

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

LUIZ ARTHUR AZEVEDO BARROS

COLÔNIA DE ITANHENGA – A LUTA CONTRA
A LEPRA NO ESPÍRITO SANTO (1934 -1945)

VITÓRIA

2014

LUIZ ARTHUR AZEVEDO BARROS

COLÔNIA DE ITANHENGA – A LUTA CONTRA
A LEPRA NO ESPÍRITO SANTO (1934 -1945)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em História, na área de concentração em História Social das Relações Políticas.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco

VITÓRIA
2014

LUIZ ARTHUR AZEVEDO BARROS

COLÔNIA DE ITANHENGA – A LUTA CONTRA
A LEPRA NO ESPÍRITO SANTO (1934 -1945)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em História, na área de concentração em História Social das Relações Políticas.

Aprovada em.....

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Profa. Dra. Maria da Penha Smarzaró Siqueira
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro interno

Profa. Dra. Patrícia Duarte Deps
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro interno

Profa. Dra. Keila Auxiliadora de Carvalho
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e
Mucurí
Membro externo

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

B277c Barros, Luiz Arthur Azevedo.

Colônia de Itanhenga: a luta contra a lepra no Espírito Santo (1934 -1945) / Luiz Arthur Azevedo Barros. – 2014.
161 f.: il.

Orientador: Sebastião Pimentel Franco.

Dissertação (mestrado em História) - Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

Inclui bibliografias.

1. Política de Saúde – Espírito Santo. 2. Hanseníase – Espírito Santo. 3. Saúde Pública – História – Espírito Santo. I. Franco, Sebastião Pimentel. II. Universidade Federal do Espírito Santo. III. Título.

CDD 614.098152

AGRADECIMENTOS

Finalmente chegou o momento esperado. Escrever estas linhas significa que o trabalho foi concluído, apesar de, muitas vezes, eu ter a sensação de que isso não seria possível. As dificuldades pertinentes à elaboração deste tipo de trabalho foram acrescidas em muito pela distância da família e de casa, situação que me foi imposta por motivos profissionais. Nestas horas é que ficam evidentes a importância da família e dos amigos como pilares fundamentais em nossas vidas.

Agradeço imensamente ao meu orientador professor Sebastião Pimentel Franco por ter acolhido o meu projeto de pesquisa e por ter me guiado com tranquilidade e paciência, apesar das minhas inquietações de iniciante em pesquisas acadêmicas.

Aos professores Márcia Barros Ferreira Rodrigues, Valter Pires Pereira, Michael Alain Soubbotnik, Luiz Cláudio Moisés Ribeiro e Maria da Penha Smarzaró Siqueira com os quais tive a oportunidade de cursar as disciplinas por eles ministradas, agradeço pelas leituras, discussões e ensinamentos recebidos.

Agradeço às professoras Patrícia Duarte Deps e Maria da Penha Smarzaró Siqueira, membros da banca de qualificação, pelos comentários e sugestões que me auxiliaram a manter o rumo desta dissertação.

Agradeço, também, pelo apoio operacional prestado pelas servidoras da secretaria do PPGHIS, em especial à Ivana Ferreira Lorenzoni.

Cabe aqui um agradecimento especial à pesquisadora Laurinda Rosa Maciel, pessoa extraordinária, que tem me auxiliado desde a primeira vez em que eu busquei informações sobre a história da lepra, na Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, quando eu ainda estava na graduação no Rio de Janeiro. Ao ingressar no PPGHIS, voltei a fazer contato com Laurinda que me ajudou em muitos momentos da

elaboração deste trabalho. Uma palavra a define perfeitamente: Generosidade. À Laurinda meu agradecimento e minha amizade.

Como eu disse anteriormente, o suporte dos amigos e da família é indispensável. Por isso, registro aqui os meus agradecimentos aos amigos Esperanza e Márcio, pelos agradáveis e deliciosos momentos de descontração tão importantes para aliviar a mente. Agradeço também de forma muito especial aos amigos-irmãos Nilda e Anselmo pelo apoio de todas as horas e pela convivência de muitos anos.

Finalmente, não tenho palavras suficientes para agradecer à minha família. Aos meus pais pela minha formação como cidadão; à minha esposa e às minhas filhas pelo apoio e o carinho imprescindíveis para que eu enfrentasse este desafio e para que eu pense em continuar, quem sabe, no doutorado.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo analisar como foram elaboradas e executadas as ações, na forma de políticas públicas de saúde, para combater a disseminação da lepra no estado do Espírito Santo, entre 1934-1945. Este período corresponde à gestão de Gustavo Capanema à frente do Ministério da Educação e Saúde, durante o Governo Vargas, quando ocorreu uma grande reestruturação da saúde pública no Brasil, com grande atenção para a eliminação da lepra. A principal ação destas políticas foi o isolamento compulsório dos doentes contaminados pela doença em espaços identificados como leprosários ou colônias agrícolas para leprosos. O foco principal desta pesquisa é identificar e entender os motivos que levaram à decisão pela construção da Colônia de Itanhenga, iniciada em 1935 e concluída em 1937, para receber os leprosos do Espírito Santo, como foram mobilizados os recursos para esta obra e qual foi o envolvimento do interventor federal João Punaro Bley e da sociedade civil neste processo. Para alcançar estes objetivos foram utilizadas diferentes fontes textuais como documentos, cartas e impressos que compõem o arquivo pessoal de Gustavo Capanema (CPDOC/FGV); notícias e matérias veiculadas nos jornais do Rio de Janeiro e do Espírito Santo; livros e artigos da autoria do Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araujo, publicados na revista “Memórias do Instituto Oswaldo Cruz”; mensagens e relatórios governamentais do Espírito Santo.

Palavras-chave: Colônia de Itanhenga, leprosário, lepra, hanseníase, Política Pública de Saúde

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze how they were developed and implemented the actions, in the form of public health policies, to combat the spread of leprosy in the state of Espírito Santo, between 1934-1945. This period corresponds to the management of Gustavo Capanema ahead of the Ministry of Education and Health, during the Vargas Government, when there was a major restructuring of public health in Brazil, with great attention to the elimination of leprosy. The main action of these policies was the compulsory isolation of patients infected by the disease in areas identified as leprosarium or agricultural colonies for lepers. The main focus of this research is to identify and understand the reasons that led to the decision for building the Colony of Itanhenga, started in 1935 and completed in 1937, to receive the lepers of the state of Espírito Santo, how were mobilized resources for this construction and what was the involvement of the federal intervenor João Punaro Bley and civil society in this process. To achieve these goals were used different textual sources such as documents, letters and forms that belong to the personal archive of Gustavo Capanema (FGV/CPDOC); News and articles published in the newspapers of the Rio de Janeiro and Espírito Santo; books and articles by Dr. Heraclides Cesar de Souza Araujo published in the magazine "Memórias do Instituto Oswaldo Cruz"; Government reports and messages of the state of Espírito Santo.

