177.

²⁹⁰ WAHRLICH, *op. cit.*, p. 24.

Houve mudanças consideráveis em relação ao projeto original de reforma. É importante acentuar que a intenção de Capanema era de fortalecer a função da União como uma instância normativa e supletiva indireta, deixando para os estados e municípios a função executiva e operativa. No entanto, observando a lei 378, podemos verificar que a União continuou responsável pela operação de muitos serviços que não tinham o caráter excepcionalmente nacional. Nesse sentido, podemos indicar um grande afastamento da concepção original da reforma em relação à lei 378, aprovada em 1937.

Para melhor realizar o programa nacional de saúde proposto pela reforma de 1937, o território nacional foi dividido em regiões, cada qual contando com uma delegacia federal de saúde.²⁹¹ Na teoria, sua função era a de superintender os serviços de saúde executados pela União como também todas as atividades que se fizessem necessárias à colaboração do governo federal com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social. Na prática, essas delegacias de saúde constituíam postos avançados do DNS, dispersos pelo território nacional e responsáveis pela ação verdadeiramente nacional do Departamento de Saúde. Formavam, então, os ‘braços’ da União nas diversas regiões do país.

Em relação à lepra, a reforma de 1937 manteve algumas características da legislação anterior e trouxe outras novidades. As atividades de combate à endemia continuaram divididas entre aquelas executadas no Distrito Federal e as executadas em todo o restante do território nacional. Na Capital da República foi criado o Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, em substituição à Diretoria da Defesa Sanitária e da Capital da República, extinta nesta reforma. O Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal tinha como um de seus órgãos a Inspeção dos Centros de Saúde. Sua função, entre outras coisas, era a de executar atividades sanitárias relativas às doenças contagiosas, incluindo a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas.²⁹² Ainda no Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, foi criado um serviço de elucidação de diagnóstico, incumbido da apuração diagnóstica dos casos de lepra que ocorressem no Distrito Federal.²⁹³

²⁹¹ Para efeito da administração dos serviços do MES, o país foi dividido em oito regiões: 1ª, Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro; 2ª, Território do Acre e Amazonas e Pará; 3ª, Maranhão, Piauí e Ceará; 4ª, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; 5ª, Sergipe, Bahia e Espírito Santo; 6ª, São Paulo e Mato Grosso; 7ª, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e 8ª, Minas Gerais e Goiás. Apenas a primeira região não contava com a atuação dessas delegacias, pois suas funções seriam desempenhadas diretamente pelo DNS. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 4º e 29, § 1.

²⁹² BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 55 § 3.

²⁹³ *Ibidem*, art. 55 § 7.

Quanto aos serviços de saúde de todo o país, a lei 378 não fez nenhuma menção específica ao caso da lepra. A Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados que cuidava das questões referentes à saúde nos estados foi extinta e suas funções atribuídas à Divisão de Saúde Pública, como a direção dos serviços de saúde pública, de caráter nacional, e os de caráter local executados pela União.²⁹⁴ O artigo 65, da lei 378, permite pensarmos no caso da lepra quando diz que

*“à medida que se forem organizando os planos nacionais de combate às grandes endemias do país, dar-lhes-á, o MES imediata e progressiva execução, mediante o estabelecimento de serviços especiais, destinados à realização dos planos traçados, que serão custeados e dirigidos técnica e administrativamente pela União, salvo nas zonas em que os governos locais possam executá-los, com ou sem o auxílio federal”.*²⁹⁵

O plano nacional de combate à lepra, embora existente desde 1935, não apareceu no texto da reforma aprovada em janeiro de 1937. Além disso, a criação de serviços especializados nos problemas das “grandes endemias” só ocorreu em 1941, em resposta aos problemas que essas doenças estavam gerando no cenário nacional.²⁹⁶

Chamado pela Comissão de Saúde Pública²⁹⁷, em março de 1937, para esclarecer assuntos relativos à saúde, o Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, elucidou os objetivos do plano de combate à lepra elaborado em 1935.²⁹⁸ Antes, porém, afirmou que a inexistência de um plano pré-fixado de atuação em todo o território nacional prejudicou a ação federal no combate à endemia durante o Governo Provisório. Assim, a ação se deu conforme a necessidade dos Estados e as possibilidades financeiras da União.²⁹⁹

²⁹⁴ *Ibidem*, art. 15.

²⁹⁵ *Ibidem*, art. 65.

²⁹⁶ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 8.

²⁹⁷ A Comissão de Saúde Pública foi formada no âmbito da Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro, em dezembro de 1935. O Presidente da Comissão pediu esclarecimentos ao Ministro da Educação e Saúde a fim de resolver a questão que lhes foi submetida por solicitação da Comissão de Finanças, em relação a um projeto de lei, de número 483, que determinava a entrega do terreno e das edificações do leprosário do Iguá ao Ministério da Agricultura, para que lá fosse construída uma estação experimental. Não foi possível saber maiores informações sobre o porquê da composição dessas comissões e o quais os seus reais objetivos. “Comissão de Saúde – Seção de 11 de Março de 1937”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

²⁹⁸ *Ibidem*.

²⁹⁹ *Ibidem*.

Na seção de 11 de março da referida comissão, Capanema apresentou o formato completo do plano nacional de combate à lepra, idealizado dois anos antes. Até então, não havia nenhuma exposição oral ou escrita que tivesse nos oferecido a idéia daquilo que foi denominado “plano nacional de combate à lepra” por Barros Barreto, em 1935. O que parecia ao público era que esse plano estaria voltado unicamente para a construção e instalação de leprosários, já que essa foi a única parte publicada em revista especializada. Embora não menos importante que os leprosários, as demais partes do plano contra a lepra não foram levados ao conhecimento público. Foi somente em 1937 que nos foi permitido conhecer os itens pertencentes ao plano, como *pesquisa, censo, legislação e serviços administrativos*.

O item definido pelo ministro como *pesquisa* tratava de todo o conjunto de trabalhos realizados a fim de estudar o problema do mal de Hansen no país. A partir de uma observação meticulosa da epidemiologia da doença seria possível chegar a conclusões quanto à profilaxia e terapêutica adequadas à moléstia. No projeto de reforma do ministério, enviado à Câmara dos Deputados, em 1935, o Governo propôs a criação do Instituto Nacional de Saúde Pública, em cuja estrutura deveria constar, necessariamente, uma seção de leprologia destinada à pesquisa do problema da lepra em todo o país.³⁰⁰ Esse instituto foi criado com a reforma de 1937 e tinha o objetivo de realizar estudos sobre os assuntos da saúde.³⁰¹ O que já existia de forma a cumprir esse item do plano era o Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra. Essa instituição voltada para a pesquisa dos assuntos concernentes à lepra, foi criada pelo Governo Federal juntamente com a Liga das Nações, entrando em funcionamento no ano de 1934.³⁰² Nesse sentido, Capanema acreditava que o Governo Federal cumpria a primeira parte do programa de combate à doença, ou seja, a pesquisa sob todos os aspectos, com a finalidade de descobrir as modalidades da moléstia, as formas de contágio, os veículos de transmissão e os processos de sua cura.

O segundo item do plano de combate à lepra dizia respeito ao *censo*, ou seja, o levantamento estatístico dos leprosos no país. Como sabemos, a prática de censos

³⁰⁰ Informação contida na exposição de Eunice Weaver. “Homenagem ao Ministro Gustavo Capanema”. Arquivo Gustavo Capanema. GC j 1946.01.19. CPDOC/FGV.

³⁰¹ BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 52.

³⁰² BRASIL, Coleção de Leis, 1933, vol. 4, p. 688. Decreto nº. 23.658, de 28 de Dezembro de 1933, concedendo crédito especial para a instalação e custeio do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra a funcionar na Capital Federal, sob os auspícios da Liga das Nações.

leprológicos era uma política de resultados imperfeitos já que a lepra era uma doença que poderia ser facilmente confundida com outras dermatoses. Além disso, muitas famílias escondiam os leprosos, mentindo aos responsáveis pela execução do censo sobre a existência de doentes em seus lares. Ainda assim, mesmo com a consciência das dificuldades de pôr em prática tal medida, Capanema julgava indispensável sua execução, já que o censo servia de base às pesquisas relativas à doença, e, ainda, era essencial para a formação de um plano eficiente no combate à lepra. Em 1935, os órgãos responsáveis pelo censo, no Ministério da Educação e Saúde Pública, acusavam um total de 30.647 leprosos.³⁰³ Para Capanema, esse cálculo numérico, mesmo que fosse absolutamente fiel à realidade dos doentes, não seria suficiente. O perfeito censo leproológico deveria conter a discriminação dos casos pessoais e as circunstâncias de cada doente. O que se considerava ideal tornava ainda mais complicada a execução de tal atividade estatística.

Um outro ponto fundamental em relação ao combate à lepra era a existência de uma *legislação* rigorosa, tanto federal, quanto estadual. A primeira estabelecendo os princípios gerais obrigatórios a toda a nação e a segunda de acordo com as necessidades locais, complementando, assim, aquela determinada pela União. Para um eficiente combate à lepra, ou a qualquer outra endemia, seria necessário que o Governo criasse normas que uniformizasse a ação nesse sentido, o que só seria possível através da lei. Citando novamente o projeto de remodelação do Ministério de 1935, Capanema salientou a necessidade de uma lei federal relativa ao problema da saúde, que foi chamada de Plano Nacional de Saúde.³⁰⁴ De acordo com a Constituição, competia ao Governo Federal estabelecer uma lei geral ou um plano de saúde, que legislasse sobre os problemas de assistência social, estabelecendo com os Estados, medidas de saúde e assistência públicas. Além disso, a União deveria promover um plano nacional de combate às grandes endemias, incluindo a lepra. A intenção de Capanema era que fosse estabelecida uma legislação especializada, em conjunto com os Estados, que organizasse tanto o regulamento sanitário como o de cada um dos seus serviços. Nesse sentido, a parte referente à legislação no combate à lepra só entrará em vigor a partir da reforma de 1941, quando foi criado um órgão específico para coordenar as atividades de combate à lepra.

Finalizando o plano nacional de combate à lepra, estavam os *serviços administrativos* que deveriam ser postos em prática pelo poder público para o combate à

³⁰³ BARRETO, João de Barros. "Problemas Nacionais: I – Lepra". *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

³⁰⁴ "Comissão de Saúde – Seção de 11 de Março de 1937". *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV. Uma denominação paralela também foi adotada em relação à Educação.

endemia. Esses serviços deveriam ter um caráter total, atingindo todas as etapas no combate à lepra: profilaxia, tratamento, prevenção e cura e atuariam sobre os doentes confirmados ou suspeitos, os filhos dos leprosos, os comunicantes e o público em geral. É interessante notar como a medicina construía uma teia capaz de atingir e controlar toda a população.³⁰⁵

Os serviços administrativos relativos à lepra eram constituídos pelos serviços de ação geral e pelos serviços de ação especial. Os serviços de propaganda e educação sanitária constituíam aqueles de ação geral sobre a população. Essa modalidade de ação do poder público era de fundamental importância, já que visava esclarecer as massas sobre as condições de contágio, os meios de propagação da moléstia e o charlatanismo médico e farmacêutico – problema muito combatido pela comunidade médica em geral e pelos leprólogos em particular, desde o início da década de 1920.³⁰⁶

O serviço de ação especial da administração pública no que se refere à lepra constituía-se pelos estabelecimentos que formavam o aparelhamento antileproso, ou seja, os leprosários, dispensários e preventórios. Esses três órgãos, também conhecidos como “tripé”, estavam destinados a atuar tanto sobre o doente confirmado, quanto sobre os suspeitos, seus filhos e comunicantes. Assim, estaria completo o plano destinado ao combate e controle da lepra por todo o país.