Keywords: Colony of Itanhenga, leprosarium, leprosy, Hansen's disease, Public health policy

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Anúncio publicitário de excursão para assistir a inauguração da Colônia de Itanhenga.....112
- Figura 2 – Notícia oficial da data de inauguração do Leprosário de Itanhenga.....113
- Figura 3 – Registro fotográfico dos discursos proferidos pelo Governador do estado do Espírito Santo, João Punaro Bley (à esquerda), e pelo ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema (à direita), durante a inauguração da Colônia de Itanhenga, em 11 de abril de 1937. Ao centro, vista aérea da Colônia.....114
- Figura 4 – Portal da Colônia de Itanhenga.....115
- Figura 5 – Entrando na Colônia de Itanhenga, no dia da inauguração, em 11 de abril de 1937, da direita para esquerda: ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema; governador do Espírito Santo, capitão João Punaro Bley; chefe do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, Dr. Pedro Fontes.....116
- Figura 6 – Vista da residência do médico diretor, mostrando o portal da Colônia de Itanhenga em primeiro plano, ao fundo o Preventório Alzira Bley e à direita a Granja Eunice Weaver. A entrada da zona doente ficava a 700 metros do portal de entrada117
- Figura 7 – Zona sadia – entrada principal da Colônia, onde se vê a garagem e em seguida o pavilhão da administração. Ao alto, no centro, o pavilhão de diversões; à esquerda os fundos de três pavilhões do tipo “Carville”118
- Figura 8 – Zona sadia - ao centro, o portão que separa a zona sadia da zona intermediária, tendo à direita a central telefônica.....118
- Figura 9 – Zona intermediária – à esquerda, a casa das Irmãs de Caridade com o seu jardim; à direita, prédios de serventia mista.....119
- Figura 10 – Zona intermediária – vista parcial da frente da Colônia mostrando o laranjal em formação.....120
- Figura 11 – Zona doente - portão de entrada mostrando, à direita, a varanda do refeitório geral e, à esquerda, a varanda do pavilhão da policlínica. Ao alto, a avenida central do leprosário.....121
- Figura 12 – Zona doente – vista da cerca que separa o setor feminino, à direita, e o setor masculino, à esquerda.....121
- Figura 13 – Zona doente - rua das casas geminadas para residências para famílias122

Figura 14 – Programação de filmes em cartaz em cinemas do Rio de Janeiro, com a apresentação do filme sobre a Colônia de Itanhenga.....	124
Figura 15 – Vista da frente do Preventório Alzira Bley com um grupo de crianças internadas entre a Irmã Campos, a Superiora, o médico do estabelecimento Dr. Soares, e Alice Monjardim e Lucio Soares, respectivamente presidente e tesoureiro da Sociedade Espírito-santense de Assistência aos Lázaros, instituição mantenedora do Preventório.....	127
Figura 16 – Vista da frente da Granja Eunice Weaver para abrigar meninos, filhos sadios de leprosos, maiores de sete anos.....	128
Figura 17 – Zona doente - parte dos 122 cachos de banana colhidos pelos enfermos. À direita Dr. Zéo, médico diretor do leprosário.....	131
Figura 18 – Zona sadia – engenho de cana de açúcar.....	132
Figura 19 – Preventório Alzira Bley, construído pelo governo do estado do Espírito Santo.....	138
Figura 20 – Irmã responsável pela cozinha é auxiliada por meninas maiores no preparo da alimentação dos internos do Preventório e da Granja.....	139
Figura 21 – Exame periódico nos internos do Preventório realizado pelo dermatologista Dr. Soares.....	139
Figura 22 – Plantação de capim gordura para os animais da Granja.....	142
Figura 23 – Estábulo e pocilga da Granja Eunice Weaver.....	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Plano de construções	84
Quadro 2 – Construção e instalação de leprosários com verba federal	94
Quadro 3 – Construção e instalação de leprosários com verbas da União e dos estados.....	94
Quadro 4 – Resumo da marcha do censo.....	103
Quadro 5 – Progresso do fichamento de leprosos e contatos.....	104
Quadro 6 – Distribuição do custo total de construção da Colônia de Itanhenga	123
Quadro 7 – Movimento geral da Colônia de Itanhenga entre 1937 e 1941	134
Quadro 8 – Naturalidade dos leprosos.....	144

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 CONHECENDO A LEPROSA: BREVE HISTÓRICO	28
1.1 O que é a lepra?	28
1.2 A lepra no mundo	32
1.3 A lepra no Brasil	38
2 A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E AS AÇÕES CONTRA A LEPROSA DURANTE A PRIMEIRA REPÚBLICA	52
2.1 As epidemias e os movimentos higienista e sanitaria	52
2.2 A criação da Diretoria Geral de Saúde Pública	58
2.3 O Departamento Nacional de Saúde Pública	67
2.4 As ações contra a lepra	70
3 O COMBATE À LEPROSA NO GOVERNO VARGAS	77
3.1 Ações durante o Governo Provisório	78
3.2 A gestão de Gustavo Capanema no MESP	81
3.3 A Reforma Capanema	89
4 A LEPROSA NO ESPÍRITO SANTO: A COLÔNIA DE ITANHENGA	96
4.1 As primeiras notícias sobre a lepra	96
4.2 A gestão de Pedro Fontes	101
4.3 A construção da Colônia de Itanhenga	107
4.4 Ações de apoio ao combate à lepra	125
4.5 Visita de inspeção: cinco anos depois	130
4.5.1 Colônia de Itanhenga	131
4.5.2 Preventório Alzira Bley	137
4.5.3 Granja Eunice Weaver	140
4.6 Situação do Serviço de Profilaxia da Lepra em 1942	143
4.7 Relatos de quem viveu na Colônia de Itanhenga	145
CONSIDERAÇÕES FINAIS	149

FONTES	152
REFERÊNCIAS	153
ANEXO 1 - Decreto N° 4.443, de 31 de janeiro de 1934.....	158
ANEXO 2 - Decreto N° 5.967, de 07 de março de 1935	160
ANEXO 3 - Decreto N° 6.049, de 02 de abril de 1935.....	161

INTRODUÇÃO

A história das doenças tem uma forte ligação com os acontecimentos da humanidade. As epidemias ocorridas em qualquer época certamente alteraram o curso da vida no planeta, imprimindo características marcantes ao grupo social na região onde ocorreram. A forma de vivenciar a doença, individual ou coletivamente, está ligada às condições culturais, políticas e socioeconômicas desse grupo, bem como aos recursos científicos e tecnológicos disponíveis para enfrentá-la.