O IV Congresso Internacional de Leprologia, realizado no Cairo, em março de 1938, definiu, entre suas conclusões que apenas os casos de lepra aberta, ou seja, os contagiantes, ofereciam perigo à saúde pública e que, por isso mesmo, esses doentes deveriam evitar o contato com as pessoas sãs, principalmente as crianças, vistas como mais vulneráveis ao contágio. Quanto à questão do isolamento dos doentes, a conferência indicou que nos países onde ele fosse obrigatório, esse isolamento deveria ser realizado, preferencialmente no formato de colônias-agrícolas. E, ainda, que deveriam ser leprosários regionais, criticando a idéia de um único leprosário central. Da forma recomendada, os doentes teriam a possibilidade de ficarem o mais próximo possível de seus familiares, o que seria mais agradável.³⁰⁷ A execução de um plano de combate à lepra prevendo a

³⁰⁵ Sobre isso é interessante observar os trabalhos de FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Vozes, 1977 e _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

³⁰⁶ No Fundo Documental sobre o Laboratório de Hanseníase há um caderno com recortes de jornais que inclui várias menções sobre o exercício ilegal da profissão médica, indicando a preocupação dos leprologistas com o tema. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*. Caixa 42, Maço 5. COC/Fiocruz.

³⁰⁷ Essas conclusões aparecem citadas em um artigo sobre as realizações do governo Federal. “Lepra – notas sobre a ação do Governo Federal. 1931-1940”. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02.

construção de uma série de leprosários em todos os Estados do país, anos antes das recomendações dessa conferência, indica que a atuação do Governo brasileiro estava de acordo com as mais modernas recomendações de epidemiologia e profilaxia da lepra.

Além disso, em novembro de 1939, realizou-se no Rio de Janeiro, a Primeira Conferência Nacional de Assistência Social aos Leprosos, promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra.³⁰⁸ O ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema esteve presente e em seu discurso, indicou que era desejo do Governo Federal, organizar um Serviço Central destinado a orientar a campanha nacional contra a lepra. Desde 1934, quando Washington Pires reformulou os serviços de saúde, o país não tinha um órgão federal deste tipo. O *Plano Geral da Campanha Contra a Lepra no Brasil*, desenvolvido, em 1933, por Souza Araújo foi oferecido ao ministro. Neste plano, fica clara a necessidade de um organismo técnico central responsável pela coordenação e orientação de todas as atividades nacionais voltadas para esse fim.³⁰⁹

Embora a existência do plano desenvolvido por Souza Araújo desde 1933 e do desejo da União em estabelecer um organismo central contra os problemas da lepra, como afirmou Capanema em 1937, a criação de um novo órgão especializado para tratar das questões relativas à lepra, o Serviço Nacional de Lepra, só ocorreu em 1941. E o seu regulamento só foi aprovado três anos depois.

3.6. A Reforma de 1941 e a criação do Serviço Nacional de Lepra

Em 1941 foi promovida uma reestruturação do Departamento Nacional de Saúde, estabelecido quatro anos antes, com a reforma do ministério. O Ministro da Educação e Saúde, em exposição de motivos, salientou que essa reforma visava a dotar aquele Departamento de princípios fundamentais: maior coordenação e maior atuação.³¹⁰ Maior coordenação das atividades de saúde, quer desenvolvidas pela União, Estados, Municípios ou associações privadas, e uma maior atuação, de modo que a assistência direta do Departamento fosse estendida a todo o território nacional. Assim, passou o DNS por uma sensível modificação na sua estrutura: de órgão de direção das atividades de saúde

CPDOC/FGV.

³⁰⁸ *Anais da Primeira Conferência Nacional de Assistência Social aos Leprosos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

³⁰⁹ SOUZA ARAUJO, H. C. de. "Plano Geral da Campanha contra a lepra no Brasil". *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, 1933:16 (11) 337-341.

³¹⁰ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. "Realizações em 1941 do DNS". *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 8.

realizadas por diversos órgãos existentes separadamente, tornou-se o conjunto de todos eles, coordenando a execução das atividades. Um órgão central no qual se reúnem os vários serviços de saúde, de modo a torná-los coesos e interdependentes.

De acordo com o Decreto-Lei 3.171, de 1941, as funções do Departamento Nacional de Saúde, ora organizado, seriam promover a realização de inquéritos, pesquisas e estudos sobre as condições de saúde, de saneamento e higiene da população, bem como sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento, organizando cursos de aperfeiçoamento para os médicos.³¹¹ Deveria também superintender a administração dos serviços federais destinados a realizar as atividades acima mencionadas, assim como coordenar as repartições estaduais e municipais e as instituições particulares que se destinassem à realização de quaisquer atividades referentes à saúde, assistindo-as tanto tecnicamente como a partir de concessão de auxílios e subvenções federais.

Com essa reorganização do DNS alguns órgãos foram extintos e outros criados. A Divisão de Saúde Pública e a Divisão de Assistência Hospitalar foram extintas e suas funções passaram a ser desempenhadas por vários órgãos, dentre eles os serviços nacionais como o da Lepra, da Tuberculose, da Malária etc.³¹² Os serviços locais de saúde da Capital Federal, como o Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, responsável pelo combate à lepra na região, foram transferidos para a administração municipal. Já as delegacias federais de saúde, criadas na reforma de 1937 e mantidas nas mesmas regiões, deveriam inspecionar as atividades executadas diretamente pelos órgãos especiais criados nessa legislação, ou seja, os Serviços Nacionais das grandes endemias.

Os serviços especializados às “grandes endemias” surgiram no momento em que os problemas da tuberculose, da malária, da lepra e da peste exigiam o desenvolvimento de órgãos técnicos de coordenação e controle.³¹³ No caso da lepra, a reforma de 1941 criou o Serviço Nacional de Lepra, um órgão de orientação técnica, coordenação e controle das atividades públicas e privadas relativa à doença.

³¹¹ BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 3, p. 7. Decreto-Lei nº. 3.171, de 02 de abril de 1941.

³¹² Os órgãos que desempenharam as funções da Divisão de Saúde Pública e da Divisão de Assistência Hospitalar foram: Divisão de Organização Sanitária, Divisão de Organização Hospitalar, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. *Ibidem*.

³¹³ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 8.

Mesmo com a criação do SNL, em 1941, o problema da lepra continuou sendo orientado pelo plano traçado em 1935, ao menos até que seu regulamento fosse aprovado. Prosseguiram as obras de construção e manutenção de leprosários, além da instalação e manutenção dos mesmos, de acordo com as bases fixadas no plano apresentado ao Governo. Assim, em 1941, foram inaugurados quatro novos leprosários: a Colônia São Bento (CE), Colônia Getúlio Vargas (PB), Colônia São Julião (MT) e Colônia Mirueira (PE). Desde que se intensificou, em 1935, a campanha empreendida pelo Governo Federal, foram construídos e postos a funcionar dez novos leprosários: em 1937, a Colônia do Bonfim (MA) e a Colônia Itanhenga (ES); em 1938, a Colônia do Iguá (RJ) e em 1940, a Colônia Eduardo Rabello (AL), a Colônia Santa Teresa (SC) e a Colônia Itapoan (RS).³¹⁴

A criação de um novo órgão federal de atenção específica à lepra indica que essa doença inspirava, ainda, cuidados e ações do governo federal. Embora preocupante desde o início do século XX, as ações para seu combate no contexto nacional só foram preconizadas a partir do final da década de 1930, tomando maior impulso após a criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941. Nem mesmo a existência de uma Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, na década de 1920, determinou uma maior atuação do Governo Federal frente ao aumento dos casos da doença no país, não sendo possível introduzir medidas “nacionais” que, de fato, nos levassem à eliminação da doença.

O que podemos admitir é que a atuação federal sobre a parcela doente da população tornou-se mais enérgica após a construção de uma série de leprosários. Tendo um espaço próprio para o segregamento dos doentes, as ações de notificação e de isolamento, realizadas pelos técnicos do SNL, tornaram-se mais efetivas: dos quase 33 mil doentes fichados até 31 de dezembro de 1941, 48% deles, ou seja, mais de 15 mil, encontravam-se internados nos mais de 30 leprosários existentes no Brasil.³¹⁵

A assistência aos filhos e às famílias dos doentes de lepra continuou sendo prestada graças à colaboração de 138 associações de proteção aos lázaros, congregadas na Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. A rede de preventórios erguida desde o início do plano contra a lepra, de 1935, estendia-se por todo o território nacional e além da ação enérgica das “damas da sociedade”, responsáveis pela

³¹⁴ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 109.

³¹⁵ *Ibidem*. Ver também apêndice VII.

atuação dessas associações particulares, teve também com o auxílio do Governo Federal, que de 1936 a 1941 contribuiu com total de 9 mil contos à esta tarefa.³¹⁶

3.7. A I Conferência Nacional de Saúde e a orientação profilática.

O ano de 1941 foi emblemático no que se refere às ações concernentes à lepra. Em janeiro, foi criado o Serviço Nacional de Lepra, que ficaria responsável pelas atividades desenvolvidas no combate à doença. Ainda em 1941, a I Conferência Nacional de Saúde (I CNS) teve a lepra como um dos principais temas discutidos. Era necessário fixar diretrizes e normas para um maior desenvolvimento da campanha nacional contra a lepra.

Instituída pela lei 378, de 13 de janeiro de 1937, juntamente com a conferência de educação, a I Conferência Nacional de Saúde destinava-se a facilitar ao Governo Federal o entendimento dessas atividades realizadas em todo o país, bem como a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e saúde.³¹⁷ Realizada quatro anos após ter sido instituída, a I CNS ocupou-se de diferentes problemas da saúde e da assistência. Entre os assuntos tratados de modo especial pela Conferência estavam: a organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e um plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade e à infância.³¹⁸

Seguindo essas questões principais, foram constituídas comissões para o estudo dessas matérias. A Comissão de Campanha contra a Lepra foi composta por sete membros, dentre eles, o Diretor do Serviço Nacional de Lepra, Ernani Agrícola, o Diretor do Serviço Nacional de Peste, e os delegados dos Estados do Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Amazonas e Território do Acre.

Antes da Conferência, foi enviado previamente aos Estados um questionário contendo uma série de perguntas referentes a assuntos gerais e específicos de saúde e outro sobre os problemas da educação. No questionário sobre a saúde focalizavam-se os

³¹⁶ BARRETO, João de Barros. “A organização da saúde pública no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (2) 169-215. As “damas da sociedade” eram as senhoras que presidiam as diversas Sociedades de Assistência aos Lázarus nos vários estados, sendo, portanto, responsáveis pelas atividades organizadas por essas instituições.

³¹⁷ BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 90.

³¹⁸ BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 2, p. 156. Decreto nº. 6.788, de 30 de janeiro de 1941. Cf. *Anais da I Conferência Nacional de Saúde*, ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, pp. 4-6.

principais problemas e os tópicos relativos à organização e administração dos serviços incumbidos de atendê-los e solucioná-los. O tema da lepra aparece como um dos principais problemas de saúde, e o questionário se propunha a verificar a quantidade de leprologistas, o número de doentes fichados e internados, as formas clínicas da doença, os estabelecimentos para o isolamento dos doentes, assim como o número de leitos existentes e os necessários a atender a demanda, se existiam dispensários e preventórios e se era realizado o tratamento do enfermo. Cada estado deveria remeter suas respostas à Conferência antes da realização da mesma, de modo que houvesse tempo para analisá-las. Era necessário conhecer como cada Unidade Federativa cuidava do problema da lepra em seu território, para que o Governo Federal pudesse uniformizar e orientar esse combate.

Durante a conferência, foram encaminhadas à discussão diversas propostas de resoluções, de acordo com a temática determinada para o encontro. Sobre a lepra foi proposto um único projeto, de autoria de Ernani Agrícola, Diretor do recém criado Serviço Nacional de Lepra e Secretário Geral da I Conferência Nacional de Saúde. A proposição foi apresentada em duas partes. Na primeira parte, Ernani Agrícola se ateve aos aspectos gerais do problema.³¹⁹ Na segunda, expôs sobre os deveres da União, dos estados, dos municípios e das instituições particulares.³²⁰

De acordo com sua proposta, a campanha contra a lepra no país deveria orientar-se pela descoberta dos doentes através do censo, pela notificação compulsória, pelo exame sistemático dos comunicantes. Defendia o isolamento obrigatório dos doentes contagiantes, a vigilância e o controle dos doentes, dos comunicantes e daqueles que tivessem alta, o afastamento dos filhos sadios de leprosos e a sua manutenção, instrução e educação em preventórios, sob vigilância. Dessa forma, mantinha a orientação profilática através do armamento conhecido como tripé, estimulando a sua utilização no combate contra a lepra.³²¹

Sobre o tratamento, indicava que ele deveria ser regular e obrigatório a todos os doentes, com a finalidade de diminuir a contagiosidade, evitar o desenvolvimento da infecção ou até mesmo obter a cura das lesões e o desaparecimento dos sintomas. Preconizava a formação técnica do pessoal de saúde (médicos, enfermeiras, visitadoras

³¹⁹ *Ibidem*, pp. 159-163. Segunda reunião da I CNS, realizada dia 12 de novembro de 1941.

³²⁰ *Ibidem*, pp. 219-224. Terceira reunião, realizada no dia 13 de novembro de 1941.

³²¹ A orientação profilática a ser adotada contra a lepra, bem como o tratamento a ser dispensado, foram apresentados por Ernani Agrícola na segunda reunião da Conferência Nacional de Saúde. *Ibidem*, pp. 159-163.

sanitárias) e a propaganda educativa da população, de forma a difundir os conhecimentos sobre a doença, principalmente o fato de ser uma doença contagiosa, evitável e clinicamente curável, principalmente quando diagnosticada precocemente e tratada por meios adequados.

O Governo Federal seria, de acordo com a proposta de Agrícola, o responsável pela orientação, coordenação e fiscalização de todas as atividades públicas e particulares referentes à campanha contra a lepra em todo o país. Deveria realizar estudos epidemiológicos, investigações, censo, inquéritos e coleta de dados técnicos e administrativos, estabelecendo a uniformidade de ação e a eficiência dos trabalhos contra a lepra a cargo da União, dos Estados, municípios e instituições particulares. A construção, ampliação e instalação dos leprosários ficaria a cargo da União, que auxiliaria também na instalação dos dispensários que fossem mantidos pelos Estados dentro das normas estabelecidas pelo SNL, e de preventórios para filhos sadios dos doentes, incentivando a iniciativa particular, principalmente com referência às obras de assistência social aos filhos sadios de lázaros e suas famílias.³²²

Os Estados seriam responsáveis por orientar, coordenar e fiscalizar as atividades estaduais, municipais e particulares relacionadas com a campanha contra a endemia no Estado, dentro das normas estabelecidas pelo SNL. Deveria organizar e administrar os serviços estaduais de combate à lepra, isolando e mantendo os doentes, oferecendo-lhes assistência médico-social adequada. O serviço regular de revisão do censo de leproso e comunicantes deveria ser instituído, assim como os serviços de controle, vigilância e tratamento dos casos. Além disso, ficaria responsável pelo funcionamento dos leprosários construídos e instalados pela União ou com a sua cooperação. Aos Municípios, competiria o auxílio às instituições de assistência social aos leproso, seus filhos e familiares e a cooperação direta na realização dos serviços de censo e vigilância. Já as instituições particulares deveriam dar assistência aos filhos dos doentes e às suas famílias, bem como ao próprio doente internado, de acordo com a direção do estabelecimento. Além disso, deveriam auxiliar as autoridades sanitárias na readaptação dos egressos³²³ dos leprosários e na educação sanitária das populações no tocante ao problema da lepra.

³²² A responsabilidade das três esferas de governo foram apresentadas por Ernani Agrícola na terceira reunião da Conferência Nacional de Saúde. *Ibidem*, pp. 219-224.

³²³ Os egressos de leprosários eram aqueles indivíduos que passaram muito tempo internados nesses estabelecimentos de isolamento dos doentes de lepra, mas que obtiveram a cura clínica. Com a sua alta, os ex-doentes passam por um processo de readaptação social, de forma a facilitar a sua volta para a vida em sociedade.

Essa proposta do diretor do Serviço Nacional de Lepra foi apresentada na conferência de forma a se discutir qual deveria ser a orientação da campanha contra a doença. E, ainda, determinar as competências das três esferas de poder e das associações particulares. Mas existia uma outra intenção: definir o regimento do Serviço Nacional de Lepra, inexistente até então. E é possível pensar isso ao examinar o regulamento do Serviço Nacional de Lepra, finalmente aprovado por decreto no ano de 1944.³²⁴ No texto do regulamento encontramos especificadas as finalidades do SNL e de suas seções. E as sugestões aprovadas na I CNS aparecem desenvolvidas no regimento. A situação fica clara nas seguintes linhas, respectivamente as sugestões aprovadas em conferência e, em seguida, o texto do regulamento aprovado três anos depois:

*“construir e instalar leprosários, bem como ampliar e instalar os existentes, desde que se torne necessário ao perfeito desenvolvimento da campanha.”*³²⁵

*“promover a montagem, em todo o país, do armamento antileproso, de acordo com as necessidades do combate à lepra.”*³²⁶

Podemos notar que todas as sugestões apresentadas por Agrícola na I Conferência Nacional de Saúde, em 1941, principalmente aquelas que tratam das responsabilidades da União, foram estabelecidas como funções do próprio Serviço Nacional de Lepra e de suas seções. O Serviço Nacional de Lepra enquanto órgão federal integrante do Departamento Nacional de Saúde ficou responsável pela organização do plano de combate à lepra que deveria ser realizado em todo o país.

As proposições aprovadas pela I Conferência Nacional de Saúde passaram a orientar a luta contra a lepra desempenhada desde então. Não substituiu o plano elaborado em 1935, mas acrescentou a definição das competências dos governos federal, estaduais e municipais, além de regular a atuação das associações particulares nessa campanha, o que até então não estava bem definido. Além disso, contribuiu para organizar o regulamento do novo órgão federal de atenção exclusiva criado na reforma de 1941: o Serviço Nacional de Lepra. Embora claramente espelhado nas resoluções da Conferência de 1941, o regulamento do SNL só foi aprovado três anos depois.³²⁷ E seu conteúdo em quase nada se

³²⁴ BRASIL, Coleção de Leis, 1944, vol. 4, p. 236. Decreto nº. 15.484, de 08 de maio de 1944.

³²⁵ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 130.

³²⁶ BRASIL, Coleção de Leis, 1944, vol. 4, p. 236. Decreto nº. 15.484, de 08 de maio de 1944., art. 8, inciso XII.

³²⁷ *Idem*.

diferenciava daquilo que foi concluído como essencial para um combate sistemático e eficaz contra uma doença que durante anos vinha despertando a atenção não só da comunidade médica, como também dos administradores públicos.

Distanciando-nos dos textos que trabalham o tema da lepra sob a ótica das suas representações sociais, tais como os de Lenita Claro³²⁸, Ítalo Tronca³²⁹ e Leila Gomide³³⁰, essa dissertação procurou estar atenta à perspectiva das políticas públicas que foram implementadas no sentido de controlar a endemia no país. Compreendemos o isolamento como uma medida política que só poderia ser realizada pelo Estado, enquanto regulador máximo de uma sociedade dita estatal. E não aquele isolamento tradicionalmente imposto aos doentes desde o período medieval, que apenas os afastava da comunidade em que viviam.

Levando em consideração que as doenças são construções sociais, acreditamos que a lepra adquiriu os contornos da sociedade moderna. O isolamento dos doentes foi afastado da visão puramente estigmatizante e passou a ser visto como uma medida essencial para controle da endemia, realizada em instituições para esse fim construídas. Com a descoberta do bacilo e a comprovação de sua contagiosidade, o doente de lepra passou a ser visto como o responsável por sua propagação. Seu isolamento foi considerado imperativo pela comunidade médica. Mas a efetivação do mesmo só foi possível a partir da atuação do Estado Nacional, com seu poder de autoridade, apoiando-se em leis já instituídas e até mesmo no uso de força policial para se fazer cumprir o isolamento.

No segundo capítulo, abordamos a década de 1920, indicando as condições em que foi criado o primeiro órgão público de atenção especial à lepra – a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Seus serviços deveriam ser orientados “em todo o país”, mas a política federativa em vigor impunha a necessidade de acordos firmados entre o Estado e a União, que autorizavam a execução de medidas de caráter combativo ao mal de Hansen, nos territórios estaduais.

Embora a legislação de 1920, referente à lepra, indicasse que o Estado teria o direito de retirar a liberdade individual de um doente em defesa do bem-estar coletivo, observamos que o isolamento compulsório dos doentes de lepra foi uma política que, naquele momento, não pôde ser posta em prática. A falta de instituições voltadas para essa

³²⁸ CLARO, Lenita B. Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

³²⁹ TRONCA, Ítalo, A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

³³⁰ GOMIDE, Leila Regina Scalia. “Órfãos de pais vivos”. *A lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceito e segregação*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1991.

finalidade dificultou a atuação da Inspetoria e influenciou na visão pessimista em relação ao órgão. A escassez de verbas impediu a edificação dos leprosários necessários ao isolamento dos doentes. Apenas quatro estabelecimentos foram construídos com verbas federais, sendo que um deles, o do Maranhão, foi abandonado antes da inauguração. E, mesmo contando com leprosários construídos antes da década de 1920, esses estabelecimentos não eram suficientes para o controle dos doentes recenseados.