Sobre a relação entre doença e história, afirma Jacques Le Goff:

A doença pertence a história, em primeiro lugar porque não é mais que uma ideia, um certo abstrato numa 'complexa realidade empírica', e porque as doenças são mortais. Onde estão as febres terçãs e quartãs de nossos antepassados? A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades. Desde a Idade Média, o jogo da doença e da saúde joga-se cada vez menos em casa do doente e cada vez mais no palácio da doença, o hospital.¹

A interligação da ciência histórica com outros ramos do conhecimento como, a sociologia, antropologia, psicologia, literatura, ciência política, etc. permite que a doença possa ser analisada sob uma ótica mais ampla, que vai além da descrição de seus sintomas, mecanismos de desenvolvimento e formas de obter a cura. Com esta amplitude, podemos perceber que a doença poderá ganhar ou perder destaque em uma determinada época de uma sociedade, considerando a sua representação social.

Desse modo, como objeto de estudo, a doença possibilita o conhecimento sobre estruturas e mudanças sociais, dinâmica demográfica e de deslocamento populacional, reações societárias, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças, processos

¹ LE GOFF, Jacques. Uma história dramática. In: LE GOFF, Jaques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1991. p. 7-8.

de construção de identidades individuais, constituição de campos de saber e disciplinas.²

As doenças não carregam somente os sintomas físicos, como o mal-estar, a dor, a febre, etc. Mais do que simplesmente a manifestação fisiológica, o que se destaca é a representação, a marca, o estigma que elas podem carregar. A lepra³ é uma dessas doenças e estudá-la implica não somente em entender como se manifesta e como pode ser tratada, mas nos permite também entender as “marcas” por ela deixadas. A lepra é uma doença milenar, mítica e que tem carregado em torno de seu nome um forte estigma ao longo dos séculos.

Em 1874 foi identificado, pelo médico e botânico, Gerhard Hansen, o bacilo *Mycobacterium leprae*, causador da doença. Desde o momento da identificação do bacilo de Hansen (nome dado em homenagem ao citado médico) até meados do século XX muitas foram as dúvidas que surgiram a respeito de sua contaminação, quais medidas para sua prevenção e qual o tratamento mais eficaz para eliminá-la.

O local e a época onde teria surgido a doença no mundo eram, até pouco tempo atrás, muito imprecisos. No entanto, em artigo publicado na Revista Science, em 2005, os pesquisadores Marc Monot e Stewart T. Cole, da Unidade de Genética Molecular Bacteriana, do Instituto Pasteur, na França, unidos a outros pesquisadores de diversos centros de pesquisa em diferentes países, inclusive do Instituto Lauro de Souza Lima, em Bauru, São Paulo, utilizando o método comparativo de genomas, demonstraram que todos os casos existentes de lepra no mundo podem ser atribuídos a uma origem comum que se disseminou através de quatro variações genéticas. Assim, a doença parece ter se originado na África Oriental ou no Oriente Próximo e se espalhado pelo mundo por sucessivas migrações humanas.

² SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p.14

³ O termo “lepra”, “leproso” e seus derivados foram oficialmente proscritos e substituídos pelos termos “hanseníase”, “hanseniano” e seus derivados conforme publicado na Portaria nº 165/Bsb de 14 de maio de 1976, visando a reintegração social do doente e seu tratamento. No entanto, para manter a contextualização com o período estudado, utilizarei os termos “lepra”, “leproso” e seus derivados ao longo desta dissertação.

Provavelmente, a lepra foi introduzida na África Ocidental pelos exploradores, comerciantes ou colonizadores infectados de origem europeia ou do norte da África, ao invés de movimentos migratórios da África Oriental. A lepra foi introduzida no Caribe, no Brasil e em outras partes da América do Sul pelo tráfico de escravos do século XVII proveniente da África Ocidental. A pesquisa internacional também demonstrou que a propagação da doença teve sua origem a partir de um único foco e não de vários focos que ocorreram ao mesmo tempo, conforme hipótese discutida, pois o genoma da bactéria se apresentou conservado em todos os lugares onde a infecção ocorreu.⁴

Existem referências descritas em livros de sua manifestação na Índia e na China, que remetem a 600 a.C. e 300 a.C., respectivamente. Na Grécia, a descrição mais antiga data de 150 a.C. A conquista romana sobre a Europa contribuiu para sua disseminação neste continente e atingiu seu ápice entre os séculos XI e XIII. Finalmente, foi introduzida na América pelos colonizadores europeus. Temos, assim, um panorama que mostra sua presença em todo o mundo.⁵

No Brasil, a lepra chegou através da colonização portuguesa e difundiu-se pelas cidades litorâneas, que funcionavam como centros comerciais, acompanhando as ondas migratórias. No Rio de Janeiro existiam inúmeros doentes no século XVII, sendo motivo de preocupação para as autoridades locais. Durante o século XVIII alguns asilos para leprosos foram construídos no Rio de Janeiro, Recife e Salvador. No início do século XIX, foram construídos em São Paulo os primeiros hospitais destinados a estes doentes, chegando-se ao final de 1883, a 12 cidades com asilos/hospitais para leprosos.⁶

Durante as primeiras décadas do século XX as ações empreendidas para seu controle foram insuficientes para evitar o contágio em grande escala e para aplicar

⁴ Para maiores detalhes ver: Monot et al. On the Origin of Leprosy. Science Magazine 308, 2005. Disponível em: <www.sciencemag.org>. Acesso em: 25 jan. 2014.

⁵ CURI, Luciano Marcos. “**Defender os sãos e consolar os lázaros**”. Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976. 2002. 231f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

⁶ Ibid., p. 74

algum tipo de tratamento aos pacientes portadores da doença.⁷ Com objetivo de exercer maior controle sobre a doença, a partir de 1920 foi criado um serviço específico para a lepra e as doenças venéreas, sendo estabelecida uma legislação própria que determinava o isolamento de todos os doentes de lepra no Brasil.⁸

Em 1934, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, criada em 1920, único órgão federal responsável pela coordenação do combate à lepra, foi desativada em consequência da reforma da saúde pública empreendida por Washington Pires, antes de sua saída do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP.

Somente a partir de 1935 o combate à lepra tornou-se mais efetivo. No ano seguinte ao início da gestão de Gustavo Capanema no MESP foi elaborado e executado pelo Governo Federal, o Plano Nacional de Combate à Lepra, que determinou o planejamento de recursos e gastos necessários para a construção e manutenção de leprosários em todo o Brasil. Este plano foi executado até 1945, quando ocorreu o fim do Estado Novo.