A polêmica ocorrida na Academia Nacional de Medicina, em 1926, entre o representante da atuação federal, Eduardo Rabello, e o sanitarista Belisário Penna, revelou o estado em que se encontrava o debate sobre a doença e a dificuldade do Estado em atuar sobre tal problemática. Suas sugestões constituíram variantes de um mesmo modelo, cujo objetivo central estava relacionado à separação dos doentes e à proteção dos indivíduos sãos.

O Estado de São Paulo constituiu uma exceção frente ao que se promovia em nível federal durante todo o período proposto nesta dissertação. Na década de 1920, enquanto o isolamento era seletivo em alguns estados do país, em São Paulo, ele foi compulsório para todas as pessoas diagnosticadas com lepra. Sua posição economicamente independente possibilitou-o a desenvolver suas próprias políticas. Tanto que em 1924 criou o Serviço de Profilaxia da Lepra, em nível estadual, embora já estivesse em funcionamento um serviço nacional similar. Nos primeiros anos da década de 1930, enquanto o governo federal inaugurou apenas um leprosário, São Paulo, mantendo sua política independente, construiu quatro estabelecimentos entre os anos 1931 e 1934.

No terceiro capítulo vimos que as dificuldades financeiras que perduraram durante a década de 1920 também estiveram presentes nos primeiros anos da década de 1930. Ao final do Governo Provisório a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foi suprimida e ainda não existia uma política que direcionasse as ações da União frente às suas impossibilidades. Foi somente a partir de 1935, com a elaboração de um plano de construção de leprosários pelo país, que foi possível pôr em prática o isolamento obrigatório dos doentes. O investimento de capital para a construção de leprosários, crescente a cada ano, possibilitou que um grande número de doentes fossem internados. Essa política, mesmo com os altos custos que implicava, tornou-se o modelo central na profilaxia da doença a partir da segunda metade da década de 1930.

Na década de 1940 foi criado o Serviço Nacional de Lepra, que passou a orientar a campanha contra a lepra no país. As diretrizes dessa campanha foram firmadas na Primeira

Conferência Nacional de Saúde, em cujos temas centrais a lepra esteve presente. O que foi definido para o combate à lepra na década de 1940 não substituiu o plano elaborado em 1935, mas acrescentou as definições de competências dos três níveis de poder. Assim, a luta contra essa endemia continuou apoiada no “tripé” profilático, pelo menos até o limiar da década de 1960, quando o isolacionismo entra em crise.³³¹

Dessa forma, apresentamos o caminho que foi traçado pelas autoridades públicas para realizar o combate à lepra no Brasil. A década de 1920 inaugurou um processo de preocupação por parte do estado em resolver uma questão que vinha se tornando urgente. Porém, as dificuldades financeiras da Primeira República, que perduraram inclusive durante os anos do Governo Provisório, impediram uma luta mais intensa contra a doença. O combate à lepra foi revigorado a partir do momento em que Gustavo Capanema esteve à frente do Ministério da Educação e Saúde. A elaboração de um plano nacional de combate à lepra, voltado para todo o território nacional, determinou um maior volume de verbas destinadas à luta contra a lepra. Essa capitalização, crescente a cada ano, permitiu que um grande número de leprosários fossem construídos nos anos subseqüentes. Quando foi criado o Serviço Nacional de Lepra, em 1941, existiam mais de 30 leprosários no país, somando um total de mais de 15 mil doentes internados. Em uma década de trabalho da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foram inaugurados apenas quatro leprosários com o auxílio federal. Em comparação, em seis anos de execução do plano de construções, de 1935, foram inaugurados 10 leprosários no país, além de ter sido intensificado o número de doentes internados.

Acreditamos, assim, ter concluído nosso objetivo central – o de demonstrar que foi somente com o plano nacional de combate à lepra, elaborado em 1935 e posto em prática logo depois de pronto, que foi possível executar o isolamento dos doentes de lepra, determinado mais de uma década antes pelo regulamento sanitário de 1920.

³³¹ O VII Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Tóquio, no ano de 1958, recomendou o fim do isolamento compulsório para os doentes de lepra. No ano seguinte, o Governo JK instituiu a Campanha Nacional Contra a Lepra, mas, mesmo assim, foi somente em 1962 que a compulsoriedade do isolamento deixou de ser uma medida oficial no Brasil. Cf. BRASIL, Diário Oficial da União, 09 de maio de 1962, p. 51134. Decreto nº. 968, de 07 de maio de 1962.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano de 2004 foi lançado um livro que nos conta a biografia do escritor Marcos Rey.³³² Seus quarenta livros publicados superaram a marca de venda da maioria dos escritores brasileiros – mais de cinco milhões de exemplares vendidos. Além disso, escreveu centenas de crônicas e programas de rádio. Fez oito novelas para a TV, além de ter sido redator de publicidade e autor de peças teatrais. Morreu em 1999 de câncer, que começou no intestino e se espalhou para o fígado e outros órgãos do corpo. O sucesso, que o tornou uma pessoa pública, visível aos olhos da multidão, não o impediu de guardar o maior segredo de sua vida: Marcos Rey, ou Edmundo Donato, seu nome verdadeiro, contraíra lepra entre os 10, 11 anos de idade e, mesmo tendo alcançado a cura anos depois, conviveu com suas seqüelas até a morte.

Morador da cidade de São Paulo e tendo descoberto a lepra entre as décadas de 1930 e 1940, quando o estado de São Paulo despedia os maiores esforços no isolamento dos doentes, o escritor não conseguiu se esconder do Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL) – órgão de jurisdição estadual responsável pela confirmação do diagnóstico dos suspeitos e pelo isolamento dos doentes.

*“A ambulância negra estacionou na pequena rua Pirineus, a poucos metros do Teatro São Pedro, no bairro de Campos Elíseos, perto do Centro de São Paulo. Vários vizinhos saíram sobressaltados de casa. Olharam para o carro, leram nas suas portas as três letras inconfundíveis – DPL – e comprovaram a pior suspeita. Era mesmo a temida caminhonete, com sua dupla de guardas sanitários. No mês anterior, Hitler invadira a Polônia. Naquele sábado, 7 de outubro de 1939, porém, as notícias do início da Segunda Guerra Mundial não foram capazes de provocar um pânico maior, para os moradores da rua Pirineus, do que a presença do assustador veículo na sua rua. Significava que, no quarteirão, poderia haver um leproso. Era essa a palavra usada para designar o hanseniano, ou portador de hanseníase, doença infecciosa na época chamada de lepra. Se a suspeita fosse confirmada, imaginaram os vizinhos, horrorizados, o doente talvez já tivesse transmitido a moléstia maldita para qualquer outra pessoa próxima. Quem sabe eles próprios”.*³³³

³³² MARANHÃO, Carlos. *Maldição e glória: a vida e o mundo do escritor Marcos Rey*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

³³³ *Ibidem*, p. 21.

Como vimos, o Estado de São Paulo dava especial atenção ao combate à lepra, realizando verdadeiras caçadas humanas contra o mal que se espalhava pelo estado, quiçá pelo país. Os médicos eram obrigados por lei a fazer a notificação do doente de lepra ao DPL. Os cidadãos poderiam, também, fazer uma denúncia anônima – o que ocorreu no caso de Marcos Rey – por carta ou telefone, indicando onde havia um suposto doente. E o DPL se encarregava de “caçá-los” e isolá-los em colônias para esse fim construídas.

Na tentativa de fuga, o mal perfurante plantar dos pés de Marcos Rey, um dos sinais da doença, o impediu de correr, facilitando a sua captura. *“Com a mesma técnica usada pelos homens da carrocinha para pegar cachorros na rua, um dos guardas tirou uma corda da cintura e laçou-o pelo tronco”*.³³⁴ Marcos Rey foi capturado em 1941, e após a realização de alguns exames, que duraram poucas horas, foi internado no asilo Colônia Santo Ângelo. Seu isolamento era o início de seu mais longo tormento, como também de seu maior sonho. Marcos Rey iniciou-se na carreira de escritor quando ainda estava internado no Santo Ângelo.

Embora o modelo isolacionista estivesse fortemente consolidado no estado de São Paulo já no início da década de 1940, o restante do país, de modo geral, ainda caminhava em direção a isso. O plano de construções implementado a partir de 1935 possibilitou a edificação de vários leprosários pelo país. Mas o isolamento dos doentes não ocorria com a mesma rigidez do Estado paulista.

Menos de cinco meses depois de ter sido isolado, Marcos Rey foi transferido para o Sanatório Padre Bento, em Guarulhos. De lá tentou fugir duas vezes, sendo logo recapturado e posto na cadeia da colônia de Pirapitingui. Sua fuga definitiva ocorreu no ano de 1945. Com isso, tornou-se um homem procurado pelo DPL, tal qual um criminoso pela polícia. Decidiu ir para o Rio de Janeiro onde as autoridades sanitárias locais internavam apenas os doentes sem recursos ou em estágio avançado da moléstia. Já na Capital Federal passou a tratar-se com as sulfonas, que provocavam logo a morte dos bacilos de Hansen, e, assim, os doentes deixavam de ser transmissores. Marcos Rey curou-se da infecção, embora tenha ficado com seqüelas pelo resto de sua vida. Muitos de seus amigos só descobriram sua doença após a sua morte.

Ainda que não seja objeto desta dissertação, é importante salientar a constatação do poder terapêutico das sulfonas pelo médico norte-americano Guy Faget, a partir do seu uso

³³⁴ *Ibidem*, p. 32.

no Leprosário de Carville, Louisiana, Estados Unidos, ainda em 1941.³³⁵ Mesmo tendo sua eficácia comprovada, foram precisos vários anos para serem esclarecidas as dúvidas que surgiam entre a comunidade científica e entre os pacientes. No Brasil, as sulfonas foram utilizadas pela primeira vez em 1944, nos pacientes do Asilo-Colônia Padre Bento, em Guarulhos, São Paulo.³³⁶

Responsável por acabar com a contagiosidade do doente logo no início do tratamento, a sulfona revolucionou os quadros medicamentosos e impôs uma nova realidade para a profilaxia baseada no isolamento dos doentes entre os muros do leprosário; ou até de sua própria residência, muitas vezes resumida unicamente em um quarto. Se o doente deixava de contaminar já no início do tratamento, não existiria mais motivo para mantê-lo enclausurado no interior das colônias, que para isso foram construídas. Assim, deu-se início a um processo de questionamentos – que durou mais de 20 anos – do modelo de isolamento compulsório dos doentes de lepra, indicado como essencial para a profilaxia da lepra desde antes do início do século XX, mas fundamentalmente posto em prática, no Brasil, no final da década de 1930.

Em janeiro de 1946, no Governo Dutra, foi, então criado o Instituto de Leprologia, que funcionava nas dependências do Hospital dos Lázaros de São Cristóvão.³³⁷ O contexto do pós-guerra, os problemas econômicos dos países subdesenvolvidos levaram economistas e profissionais de diversas áreas a dedicar mais atenção à saúde como fator para o desenvolvimento econômico. O tema da saúde como fundamental para o desenvolvimento nacional estaria presente em vários projetos dos Governos Dutra, Vargas e Juscelino. Um exemplo disso é o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia).³³⁸

Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde foi desmembrado, criando-se o Ministério da Saúde. A separação entre educação e saúde permitiu uma maior independência e autonomia no que se refere às políticas públicas de saúde. Não houve

³³⁵ Apud CURI, Luciano Marcos. “Defender os sãos e consolar os lázaros”. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002, p. 203.

³³⁶ TALHARI, Sinésio e NEVES, René Garrido. *Hanseníase*. Manaus, Gráfica Tropical, 1997; e DINIZ, Orestes. *Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar, 1960.

³³⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Lepra. *Instituto de Leprologia: organização e atividades*. Rio de Janeiro, 1970

³³⁸ Cf. HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo”. In GOMES, Angela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.

grandes alterações daquelas implementadas por Capanema no Governo Vargas, mantendo-se, inclusive, o funcionamento dos Serviços Nacionais criados por ele. Foi somente com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, que a estrutura montada durante o Estado Novo sofreu alterações, com a incorporação ou supressão de alguns dos serviços nacionais.

No Congresso Internacional de Lepra, realizado em Madrid, no ano de 1953, o isolamento compulsório dos doentes passou a ser questionado. Defendeu-se que ele deveria ser seletivo, além de incluir medidas de propaganda e educação sanitária de forma a prevenir o contágio.

O combate a essas leis de exclusão, que têm no isolamento o seu principal exemplo, firmou-se no VII Congresso Internacional de Lepra realizado em Tóquio, no ano de 1958.³³⁹ Dentre os critérios aprovados neste congresso, o isolamento foi definido como medida anacrônica, sem nenhuma influência no tratamento e insuficiente para curar ou minorar os avanços da doença. Pela primeira vez, os medicamentos foram priorizados como medida básica de profilaxia da lepra. Dessa maneira, inaugurou-se uma nova fase na leprologia, uma vez que os avanços químicos e da indústria de medicamentos tornaram possível tratar e controlar a doença fora dos muros dos leprosários.

No ano de 1959, durante o Governo Juscelino Kubitschek, foi instituída a Campanha Nacional Contra a Lepra através da lei n.º 3542, de 11 de fevereiro, que procurava refletir as questões discutidas no Congresso do ano anterior, incorporando como prática cotidiana no combate à doença as deliberações aprovadas que se referiam a providências educativas, médicas, sociais e legais, deixando de ser o isolamento uma prática oficial de profilaxia.

A direção da Campanha ficou a cargo do Serviço Nacional de Lepra e feita basicamente através de medidas que visavam ao ensino, à pesquisa, à propaganda e à educação sanitária, pontos fundamentais, para a profilaxia da doença, marcando o início de uma fase de tentativa de desestigmatização da lepra na sociedade. Vale ressaltar que o modelo indicado pela campanha contra a lepra de 1959 – através do uso de antibióticos e fora dos muros do leprosário – é o modelo até hoje adotado aos que se apresentam portadores do bacilo de Hansen.

³³⁹ *Anais do Sétimo Congresso Internacional de Leprologia*. Tóquio, 1958.

A legislação pôs fim ao isolamento obrigatório dos doentes em 1962 através de um decreto federal.³⁴⁰ Com a justificativa de que um decreto não poderia revogar uma lei, ainda em vigor, o Departamento de Profilaxia da Lepra, de São Paulo, continuou realizando internações dos doentes por mais cinco anos. A lei datava de 1949 e fixava as normas de profilaxia da lepra, onde o isolamento aparecia como medida a ser executada a todos os doentes contagiantes e àqueles que constituíssem ameaça à população sadia, pelas suas condições e hábitos de vida, e pela sua insubmissão às medidas sanitárias.³⁴¹

Embora o aparecimento das sulfonas, na década de 1940, viesse questionar a validade das políticas adotadas pelo poder público em relação aos doentes de lepra, o isolamento continuou sendo firmemente empregado em todo o país por mais 20 anos. Iniciado compulsoriamente nos anos de 1920, tomou vigor na década de 1930 após um plano de ação promovido pelo governo federal, que visava à construção de leprosários e, conseqüentemente, ao internamento dos doentes nessas unidades. A partir do plano nacional de combate à lepra, de 1935, foi possível pôr em prática aquilo que a legislação impunha desde o regulamento sanitário de 1920, mas que a escassez de verbas até então não permitira executar. A criação de um Serviço Nacional de Lepra, em 1941, não modificou a política de atuação federal, ao contrário, manteve as bases determinadas pelo plano de 1935 e ainda definiu, a partir da I Conferência Nacional de Saúde, também de 1941, a atuação dos três níveis de poder, como também das associações particulares na profilaxia da doença. O isolamento compulsório dos doentes foi, durante o período 1920-1941, a principal orientação profilática adotada pelo poder público contra a lepra.

³⁴⁰ No decreto n.º 968, de 07 de Maio de 1962, assinado pelo primeiro-ministro Tancredo Neves, no breve período parlamentarista brasileiro, o isolamento dos doentes deixa de ser uma medida compulsória, por causar a quebra da unidade familiar, o desajustamento ocupacional e pela criação de outros problemas sociais. BRASIL, Diário Oficial da União, publicado em 09 de maio de 1962, p. 51134.

³⁴¹ BRASIL, Diário Oficial da União, Lei n.º. 610, de 13 de Janeiro de 1949, publicada em 02 de fevereiro de 1949, p. 1513.

Apêndice I

Leprosários particulares existentes no país até 1929.

Leprosário	Localidade	Ano
Hospital dos Lázaros ou Frei Antonio	Rio de Janeiro	1741
Hospital dos Lázaros ou D.Rodrigo de Meneses	Bahia	1787
Asilo São João dos Lázaros	Mato Grosso	1815
Hospital dos Lázaros	Minas Gerais	1883
Hospital dos Lázaros	Pernambuco	Anterior a 1920
Asilo do Gavião	Maranhão	1870
Leprosário Antonio Diogo	Ceará	1928
Leprosário São Francisco de Assis*	Rio G. do Norte	1929

* construído com o auxílio do estado.

Leprosários inaugurados, com verbas estaduais e federal, na década de 1920

Leprosário	Localidade	Ano
Lazarópolis do Prata	Pará	1924
Leprosário São Roque	Paraná	1926
Hospital Colônia Curupaiti	Distrito Federal	1929
Leprosário Santo Ângelo*	São Paulo	1928

* construído exclusivamente com verbas estaduais, sem o auxílio federal.

Fonte: Heraclides Cesar de Souza Araújo. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano. Volume III (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p.533-597.

Apêndice II

Leprosários existentes até 1930

	FEDERAIS	ESTADUAIS	PRIVADOS
COLÔNIA	Lazarópolis do Prata (PA)	Leprosário São Roque (PR) São Francisco de Assis (RN)	
HOSPITAL		Hospital dos Lázaros de Sabará (MG) Hospital D. Rodrigo de Menezes (BA)	Hospital Frei Antonio (DF) Hospital dos Lázaros de Recife (PE)
HOSPITAL-COLÔNIA	Curupaiti (DF)		
ASILO		Paricatuba ou Belisário Penna (AM) Tocunduba (PA)	Leprosário Souza Araújo (AC) Leprosário Antônio Diogo (CE)
ASILO-COLÔNIA			Asilo São Lázaro de Piracicaba (SP) Asilo São João dos Lázaros (MT)

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02

Apêndice III

Leprosários construídos entre os anos 1931-1934

Instituição	Localidade	Ano
Sanatório Padre Bento	São Paulo	1931
Colônia Santa Isabel	Minas Gerais*	1931
Asilo-Colônia Pirapitingui	São Paulo	1933
Asilo Aimorés	São Paulo	1934
Asilo Cocais	São Paulo	1934

* O leprosário de Minas Gerais foi o único construído exclusivamente com verba federal.

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02

Apêndice IV

Construção e instalação de leprosários exclusivamente com verba federal (1935-1945)

			<i>Início da Construção</i>	<i>Início do Funcionamento</i>
1	<i>Colônia Antônio Aleixo</i>	<i>Amazonas</i>	<i>1937</i>	<i>1942</i>
2	<i>Colônia Marituba</i>	<i>Pará</i>	<i>1937</i>	<i>1942</i>
3	<i>Colônia Antônio Justa</i>	<i>Ceará</i>	<i>1937</i>	<i>1941</i>
4	<i>Colônia Getúlio Vargas</i>	<i>Paraíba</i>	<i>1935</i>	<i>1941</i>
5	<i>Colônia Eduardo Rabello</i>	<i>Alagoas</i>	<i>1937</i>	<i>1940</i>
6	<i>Colônia Lourenço Magalhães</i>	<i>Sergipe</i>	<i>1937</i>	<i>1945</i>
7	<i>Colônia Tavares de Macedo</i>	<i>Rio de Janeiro</i>	<i>1936</i>	<i>1938</i>
8	<i>Sanatório Roça Grande</i>	<i>Minas Gerais</i>	<i>1939</i>	<i>1944</i>
9	<i>Colônia Santa Marta</i>	<i>Goiás</i>	<i>1937</i>	<i>1943</i>
1 0	<i>Colônia São Julião</i>	<i>Mato Grosso</i>	<i>1937</i>	<i>1941</i>

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02

Apêndice V

Construção e instalação de leprosários com verbas da União e dos Estados
(1932-1945)

			<i>Início da Construção</i>	<i>Início do Funcionamento</i>
1	<i>Colônia Bonfim</i>	<i>Maranhão</i>	1932	1937
2	<i>Colônia Mirueira</i>	<i>Pernambuco</i>	1936	1941
3	<i>Colônia Itanhenga</i>	<i>Espírito Santo</i>	1933	1937
4	<i>Colônia Santa Tereza</i>	<i>Santa Catarina</i>	1936	1940
5	<i>Colônia Itapoan</i>	<i>Rio G. do Sul</i>	1937	1940
6	<i>Colônia Santa Fé</i>	<i>Minas Gerais</i>	1937	1942
7	<i>Colônia Padre Damião</i>	<i>Minas Gerais</i>	1937	1945
8	<i>Colônia São Francisco de Assis</i>	<i>Minas Gerais</i>	1936	1943

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02

Apêndice VI

Investimentos do Governo Federal nos Estados entre os anos 1932-1937

[demonstra um aumento crescente tanto nos investimentos quanto nos Estados de atuação]

Ano	Gastos Totais	Estados Contemplados
1932	400:000\$000	Maranhão, Distrito Federal.
1933	1.200:000\$000	Maranhão, Espírito Santo e Minas Gerais, Distrito Federal.
1934	2.000:000\$000	Maranhão, Pará, Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, Distrito Federal.
1935	1.700:000\$000	Maranhão, Pará, Pernambuco, Espírito Santo, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Distrito Federal.
1936	4.600:000\$000	Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso, Distrito Federal.
1937	9.800:000\$000	Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso, São Paulo, Goiás, Distrito Federal e Território do Acre.
1938	10.000:000\$000	Todos os 20 Estados e o Território do Acre, Distrito Federal.