Dentro deste contexto, surgem alguns questionamentos que tornam este trabalho um estudo de caso bastante peculiar para o estado do Espírito Santo: por que foi decidido construir uma colônia para leprosos no estado? Como ocorreu a liberação de recursos para a execução do projeto de construção? Qual foi a participação e o interesse do interventor do estado João Punaro Bley neste processo? Houve mobilização por parte da sociedade civil? Como funcionava esta colônia? Qual era a equipe que atuava nela? Qual foi o tratamento aplicado aos internos?

Sobre o tema lepra existe uma razoável produção de dissertações e teses, apresentadas e defendidas nos programas de pós-graduação de instituições brasileiras de ensino e de pesquisa, abordando questões de âmbito geral e local.

⁷ Devemos considerar que nas décadas de 1920 e 1930 o tratamento químico ainda não existia e o terapêutico estava se firmando, como será visto no decorrer do trabalho.

⁸ A reforma na saúde ocorrida em 1930 foi mais ampla, direcionada não somente à lepra.

Para a elaboração desta dissertação, três trabalhos se apresentaram como relevantes em função dos temas abordados e dos seus recortes temporais: “Defender os sãos e consolar os lázaros: lepra e isolamento no Brasil 1936/1976”, de Luciano Marcos Curi⁹; “O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à Lepra no Brasil (1920–1941)”, de Vivian da Silva Cunha¹⁰; e “Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate a lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934–1945)”, de Vicente Saul Moreira dos Santos.¹¹

O primeiro trabalho aborda o momento da história em que o leproso era visto e tratado de modo muito diverso daquele praticado atualmente. No primeiro capítulo o autor situa a lepra no imaginário social, fazendo uma reflexão sobre alguns conceitos e temas considerados fundamentais para o tratamento deste tema. Os dois outros capítulos recuperam a história do isolamento dos leprosos no Brasil durante o século XX, dando ênfase aos discursos que produziram tal prática.

No segundo trabalho a autora analisa as políticas estatais de combate à lepra no período 1920-1941, tendo como foco principal o debate sobre as ações em torno do isolamento compulsório dos doentes. No primeiro capítulo é discutido o nascimento do estigma da lepra no imaginário popular sendo este, fortemente impregnado de representações vivas até a atualidade. No segundo capítulo, são apresentadas as ações que partiram do Governo Federal durante a década de 1920, e no capítulo seguinte são apresentadas as ações que foram empreendidas durante o Governo Vargas, no período que vai de 1930 a 1941, quando ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde.

O terceiro trabalho tem como discussão principal a atuação do poder público e das entidades filantrópicas para combater a lepra. No primeiro capítulo, o autor faz

⁹ CURI, 2002.

¹⁰ CUNHA, Vivian da Silva. **Do isolamento compulsório em questão**. Políticas de combate à lepra no Brasil. (1920-1941). 2005. 142f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

¹¹ SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. **Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate a lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945)**. 2006. 163f. Dissertação (Mestrado em História) –

uma retrospectiva das políticas de saúde pública criadas durante a Primeira República (1889-1930). No segundo capítulo, apresenta como se deu a relação entre o Governo Federal e as Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Por último, o trabalho discute a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 1930, como ocorreu a transição para Ministério da Educação e Saúde (MES), sob a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945), e quais foram as ações definidas e executadas para controlar a lepra no país.

Para facilitar o entendimento de como ocorreu a organização da saúde pública durante o Governo Vargas, o trabalho de Cristina M. Oliveira Fonseca¹² torna-se uma indispensável obra de referência. A autora apresenta o debate existente entre as políticas de medicina previdenciária e de saúde pública, representadas respectivamente pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Fonseca deixa claro que o objetivo do Governo Vargas era a consolidação de um Estado Nacional, centralizador e intervencionista, que tinha como objetivo atender as necessidades da população urbana e rural, no tocante a saúde. Mostra também que os conflitos e disputas políticas afetaram diretamente a criação do MESP e, posteriormente ao desempenho do Ministério da Educação e Saúde (MES), na implantação de um projeto de saúde de ordem nacional.

Não foi possível encontrar referências, seja em forma de livro ou trabalho acadêmico, que apresente uma abordagem histórica sobre a lepra no estado do Espírito Santo. Contudo, podem ser citados três trabalhos que discutem as políticas públicas de saúde dentro do corte cronológico desta pesquisa.

O primeiro deles é o livro de Sebastião Cabral¹³, editado *post-mortem*, onde é apresentado um painel, que vai do período colonial até a década de 1970, da

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

¹² FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945):** dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

¹³ CABRAL, Sebastião. **Saúde pública no Espírito Santo:** da colônia aos dias atuais. Vitória: Ed. Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo, 1992.

história da saúde pública no Espírito Santo. Apesar de fazer uma apresentação sucinta dos períodos trabalhados, o autor cita decretos municipais, estaduais e federais que podem ser utilizados como fontes de pesquisa para esta dissertação.

Marinete Simões Graziotti¹⁴ analisa as políticas públicas do Governo Vargas direcionadas para o Espírito Santo, entre 1930 e 1945. Seu trabalho está baseado na questão da pobreza e da exclusão social existente no estado. Desta forma, a autora considera que as políticas públicas de educação, saúde e assistência social foram direcionadas, principalmente, aos excluídos do Espírito Santo.

Maria Zilma Rios¹⁵ apresenta em seu trabalho a trajetória do Sanatório Getúlio Vargas e a sua importância no combate à tuberculose no Espírito Santo. As políticas públicas de saúde implementadas no Governo Vargas são discutidas considerando a centralização das decisões, dentro de um projeto nacional, que resultou em um sistema assistencialista e previdenciário no Brasil.

Sobre os desdobramentos políticos decorrentes da Revolução de 1930, no Espírito Santo, temos a análise de Fernando Achiamé¹⁶ colocando em discussão as questões sobre continuidade e ruptura, utilizando-se dos conceitos apresentados por Gramsci. O capítulo inicial de seu trabalho está dedicado à apresentação da formação do estado do Espírito Santo e da situação em que se encontrava no momento da Revolução de 1930. A seguir, Achiamé analisa como se deu a consolidação da interventoria no estado dentro do jogo de forças políticas existentes objetivando sustentar a revolução instaurada. Na sequência, ele analisa como a oligarquia local se relacionou com o interventor e como ambos se relacionaram com o governo Vargas. Ainda neste capítulo, o autor analisa as ações do governo Bley

¹⁴ GRAZZIOTTI, Marinete Simões. **Dever do estado e direito do cidadão: as políticas públicas no governo varguista no Espírito Santo (1930-1945)**. 2006. 162f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

¹⁵ RIOS, Maria Zilma. **Sanatório Getúlio Vargas: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967)**. 2009. 148f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

¹⁶ ACHIAMÉ, Fernando. **O Espírito Santo na Era Vargas (1930-1937)**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

no campo social (educação, saúde, assistência social), seguindo as orientações do governo federal.