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02

Apêndice VII

Leprosários em funcionamento no Brasil em 1942

Leprosário	Estado	Ano
Souza Araújo (Rio Branco)	AC	1928
Cruzeiro do Sul	AC	Depois 1938
Leprosário de Paricatuba	AM	1931
Lazarópolis do Prata	PA	1924
Colônia Marituba	PA	1942
Colônia do Bonfim	MA	1937
Colônia São Lázaro (iniciativa privada)	PI	1931
Leprosário Antônio Diogo	CE	1928
Colônia São Francisco de Assis	RN	1929
Colônia Getúlio Vargas	PB	1941
Colônia de Mirueira	PE	1941
Colônia Eduardo Rabello	AL	1940
Hospital D. Rodrigo de Menezes	BA	1787
Colônia Itanhenga	ES	1937
Colônia Tavares de Macedo	RJ	1938
Hospital Frei Antônio (antigo dos Lázaros)	DF	1741
Hospital Colônia Curupaiti	DF	1928
Asilo-Colônia Santo Ângelo	SP	1928
Colônia Pirapitingui	SP	1933
Sanatório Padre Bento	SP	1931
Colônia Aimorés	SP	1934
Colônia Cocais	SP	1934
Colônia São Roque	PR	1926
Colônia Santa Tereza	SC	1940
Colônia Itapoan	RS	1940
Colônia Santa Isabel	MG	1931
Hospital dos Lázaros de Sabará	MG	1883
Colônia Santa Fé	MG	1942
Hospital Helena Bernard	GO	Depois 1935
Asilo Anápolis	GO	Depois 1935
Asilo Bananal	GO	Depois 1935
Colônia São Julião	MT	1941
Asilo São João dos Lázaros	MT	1815

Fonte: João de Barros Barreto. "A organização da saúde pública no Brasil". *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (2)169-215.

Apêndice VIII

A hanseníase hoje

Atualmente, o tratamento da hanseníase, ou melhor, da hanseníase, é feito através de um poliquimioterápico, composto por algumas drogas: a Dapsona, a Clofazimina e a Rifampicina³⁴². A Dapsona foi o primeiro quimioterápico efetivo para a hanseníase, descoberto em fins da década de 1940 e utilizado no Brasil no início da década seguinte. A Clofazimina é o único corante com propriedades anti-inflamatórias e bacteriostática. Passou a ser utilizado no tratamento dessa doença na década de 1970. Finalmente, a Rifampicina, que é considerada a droga mais efetiva para a hanseníase, já que uma dose dessa substância é capaz de matar 99,9% da população bacteriana do *M. leprae* que esteja viável. Esta é a primeira dose dada ao paciente logo após o diagnóstico. Portanto, atualmente, com uma dose única é possível afirmar que o doente não apresenta mais o bacilo de Hansen no organismo e que, por isso, não é mais contagioso.

A associação poliquimioterápica dessas drogas ocorreu na década de 1990, quando tornou-se o tratamento padrão empregado nos pacientes. Atualmente, com a iniciativa do Sistema Único de Saúde em incluir a hanseníase entre as doenças da rede básica, esta deixou de ser uma tarefa de especialistas para se tornar dos generalistas que fazem parte do Programa de Saúde da Família. Com isso as ações em relação à doença tiveram que ser simplificadas: o diagnóstico, a classificação e o tratamento. No caso da hanseníase, o que se espera é que o doente tenha acesso fácil ao diagnóstico, que deve ser simples, baseado na observação de cada caso; a classificação baseada no número de lesões e o tratamento, em cartelas, com duração determinada de acordo com a classificação do paciente.

Para o paciente com apenas uma lesão cutânea é dada uma única dose da poliquimioterapia. Como já foi dito, essa dose única já permite afirmar que o doente deixou de ser contagioso, e neste caso de lesão única, ele também já é considerado curado. No caso dos pacientes com até cinco lesões cutâneas (paucibacilares), ou que tenham envolvimento do tronco nervoso, utiliza-se o esquema de tratamento padrão: após seis doses (cartelas) supervisionadas (tomadas na presença do médico ou enfermeiro) o paciente pode ser considerado curado. Para os doentes multibacilares, com mais de cinco

³⁴² As informações atuais sobre o tratamento, diagnóstico e classificação da hanseníase foram retiradas de uma palestra sobre “Hanseníase: Passado, Presente e Futuro”, realizada em 13 de Agosto de 2004, no Centro de Estudos do Instituto Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. A palestra contou com a participação de três pesquisadores, que dividiram o tema em passado, presente e futuro: Laurinda Rosa Maciel, Maria Eugênia N. Gallo e Milton Ozório de Moraes, respectivamente. Cf. *Informe IOC*, 2004: 10 (7) p.3.

lesões, são prescritas 12 doses, entre cartelas supervisionadas e cartelas de auto-administração.

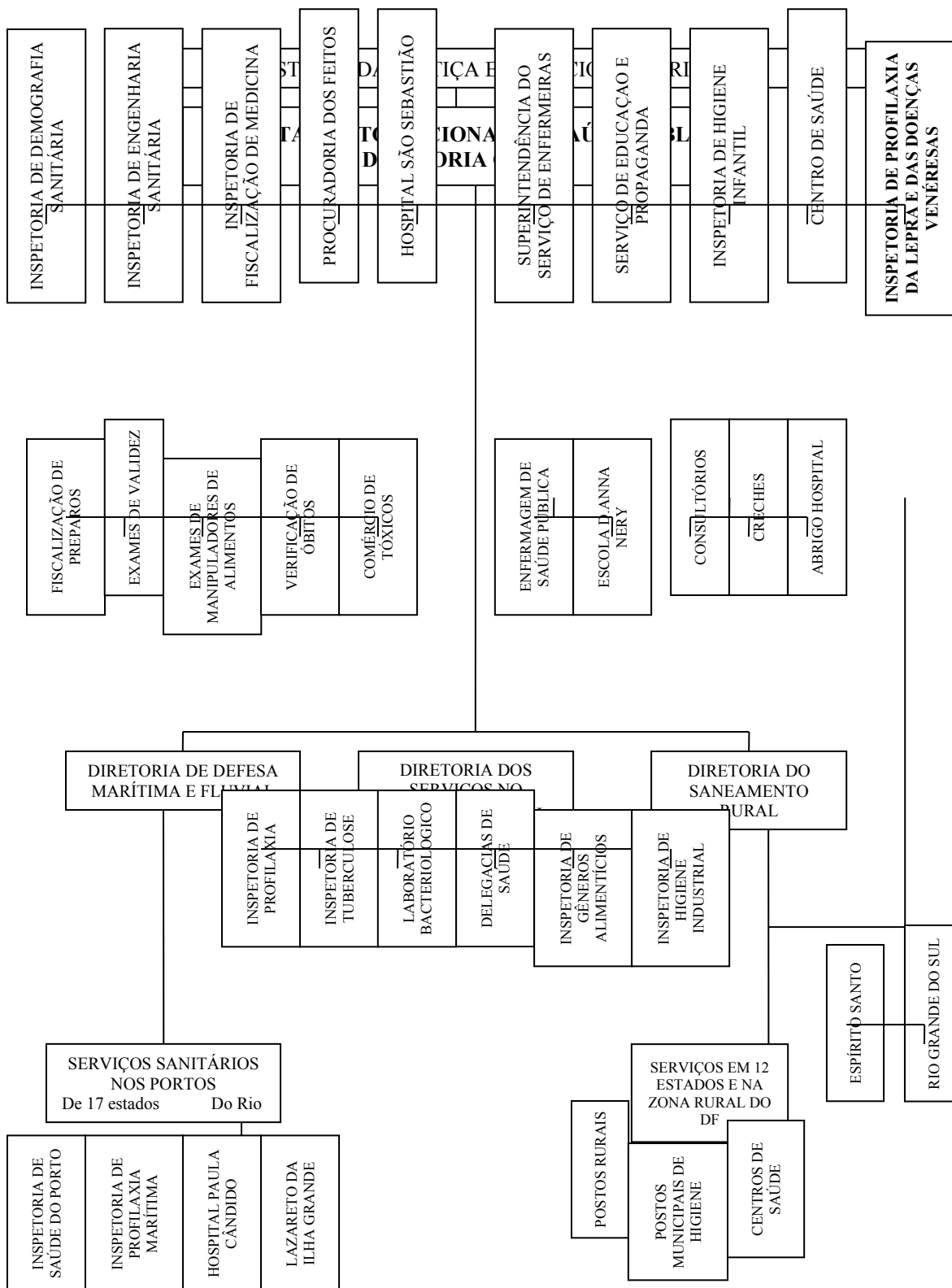
Para realizar essa tarefa é preciso ter um profissional de saúde capacitado, qualificado e motivado. Nesse sentido, o Governo mudou as grades curriculares das faculdades de medicina para que as doenças priorizadas pelo Programa de Saúde da Família tivessem uma atenção especial durante a formação dos futuros médicos. E em fevereiro de 2004 desenvolveu uma política nacional de saúde, criando o Pólo de Educação Permanente, uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores em saúde, agregando aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, resolutividade clínica e promoção de saúde.

Todas essas medidas visam à realização de um objetivo maior, determinado pela Organização Mundial de Saúde, que pretende eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até 2005, em todo o mundo, o que significa ter menos de um caso para cada 10 mil habitantes³⁴³. O Brasil registra atualmente a taxa de prevalência de 1,7 pacientes por 10 mil habitantes, uma das maiores do mundo, ficando apenas atrás da Índia, que tem uma população quase seis vezes maior.³⁴⁴ Essas políticas voltadas para a hanseníase, ampliando e universalizando as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento na rede básica de saúde indicam um primeiro passo do governo brasileiro para tentar atingir a meta, mesmo que num período mais prolongado.

³⁴³ A determinação inicial da OMS era de que se eliminasse a hanseníase como problema de saúde pública em todo o mundo até o ano 2000. Como muitos países não conseguiram atingir essa meta, estendeu-se o prazo por mais cinco anos. No ano de 2004, a taxa de prevalência da doença no Brasil atingiu o índice de 4,5 casos para cada 10 mil habitantes. Cf. MACHADO, Kátia. “Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível?” *Radis*, 2004:27 (Nov) 8-11.

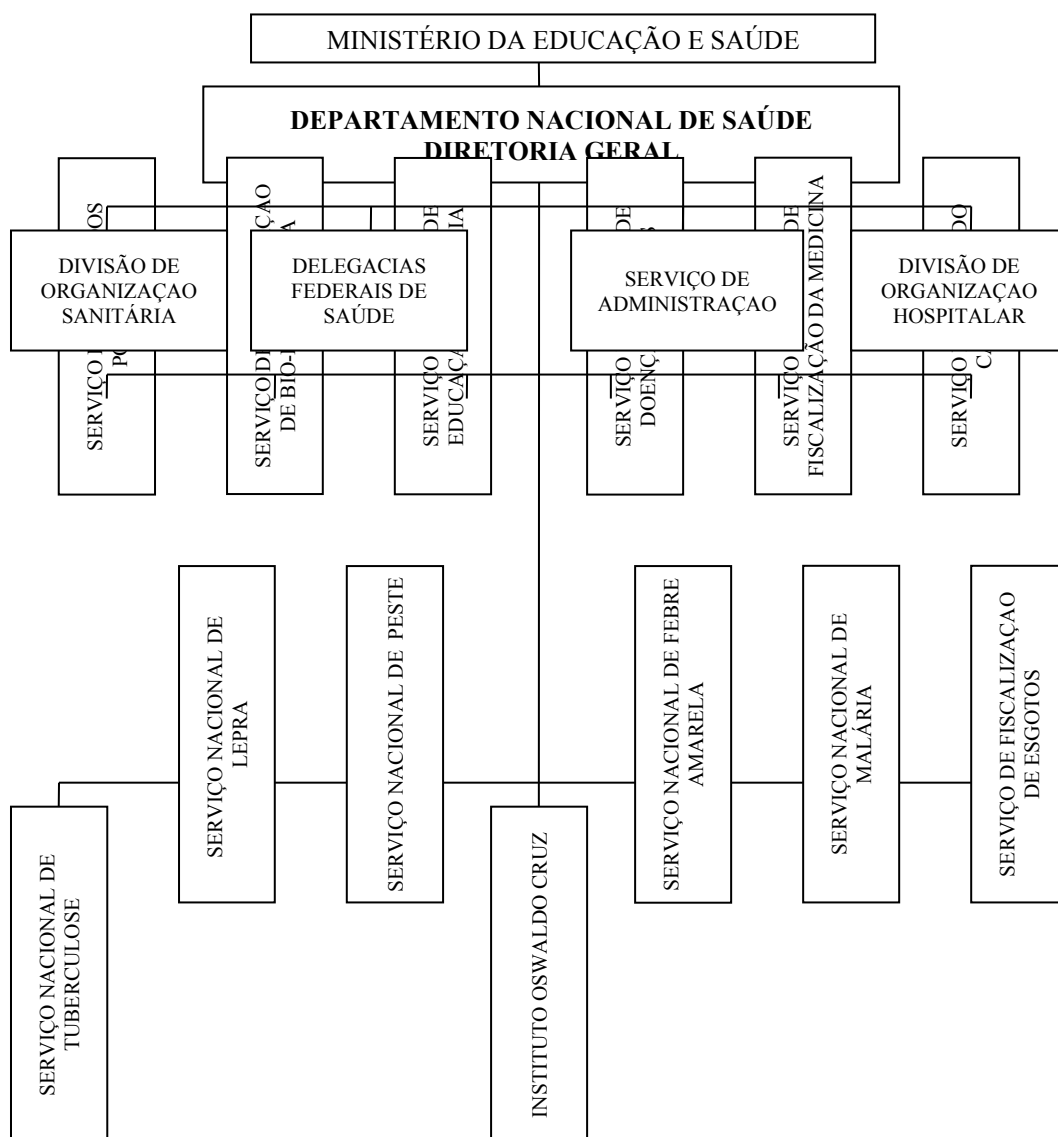
³⁴⁴ Em 2005, retirando do cadastro ativo os pacientes já tratados e curados, a taxa de prevalência passou para 1,7 para cada 10 mil habitantes. Cf. MACHADO, Kátia. “Hanseníase. Uma questão de direitos humanos”. *Radis*, 2005:32 (abril) p. 17.

Anexo I – Organograma do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1928



Fonte: Clementino Fraga. “Introdução ao relatório dos Serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene*, 1928:2 (1) 203-250.

Anexo II – **Estruturação do Departamento Nacional de Saúde em 1942**



Fonte: João de Barros Barreto. “A organização da saúde pública no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (2)169-215.

Anexo III – Plano de construções

ESTADOS	CENS O	NÚMERO DE LEITOS NECESSÁRI S	NÚMERO DE LEPROSÁRI S	NOVAS INSTALAÇÕES			MANUTENÇÃO (XXX)
				1.º ANO	2.º ANO	3.º ANO	A PARTIR DO 4.º ANO
ACRE (X)	400	300	3	138:300\$000	219:300\$000	302:300\$000	300:000\$000
AMAZONAS	1250	660	1	193:000\$000	193:000\$000	193:000\$000	330:000\$000
PARÁ	4000	2600	4	850:000\$000	850:000\$000	850:000\$000	1.300:000\$000
MARANHÃO	1130	680	2	253:000\$000	253:000\$000	253:000\$000	340:000\$000
PIAUI	200	130	1	180:000\$000	65:000\$000	65:000\$000	65:000\$000
CEARÁ	800	558	2	280:000\$000	280:000\$000	280:000\$000	280:000\$000
R. G. NORTE	150	98	1	75:000\$000	50:000\$000	50:000\$000	50:000\$000
PARAÍBA	200	130	1	117:000\$000	117:000\$000	117:000\$000	65:000\$000
PERNAMBUCO	1000	900	2	527:000\$000	527:000\$000	527:000\$000	450:000\$000
ALAGOAS (XX)	100	65	1	180:000\$000	33:000\$000	33:000\$000	33:000\$000
SERGIPE (XX)	?	20	1	40:000\$000	10:000\$000	10:000\$000	10:000\$000
BAHIA	300	195	1	94:000\$000	94:000\$000	94:000\$000	98:000\$000
ESPÍRITO SANTO	451	322	1	153:000\$000	153:000\$000	153:000\$000	161:000\$000
ESTADO DO RIO	295	249	1	193:000\$000	193:000\$000	193:000\$000	120:000\$000
DISTRITOFEDERAL(X)	1569	1000	2	1.360:000\$000	700:000\$000	700:000\$000	700:000\$000
MINAS GERAIS	8693	6980	5	5.200:000\$000	5.200:000\$000	5.200:000\$000	3.490:000\$000
SÃO PAULO	8000	6000	5	750:000\$000	750:000\$000	750:000\$000	3.000:000\$000
PARANÁ	1009	750	1	150:000\$000	150:000\$000	150:000\$000	375:000\$000
SANTA CATARINA	500	350	1	350:000\$000	350:000\$000	350:000\$000	175:000\$000
R. G. SUL	600	408	1	400:000\$000	400:000\$000	400:000\$000	200:000\$000
MATO GROSSO	?	100	1	100:000\$000	100:000\$000	100:000\$000	50:000\$000
TOTAL	30.647	22.486	38	11.583:300\$00 0	10.687:300\$00 0	10.770:300\$00 0	11.592:000\$0

(x) Incluída desde o início a despesa de manutenção.

(xx) Despesas totais de instalação no 1.º Ano. Do segundo em diante metade das despesas de manutenção.

(xxx) Os cálculos de manutenção foram feitos tomando a si o Governo Federal metade das despesas e partindo, de uma maneira geral da base de 1 conto 'per capita', custo médio verificado nos leprosários que já estão funcionando. Essa despesa entretanto, terá de variar de um Estado a outro só podendo ser definitivamente fixada após o 1.º ano de funcionamento dos novos leprosários."

Fonte: BARRETO, João de. **Arquivos de Higiene**, 1935:5 (1) pp. 119-130

FONTES DOCUMENTAIS

Fundos Documentais

Arquivo Gustavo Capanema – CPDOC/FGV

Fundo Pessoal Heráclides César de Souza Araújo – COC/Fiocruz

Fundo Pessoal Belisário Penna – COC/Fiocruz

Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase – COC/Fiocruz.

Fundo Pessoal de Renato Kehl (não organizado) – COC/Fiocruz.

Legislação

BRASIL, Coleção de Leis, 1904, vol. 1, p. 205. Decreto 5.156, de 08 de março de 1904.

BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1. Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920.

BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 2, p. 1157. Decreto nº. 14.189, de 26 de maio de 1920.

BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 3, p. 244. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920.

BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 11. Decreto nº. 19.398, de 11 de novembro de 1930.

BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 15. Decreto nº. 19.402, de 14 de novembro de 1930.

BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 48. Decreto nº. 19.444, de 1.º de dezembro de 1930.

BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 1, p. 3. Decreto nº. 19.560, de 05 de janeiro de 1931.

BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 3, p. 382. Decreto nº. 20.563, de 26 de outubro de 1931.

BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 4, p. 153. Decreto nº. 20.832, de 21 de dezembro de 1931.

BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 4, p. 455. Decreto nº. 20.890, de 30 de dezembro de 1931.

BRASIL, Coleção de Leis, 1933, vol. 4, p. 688. Decreto nº. 23.658, de 28 de dezembro de 1933.

BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, p. 647. Decreto nº. 24.438, de 21 de junho de 1934.

- BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934.
- BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937.
- BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 2, p. 156. Decreto nº. 6.788, de 30 de janeiro de 1941.
- BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 3, p. 7. Decreto-Lei nº. 3.171, de 02 de abril de 1941.
- BRASIL, Coleção de Leis, 1944, vol. 4, p. 236. Decreto nº. 15.484, de 08 de maio de 1944.
- BRASIL, Diário Oficial da União, Lei nº. 610, de 13 de Janeiro de 1949, publicada em 02 de fevereiro de 1949, p. 1513.
- BRASIL, Diário Oficial da União, 29 de julho de 1953, p. 13193. Lei nº. 1.920, de 25 de julho de 1953.
- BRASIL, Diário Oficial da União, 09 de maio de 1962, p. 51134. Decreto nº. 968, de 07 de maio de 1962.
- BRASIL, Diário Oficial da União. Portaria nº. 165/BSB de 14 de maio de 1976, publicada em 16 de maio de 1976, p. 8301.

Anais de Congressos

- Anais do Primeiro Congresso Americano de la Lepra*, Buenos Aires, 1922.
- Anais do III Congresso Brasileiro de Higiene*, São Paulo, 1926.
- Anais do V Congresso Brasileiro de Higiene*, Recife, 1929.
- Anais da Primeira Conferência Nacional de Assistência Social aos Leprosos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.
- Anais da I Conferência Nacional de Saúde*, 1941.
- Anais do Sétimo Congresso Internacional de Leprologia*. Tóquio, 1958.