O Governo Vargas foi, reconhecidamente, um período de grandes transformações na sociedade brasileira. As atenções foram dirigidas para o trabalho, educação e saúde como pontos importantes do projeto de reorganização do Estado brasileiro.

Em um cenário de constantes mudanças, em que as normas institucionais eram feitas e refeitas, a política de saúde pública, constituiu-se também como um problema público, e sendo alvo da ação política, passou igualmente por significativas alterações. (...) Por isso sua trajetória deve ser acompanhada *pari passu* aos contextos políticos específicos que caracterizaram o período – o Governo Provisório, o regime constitucional e o Estado Novo.¹⁷

A definição de um plano nacional para combater uma doença de forte expressão, como a lepra, determinou ações, centralizadas e impostas, à sociedade civil e a própria comunidade científica. Dentro desta visão, o isolamento se apresentava como uma ação higienista de combate à uma doença transmissível da qual não se tinha o conhecimento necessário para eliminá-la; é um espaço de segregação. Desta forma, o leprosário se apresentava como parte de um projeto que desejava constituir uma sociedade disciplinada e controlada.¹⁸

Nesse sentido, Foucault se apresenta como referencial teórico adequado para fundamentar as relações de poder do Estado e das instituições sobre os corpos (indivíduos).

Os historiadores vêm abordando a história do corpo há muito tempo. Estudaram-no no campo de uma demografia ou de uma patologia históricas; encararam-no como sede de necessidades e de apetites, como lugar de processos fisiológicos e de metabolismos, como alvos de ataques

¹⁷ FONSECA, 2007, p. 17-18.

¹⁸ É importante considerar que o conhecimento médico que existia sobre a doença estava de acordo com este pensamento, bem como a existência dos leprosários ser uma estratégia definida e referendada pela comunidade internacional inclusive, onde nos fóruns o Brasil era país cooperante.

microbianos ou de vírus: (...) Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. (...) Quer dizer que pode haver um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo. (...) Trata-se de alguma maneira de uma microfísica do poder posta em jogo pelos aparelhos e instituições, mas cujo campo de validade se coloca de algum modo entre esses grandes funcionamentos e os próprios corpos com sua materialidade e suas forças.¹⁹

Analisando o nascimento da medicina social, Foucault comenta os modelos de organização médica que foram aplicados à lepra e à peste, durante a Idade Média e como estes modelos foram aperfeiçoados para a medicina urbana:

[...] Houve fundamentalmente dois grandes modelos de organização médica na história ocidental: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste. Na Idade Média, o leproso era alguém que, logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros. O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão. O próprio internamento dos loucos, malfeitores, etc., em meados do século XVII, obedece ainda a esse esquema. Em compensação, existe um outro grande esquema político-médico que foi estabelecido, não mais contra a lepra, mas contra a peste. Neste caso, a medicina não exclui, não expulsa em uma região negra e confusa. O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos. [...] A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização, etc., não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve sobretudo na França.²⁰

¹⁹ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 39.ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 28.

²⁰ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25.ed. São Paulo: Graal, 2012. p. 156-157.

Desta forma, a análise de Foucault confirma que o isolamento compulsório de leprosos em colônias (leprosários) foi durante muitos anos a forma de controlar e vigiar a doença.

Para não ser retirado do seu lar, interromper o seu projeto de vida e para não ser encaminhado a um leprosário, por vezes, uma pessoa que apresentasse algum sintoma característico da doença, mantinha o sigilo, evitando sua exposição e a consequente divulgação do seu estado de saúde. Além disso, os antigos mitos, envolvendo a lepra e o leproso, criaram um forte estigma afetando diretamente o doente e seus familiares.

A conceituação do termo estigma, neste caso, será mais específica do que aquela que é fornecida pelo dicionário da língua portuguesa: “Marca ou cicatriz deixada por ferida; sinal natural do corpo”.²¹ A lepra é uma doença que deixa marcas permanentes em seus portadores, se não for tratada a tempo: transformações faciais, manchas na pele, caroços pelo corpo, atrofia das mãos e dos pés. Ao estudar o estigma decorrente das características físicas de uma pessoa e as implicações nas suas relações sociais, Erving Goffman aponta que:

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso.²²

Assim, Goffman mostra que os atributos de um indivíduo serão utilizados para a sua classificação na sociedade, mas que, ao mesmo tempo, estas características não serão suficientes. De alguma forma, elas trarão uma representação social, serão representadas por uma metáfora.

²¹ Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br>. Acesso em: 15 mai. 2013.

²² GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975. p. 13.

Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos do estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original.²³

O objetivo desta dissertação é analisar e compreender como foram elaboradas e executadas as políticas públicas de saúde para o combater a lepra nos estados brasileiros, em particular no Espírito Santo, durante o Governo Vargas. Diante de tantas disputas pelo poder no período pós-1930 nos quadros do governo, o recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), durante a fase de sua estruturação, não ficaria isento desta condição. De forma mais específica, deseja-se conhecer como se deu o projeto e a construção da Colônia de Itanhenga – leprosário modelo – seguindo as orientações da Política Nacional de Combate a Lepra.

O corte cronológico a ser trabalhado está delimitado entre os anos de 1934 e 1945, período em que Gustavo Capanema ocupou o cargo de Ministro da Educação e Saúde. A escolha deste período corresponde a um divisor de águas nas ações do governo federal com relação à saúde pública no Brasil e com relação a lepra, quando as ações coordenadas por Gustavo Capanema foram muito amplas. Porém, para facilitar a compreensão de como foram construídas as políticas contra à lepra no durante o Governo Vargas, foi feito um recuo até o período colonial brasileiro quando ocorreram as primeiras ocorrências da lepra e as primeiras tentativas para impedir o seu avanço.