Artigos e Livros

- “Conclusões da 1ª Conferência Panamericana de Lepra realizada no Rio de Janeiro, em 1922”. *Arquivos Mineiros De Leprologia* 1946:6 (4) 195-197
- AGRÍCOLA, Ernani. “A lepra no Brasil – Resumo histórico”. In: *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (2) 143-155.
- ALEIXO, Antônio. “O isolamento domiciliar e a vigilância sanitária na luta contra a lepra”. *Anais do II Congresso Brasileiro de Higiene*, realizado em Belo Horizonte, em Dezembro de 1924. Tipografia Pimenta de Mello & Cia. 1924 (1) 217

- ARAÚJO, Oscar da Silva. “Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 195-254.
- BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) pp. 119-130.
- _____. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1937:7 (1) 131-146.
- _____. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1938:8 (2) 245-261.
- _____. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133.
- _____. “A organização da saúde pública no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (2) 169-215.
- _____. *O Departamento Nacional de Saúde Pública em 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945.
- [CHAGAS, Carlos. “Primeira Conferência Americana de Lepra. Discurso pronunciado pelo Diretor Geral da Saúde Pública na sessão inaugural da Conferência em 8-10-1922”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1922:12 \(11\) 898.](#)
- CRUZ, Oswaldo. *Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.
- _____. “Uma questão de hygiene social: lepra”. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, nº 211, p. 2, julho de 1913.
- DINIZ, Orestes. “Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil”. In: *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (1) 7-135.
- PENNA, Belisário. “36 anos de lepra”. *Eu sei tudo*, 1926:10 (1).
- _____. “O problema da lepra no Brasil”. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. 1926:98 (9) pp. 211-223
- PUPO, J. Aguiar. “O óleo de Chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (3) 1-9.
- MOTTA, Joaquim. “O problema da lepra no Brasil”. Apresentado ao Congresso Nacional dos Práticos. *Arquivo Brasileiro de Medicina*, 1922:12 (10) 785.
- _____. “Importância do Diagnóstico na Profilaxia da Lepra – Formas atípicas da doença”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 103-118.
- _____. “Aspecto humano e liberal da obra do Professor Rabello”. In: *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. 1940:15 (3)173.
- PARREIRAS, Décio. “Anotações acerca do isolamento nosocomial na lepra. A Colônia do Igua (Estado do Rio)”. *Arquivos de Higiene*, 1937:7 (1) 99-108.
- PORTUGAL, Hildebrando. “A orientação para o tratamento da lepra em dispensários”. *Arquivos de Higiene*, 1936:6 (1) 75-81.
- RABELLO, Eduardo. “Considerações sobre a profilaxia da lepra, das doenças venéreas e do câncer, a propósito do novo regulamento sanitário”. *Correio da Manhã*, 14 e 15 de agosto de 1920.

- _____. “Profilaxia da lepra, do câncer e das doenças venéreas”. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene*. Rio de Janeiro, 1923 (2) pp. 216-224.
- _____. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*. 1926:98 (9) pp. 263-291.
- _____ e AZEVEDO, S. de Barros. “Note sur la statistique de la lèpre au Brésil” In: E. Marchoux. *III Conférence Internationale de la Lèpre*. Strasburg 28 au 31 Juillet 1923. Communications et Débats, Librairie J. B. Bailliére et Fils, Paris, 1924, pp. 89-90.
- _____ e VERNET, Isaac. “Note sur le traitement de la lèpre”. In: E. Marchoux. *III Conférence Internationale de la Lèpre*. Strasburg 28 au 31 Juillet 1923. Communications et Débats, Librairie J. B. Bailliére et Fils, Paris, 1924, pp. 305-314.
- _____ e MOTTA, Joaquim. “Mesures de prophylaxie contre la lèpre au Brésil”. In: E. Marchoux. *III Conférence Internationale de la Lèpre*. Strasburg 28 au 31 Juillet 1923. Communications et Débats, Librairie J. B. Bailliére et Fils, Paris, 1924, pp. 395-373 e 471-483.
- ROTBERG, Abrahão. “A tecnicamente impossível educação sobre a lepra – e uma advertência”. *A carta Hanseníase*, nº 9, março de 1979, p. 05.
- SCHEIDT, Ary. “Profilaxia da Lepra”. *Boletim da Divisão Nacional de Lepra*. 1970:29 (3 e 4) 85-96.
- SILVA, J. Ramos e. “A quimioterapia da lepra, o seu estado atual”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (1) 17-28.
- SOUZA ARAUJO, Heraclides Cesar de. *A Lepra. Modernos estudos sobre seu tratamento e profilaxia*. Propaganda Sanitária. Folheto de 97 pp. Tipografia Instituto Lauro Sodré, Belém, Pará, 1923.
- _____. *Lazarópolis do Prata : A primeira colônia-agrícola de leprosos fundada no Brasil*. Belém: Empresa Gráfica Amazônia, 1924.
- _____. *A lepra. Estudos realizados em 40 países. 1924-1927*. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1929.
- _____. “Plano Geral da Campanha contra a lepra no Brasil”. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, 1933:16 (11) 337-341.
- _____. “Há cinquenta mil leprosos no Brasil!” *Diário Carioca*, 2-2-1935.
- _____. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956.
- VALVERDE, Belmiro. “Estado atual da lepra no Brasil”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1921:11 (9) 702-729.

BIBLIOGRAFIA

- Bíblia Sagrada: Antigo e Novo testamento*. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2ª. Edição. Barueri – SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.
- Inventário Analítico – Gustavo Capanema*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- ARMUS, Diego. “Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción”. In: _____. (ed.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia e enfermedad en la America Latina Moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002, pp. 11-25.
- _____. “Disease in the Historiography of Modern Latin America”. In: _____. (org.). *Disease in the Modern Latin America: from malaria to aids*. EUA: Duke University Press, 2003, pp. 1-24.
- BASALLA, George. “The Spread of Western Science”. *Science* 1967:156 (may) 611-622.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1990.
- _____. e SÁ, Magali Romero. “Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. 2003:10 (supplement 1), 49-93.
- BÉNIAC, Françoise. “O medo da lepra”. In: LE GOFF, Jacques (apres.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s.d., pp. 127-144.
- BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: HUCITEC, 1988.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História social da Tuberculose e do Tuberculoso – 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- BRASIL. *Instituto de Leprologia. Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: MS/Divisão Nacional de Lepra, 1970.
- CARNEIRO, Glauco. *História da Dermatologia no Brasil*. Rio de Janeiro: SBD, 2002, pp 61-66.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. “O pensamento sanitaria na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. In: *DADOS*. Rio de Janeiro, 1985:28 (2) 193-210.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CLARO, Lenita B. Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- COUTINHO, Marília. “Tropical Medicine in Brazil: The Case of Chagas’ Disease”. In: ARMUS, Diego (org.). *Disease in the Modern Latin America: from malaria to aids*. EUA: Duke University Press, 2003, pp. 76-100.
- CURI, Luciano Marcos. “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

- DELUMEAU, Jean. História do medo no Ocidente (1300-1800). São Paulo: Cia. das Letras, 1989, pp. 107-138.
- DIAS, Ivone Marques. “Alguns aspectos sobre a lepra na Idade Média em Portugal”. In: RIBEIRO, Maria Curydice de Barros (org.) *A vida na Idade Média*. Brasília: Editora UnB, 1997, pp. 95-121.
- FAUSTO, Boris. *A revolução de 1930*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.
- _____. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GOMIDE, Leila Regina Scalia. “Órfãos de pais vivos”. A lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceito e segregação. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1991.
- HAMILTON, Wanda e FONSECA, Cristina. “Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953”. *História, Ciência e Saúde: Manguinhos*, 2003:10 (3) 791-825.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.
- _____. “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações”. In: BOMENY, Helena (org). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV/Universidade São Francisco, 2001, pp. 127-151.
- _____. “Cambio político y reformas de la salud publica en Brasil – El Primer Gobierno Vargas, 1930-1945”. *Dynamis*, 25, 2005, pp.199-226.
- _____ e LIMA, Nísia Trindade. “Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República”. In: MAIO, Marcos Chor e VENTURA, Ricardo (eds.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FCBB-Editora Fiocruz, 1996, pp. 23-40.
- _____ e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo”. In GOMES, Angela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.
- _____ e ARMUS, Diego. “Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução”. In: _____ (orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 11-27.
- KEFFER, Luiza. *Índice Bibliográfico de Lepra. 1500-1944*. 3 volumes. São Paulo: Biblioteca de Departamento de Lepra de São Paulo, 1946.
- LIEBAN, R. W. From illness to symbol and symbol to illness. *Social Science & Medicine*, 1992:35 (2) 183-188.
- MACIEL, Laurinda Rosa. *A hanseníase e a saúde pública: a comissão de profilaxia da lepra (1915-1919)*. Mimeog. ANPUH Nacional – 2001 – GT História das Doenças.
- MACIEL, Laurinda Rosa, GALLO, Maria Eugênia N. e MORAIS, Milton Ozório de “Hanseníase: Passado, Presente e Futuro”. *Informe IOC*, 2004: 10 (7) p.3.

- MACHADO, Kátia. “Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível?” *Radis*, 2004:27 (Nov) 8-11.
- MACHADO, Kátia. “Hanseníase. Uma questão de direitos humanos”. *Radis*, 2005:32 (abril) p. 17.
- MARANHÃO, Carlos. *Maldição e glória: a vida e o mundo do escritor Marcos Rey*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá: lutas e ideais*. Rio de Janeiro: PLG-Comunicação, 1980.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social. São Paulo: FFLCH da Universidade de São Paulo, 1995.
- _____. “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo.” In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2003:10 (supplement 1) 95-121.
- OLIVEIRA, Lúcia Lippi. *Elite intelectual e debate político nos anos 30*. Rio de Janeiro: FGV, INL-MEC, 1980.
- _____, VELLOSO, Mônica P. e GOMES, Ângela M. Castro. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982
- PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- QUEIROZ, Marcos de Souza e PUNTEL, Maria Angélica. *A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- RODRIGUES, Bichat de Almeida e ALVES, Amaro Luiz. *Evolução Institucional da Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.
- ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- ROSENBERG, Charles (ed.). “Framing disease: Illness, society and history”. *Explaining epidemics and the other studies in the History of Medicine*. Cambridge, 1992, pp. 305-318.
- SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. Coleção Tudo é História 89. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- SONTAG, Susan. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SOVIERO, D. J. “The Nacionalization of a disease: a paradigm?” *Public Health Reports*. Jul-Aug, 1986. Vol. 101, nº. 4, pp. 399-404.
- TALHARI, Sinésio e NEVES, René Garrido. *Hanseníase*. Manaus, Gráfica Tropical, 3ª. Edição, 1997.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio. *A rebelião popular contra a Vacina Obrigatória*. Série Estudos em Saúde Coletiva 103. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1994.
- TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.
- TRONCA, Ítalo A. “História e Doença: a partitura oculta. (A lepra em São Paulo, 1904-1940)”. In: _____. *Recordar Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1985, pp. 136-143.

_____. As máscaras do medo: lepra e aids. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

_____. “Foucault, a doença e a linguagem delirante da memória”. In: BRESCIANI, Stella, NAXARRA, Márcia (org.). Memória e (res) sentimento: indagações sobre uma questão sensível. Campinas, Editora da Unicamp, 2001, pp. 129-148.

WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. *Reforma administrativa na era de Vargas*. Rio de Janeiro: FGV, 1983.