Para a elaboração desta dissertação, foram utilizadas fontes textuais (documentos, cartas, impressos) que compõem o arquivo pessoal de Gustavo Capanema, pertencentes ao acervo do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – CPDOC/FGV. Neste arquivo pessoal existe

²³ GOFFMAN, 1975, p. 15.

também material fotográfico com o registro da solenidade de inauguração da Colônia de Itanhenga, de suas dependências e da presença de autoridades que participaram do evento.²⁴

As fontes principais deste trabalho estão centralizadas no material produzido pelo Dr. Heráclides Cezar de Souza-Araujo, editados na forma de livros ou de artigos publicados na revista *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Sobre a Colônia de Itanhenga, especificamente, foi trabalhado o artigo “A lepra no Espírito Santo e sua prophylaxia: a “Colônia de Itanhenga”²⁵, com informações sobre o censo realizado no estado pelo Dr. Pedro Fontes, e detalhes sobre o projeto, construção e inauguração da instituição, e o livro “Colônia de Itanhenga: Preventório Alzira Bley, Granja Eunice Weaver”²⁶ que foi escrito como resultado de uma visitação de avaliação à Itanhenga e seus anexos, cinco anos depois de sua inauguração.

Serão utilizadas, ainda, notícias e matérias sobre a lepra no Espírito Santo e sobre a construção e inauguração da Colônia de Itanhenga que foram veiculadas nos jornais do Espírito Santo e do Rio de Janeiro. Outro acervo valioso é formado pelos relatórios e mensagens governamentais disponíveis no Arquivo Público do Espírito Santo.

Quanto à metodologia, as fontes serão analisadas considerando os pressupostos da análise histórica com o objetivo de relacionar o texto e o contexto em que se passa uma ação para uma adequada compreensão do problema a ser trabalhado.²⁷ Daí a importância de não utilizar somente documentos ditos “oficiais” para a pesquisa, mas também a correspondência pessoal, os periódicos populares e

²⁴ Existe o mesmo tipo de material no arquivo pessoal de Gustavo Capanema para as outras colônias que foram criadas neste período.

²⁵ SOUZA-ARAUJO, Heraclides Cesar de. A lepra no Espírito Santo e sua prophylaxia: A “Colônia de Itanhenga” – Leprosário modelo. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**. 1937b, vol.32, n.4, pp.551-605. ISSN 0074-0276.

²⁶ SOUZA-ARAUJO, Heraclides Cesar de. **Colônia de Itanhenga**: Preventório Alzira Bley, Granja Eunice Weaver. Rio de Janeiro: Gráfica Milone, 1942.

²⁷ CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. História e análise de textos In: _____ (Org.). **Domínios da história**: ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p.375-399.

as anotações sem o cunho oficial que auxiliarão na leitura mais detalhado do momento analisado.

Este trabalho foi desenvolvido em quatro capítulos. No primeiro capítulo será apresentada uma breve descrição técnica sobre o que é a lepra, como se manifesta e qual o seu tratamento. Estas informações foram extraídas do site World Health Organization (Organização Mundial de Saúde) e de um guia, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2002, dirigido aos profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família. Este documento faz parte do compromisso assumido pelo país, em 1991, em reduzir o número de casos de hanseníase a um coeficiente de prevalência de menos de um doente em cada 10 mil habitantes. A seguir, será apresentado um pequeno histórico da lepra no mundo e no Brasil, com suas possíveis origens, diferentes denominações, disseminação e como foi tratada durante os períodos colonial e imperial.

O segundo capítulo apresentará como a saúde pública no Brasil foi organizada a partir das grandes epidemias que ocorreram no final do século XIX e início do século XX. Durante a Primeira República (1889-1930), os debates travados entre higienistas e sanitaristas se materializaram em diversas reformas resultando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão sob o controle do Governo Federal, que trouxe nova configuração às políticas de saúde voltadas para as endemias, no interior do Brasil, incluindo a lepra.

O terceiro capítulo discutirá as mudanças que ocorreram na área da saúde pública após a Revolução de 1930. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) deu início ao período de institucionalização da saúde no Brasil, atuando como órgão centralizador. Ao assumir o MESP entre 1934 e 1945, Gustavo Capanema imprimiu novo direcionamento às políticas de saúde, principalmente no que diz respeito ao combate à lepra.

O quarto capítulo apresentará a ocorrência da lepra no Espírito Santo e quais ações foram executadas para combatê-la. Até 1927, o estado do Espírito Santo era tido como isento de casos de lepra, onde a doença ainda não tinha sido identificada

como endêmica. A chegada do Dr. Pedro Fontes ao Espírito Santo para chefiar o Serviço de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas mudou totalmente este panorama. Após percorrer o estado executando minucioso recenseamento, ele demonstrou que a quantidade de pessoas que apresentava a doença era muito superior ao que tinha sido notificado até aquele momento. A partir daí, foram empreendidos esforços para controlar a situação que culminaram com a decisão pela construção da Colônia de Itanhenga, inaugurada em caráter definitivo em 1937. Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os detalhes da construção deste leprosário e de sua operacionalização.

1 CONHECENDO A LEPRA: BREVE HISTÓRICO

1.1 O que é a lepra?²⁸

A lepra ou hanseníase,²⁹ como é oficialmente denominada no Brasil desde a década de 1970, é uma doença infectocontagiosa crônica de evolução lenta e que se manifesta através de lesões na pele e nos nervos periféricos, sendo as mãos, pés e olhos as partes do corpo que são mais atingidas.

A consequência principal do comprometimento dos nervos periféricos é a possibilidade de provocar incapacidades físicas que podem evoluir para deformidades permanentes. Estas incapacidades e deformidades prejudicam o desempenho profissional, limitam a vida social e geram problemas psicológicos. Estas características são responsáveis, também, pelo estigma e preconceito pela doença.

A hanseníase é causada pela *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, como ficou conhecido o agente causador da hanseníase em homenagem ao médico e botânico norueguês Gerhard Henrik Armaeur Hansen que o visualizou em 1874. Após a instalação no organismo de uma pessoa infectada, o bacilo se multiplica lentamente e o período de incubação da doença é em torno de 5 anos e os sintomas podem demorar até 20 anos para aparecer.

Ainda é desconhecido qual é o exato mecanismo de transmissão da doença. No entanto, as duas formas, usualmente consideradas, de entrada da doença no corpo humano são a pele e o trato respiratório superior. Em 1977, em experiência com camundongos foi possível transmitir com sucesso a bactéria através de

²⁸ A elaboração deste item foi baseada nas informações que constam no site da World Health Organization (www.who.int/en/) e do “Guia para o controle da hanseníase”, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2002. Também foram utilizados outros textos auxiliares.

²⁹ Nesta dissertação para manter a contextualização com o período estudado, serão utilizados os termos “lepra” e seus derivados. Porém, neste tópico, especificamente, será utilizado o termo “hanseníase” por se tratar de informações técnicas sobre a doença.

aerossóis, simulando a possibilidade de contato entre humanos. Apesar disto, outras formas de contágio não podem ser descartadas.

A hanseníase pode atingir pessoas de ambos os sexos e de todas as idades variando desde a primeira infância até a idade mais avançada. O caso da doença mais jovem relatado foi em um bebê de dois meses e meio com diagnóstico comprovado por meio de exame histopatológico.³⁰

Embora a hanseníase afete a ambos os sexos, ocorre em muitas partes do mundo uma frequência maior em homens do que em mulheres, na proporção de 2:1. Essa preponderância é observada em países como a Índia, Filipinas, Havaí, Venezuela e República dos Camarões. Porém, esta frequência não é universal existindo áreas onde não há ocorrência igual para os dois sexos ou, até mesmo, com uma prevalência maior para o sexo feminino. Estas situações foram observadas em Uganda, Nigéria, Malawi, Gâmbia, Zâmbia, Tailândia e Japão.³¹

O diagnóstico da hanseníase é feito comumente com a observação dos sinais e sintomas clínicos, que poderão ser facilmente identificados por qualquer profissional de saúde que tenha recebido algum treinamento básico sobre o assunto. Somente em casos raros é que serão necessários exames em laboratório e outras investigações para confirmar a doença.

Em uma região endêmica, uma pessoa para ser considerada como doente da hanseníase deverá apresentar um dos seguintes sinais cardinais:

- Lesão de pele compatível com a hanseníase e com a perda de sensibilidade, com ou sem nervos engrossados;
- Baciloscopia positiva.

A hanseníase manifesta-se através de lesões de pele com diminuição ou ausência de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa. As lesões mais comuns são:

³⁰ Leprosy transmission - World Health Organization.

Disponível em: <<http://www.who.int/lep/transmission/en/>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

³¹ Ibid.

manchas pigmentares ou discrômicas; placas, onde a lesão se estende por vários centímetros; infiltração, que corresponde ao aumento da espessura e consistência da pele; ou nódulos, que é uma lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 centímetros de tamanho. Essas lesões podem estar localizadas em qualquer parte do corpo e podem, também, ocorrer na mucosa nasal e na cavidade oral. Contudo, podem estar com maior frequência na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas. Os sintomas que acompanham as lesões são: área de pele seca e com falta de suor; sensação de formigamento; dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas; diminuição da força dos músculos das mãos, pés e face; febre, edemas e dor nas articulações; entupimento, sangramento, ferida e ressecamento do nariz.

Existem pessoas que mesmo contraindo a doença apresentam uma boa resistência ao bacilo. Estas fazem parte do grupo paucibacilar, contendo um pequeno número de bacilos no organismo, não sendo por esse motivo consideradas como fonte de transmissão da doença; possuem até cinco lesões na pele e/ou apenas um tronco nervoso comprometido. Algumas pessoas desse grupo podem até curar-se espontaneamente. Por outro lado, existe um número menor de pessoas que não apresentam uma boa resistência ao bacilo, que se multiplica no organismo infectado em grande quantidade, constituindo o grupo multibacilar transformando-se em fonte de manutenção da cadeia epidemiológica da doença. São os casos com mais de cinco lesões na pele e/ou mais de um tronco nervoso comprometido.

As formas clínicas da hanseníase reconhecidas no Brasil foram definidas no Congresso de Madri, em 1953. Segundo Araújo³² podem apresentar as seguintes características:

Hanseníase indeterminada (HI) – é considerada a primeira manifestação clínica da doença, podendo evoluir para cura ou para outra forma clínica, após alguns meses ou em até cinco anos, recebendo a classificação de paucibacilar. Ocorrem manchas hipocrômicas, com alteração da sensibilidade e que pode evoluir

³² ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Jun 2003, vol.36, n.3, p.373-382. ISSN 0037-8682.

para a hipoestesia na pele. As lesões aparecem em pequeno número, localizadas em qualquer área da pele;

Hanseníase tuberculóide (HT) – apresenta baciloscopia negativa, pertencendo ao grupo paucibacilar. As lesões são bem delimitadas e em número reduzido, distribuídas de forma assimétrica e anestésicas. Ocorre espessamento do tronco nervoso e dano neural precoce e grave;

Hanseníase virchowiana (HV) – apresenta baciloscopia fortemente positiva tornando-se importante foco infeccioso nos casos não tratados. É a forma mais grave e invasiva da doença caracterizada pela infiltração progressiva da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, fígado e baço. Seus sintomas precoces são a obstrução nasal e edema dos membros inferiores. Causa deformações faciais formando o quadro conhecido como fácies leonina;

Hanseníase dimorfa (HD) – devido a sua instabilidade imunológica, apresenta grande variação em suas manifestações clínicas, seja na pele ou nos nervos. As lesões ocorrem em grande quantidade e a forma mescla os aspectos da HV e HT, com o predomínio ou não de um dos tipos. As lesões neurais são precoces e resultam, geralmente, em incapacidade física.

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo e para interromper a cadeia de transmissão da doença. Atualmente, o tratamento específico indicado pelo Ministério da Saúde e padronizado pela Organização Mundial de Saúde é a poliquimioterapia (PQT), que elimina o bacilo evitando a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades causadas por ela e levando o paciente à cura. Desta forma, logo que o tratamento é iniciado o risco de contaminação desaparece.

Os medicamentos que compõem a poliquimioterapia são: rifampicina, dapsona e clofazimina. Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre com frequência quando é utilizado apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. A dose de cada medicamento a ser administrada

dependerá se o paciente é uma criança (10 a 14 anos) ou se é um adulto e se este foi classificado como paucibacilar ou multibacilar. A administração da dose deve ser a mais regular possível dentro do ciclo de 28 dias. O tempo de tratamento será de 6 meses para os casos paucibacilares, e de 12 meses para os multibacilares.

A detecção precoce de novos casos e o tratamento com a poliquimioterapia são as principais estratégias empregadas para reduzir o avanço da hanseníase. Em 2012 as estatísticas globais mostraram que menos de 20 países relataram surgimento superior a 1000 novos casos, indicando que a doença está limitada a um pequeno número de países. A meta para 2015, conforme a estratégia global definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é reduzir os novos casos com deformidade visível ou com grau de incapacidade 2 em 35% da taxa de 2010.

Segundo o Registro Epidemiológico Semanal, publicado pela OMS³³, no Brasil, foram detectados 38.410 novos casos de hanseníase em 2005, enquanto que em 2012 foram detectados 33.303 novos casos, representando uma redução de 13,3%. Apesar desta redução, o Brasil ainda ocupa a segunda posição entre os 115 países e territórios que registraram prevalência da doença no final do terceiro trimestre de 2013.

1.2 A lepra no mundo

A lepra é mencionada em antigos documentos de velhas civilizações com nomes diferentes. Nos Vedas a lepra aparece como *Kushtka*. Os Persas a conheciam por *Zind*, *Preso Piso* e *Pisaga*. Na China, uma doença com o nome *Lai-fon* identifica a lepra. Aristóteles menciona uma doença com características da lepra com o nome de *Satyríasis*.³⁴

³³ Weekly epidemiological record, 30 august 2013, 88th year – World Health Organization. Disponível em <<http://www.who.int/wer>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

³⁴ AGRICOLA, Ernani. A lepra no Brasil – resumo histórico. In: **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (DNS/SNL), 1960. p. 11-29.

Nos textos do Antigo Testamento era utilizado o termo *tsara'ath*, que significava de forma genérica, sujeira, impureza moral e espiritual do corpo. Este termo englobava a desonra física, a menstruação, o contato com falecidos, a violação de tabus religiosos, além de doenças de pele com a produção de manchas. Todos estes casos eram vistos como impurezas da alma e do corpo e, como tais, deveriam receber como punição a segregação social. No ano 300 a.C. este termo foi traduzido do hebraico para o grego como *lepra*. Assim, o estigma relacionado a lepra nasceu do significado da impureza religiosa. A repulsa não se dava especificamente pela doença, mas sim pelo temor da degradação física e, conseqüentemente, pela explícita declaração de imoralidade do doente.³⁵

Na Europa, a doença se difundiu a partir dos focos existentes no Oriente Próximo através da expansão do Império Romano. Por volta de 350 a 375 d.C. a lepra se tornou muito frequente na Gália e se apresentou de forma endêmica no restante da Europa, três ou quatro séculos à frente. A endemia alcançou altos níveis entre os anos de 1300-1310.³⁶

Durante a Idade Média um leproso era expulso de sua casa depois de passar por um ritual fúnebre, onde era levado a uma igreja em uma procissão que cantava a sua morte. Ao chegar à igreja, era celebrada uma missa e o padre, em dado momento, colocava terra retirada do cemitério em sua testa. Este ato simbolizava que o ele estaria morto para sociedade e, a partir daquele momento, sua nova morada passaria a ser uma leprosaria dentre as numerosas que existiam na Europa.³⁷

Em torno da lepra muitas lendas foram construídas. Podemos verificar que em alguns trechos da Bíblia as descrições existentes não correspondem aos sintomas da hanseníase, apesar de estarem identificadas como tal. No Levítico, terceiro livro do Pentateuco, que narra o sistema de leis utilizado para governar

³⁵ CUNHA, 2005, p. 11.

³⁶ BÉNIAC, Françoise. O medo da lepra. In: LE GOFF, Jaques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1991. p. 127-145.

³⁷ Ibid., p. 139-140.

Israel em sua vida religiosa e civil a lepra não aparece somente nos corpos das pessoas, mas também nos objetos de uso pessoal, nas vestes, nas casas, sendo indicadas as formas de tratamento. Em diversos trechos existentes na Bíblia o que pode ser verificado é que a palavra lepra está associada a uma série de doenças de pele, misturadas a algumas situações de impurezas rituais, em que nada se relacionam com a atual hanseníase.³⁸

A cristandade reelaborou em alguns aspectos o antigo preceito do Levítico que legislava sobre o impuro, que o tornava excluído, expulso, e ficava notória a sua condição, já que a doença deveria ser divulgada. Tal condição deveria ser visual através da roupa destinada ao leproso, bem como pelo sinal sonoro que deveria ser emitido ao utilizar algum instrumento ruidoso. O leproso anunciava ou sinalizava sua chegada à coletividade porque ele era um “inconveniente”, um “indesejado”. Entretanto, as pessoas ao ouvirem sua matraca já sabiam o que elas deveriam fazer: demonstrar compaixão com aquele que estava condenado. Sobre compaixão e caridade para com o leproso, Curi³⁹ complementa:

[...] Na Idade Média, ele era um ‘ente ideal’, disponível para o recebimento da devoção cristã, tornando-se um ingrediente necessário à manutenção e continuidade desta fé. A caridade beneficiava tanto quem recebia, quanto quem a praticava. Para os últimos uma forma de salvação, que, no entanto, perenizava a situação marginal do leproso, para o doente um meio de sobrevivência.

A lepra não era temida pela sua letalidade, pois desde a Idade Média já era sabido que o leproso tinha um longo período de vida. Morrer de lepra era algo bastante incomum e a morte do leproso geralmente ocorria porque outra doença se aproveitava da fragilidade causada pela presença desta em seu organismo. Por isso, o temor da lepra era diferente do temor da peste ou de outras doenças. Enquanto a peste representava uma grande ameaça imediata para a vida das pessoas, a lepra não oferecia este perigo.

³⁸ CURI, 2002, p. 6-7

³⁹ Ibid., p. 23-24.

A disseminação da doença pela Europa ocorreu antes mesmo da Era Cristã. A Península Ibérica sofreu sucessivas invasões que propiciaram a instalação e propagação da doença. Assim, através do Marrocos a recebeu durante o domínio dos Fenícios, nos séculos X e IX a.C.; foi invadida por judeus expulsos de Jerusalém, em 135 d.C., e posteriormente, no século VII d.C., pelos árabes. Desta forma, Portugal e Espanha passaram por uma forte endemia que durou até os séculos XVI e XVII. A lepra chegou a um nível muito elevado em Portugal durante o século XV, atingindo sua população indiscriminadamente, não poupando ricos e nobres: contam-se cinco reis atingidos pela lepra, de D. Affonso II a D. Thereza D'Aragão. A situação da Espanha não foi muito diferente; três reis e uma rainha também foram alcançados pela doença. Em 1037, foi fundada em Valencia a primeira leprosaria da Península Ibérica. Por determinação de Don Sancho IV foi estabelecida a segregação dos leprosos a partir de 1284.⁴⁰

Do século XI ao século XV a lepra se espalhou por toda a Europa. Na França, durante o século XIII, a doença se desenvolveu de tal forma que foi necessária uma grande quantidade de leprosários para recolher os doentes chegando a existir mais de 1500 distribuídos por diversas regiões. Na Holanda, da mesma forma, foram construídos muitos asilos para abrigar os leprosos e mesmo assim, devido ao excesso de lotação, muitos ficaram desabrigados e vivendo na mendicância.⁴¹

Segundo Françoise Béniac⁴², a lepra na Europa começou a dar sinais de declínio no fim da Idade Média. Não se sabe exatamente o que causou o fim da longa endemia que durou entre 12 e 15 séculos. A crise demográfica europeia causada pela peste e pela fome, ocorrida entre 1430-1450, é considerada uma forte hipótese. Contudo, a regressão da doença passou a ocorrer antes de 1300-1350, contraditoriamente, um período de superpovoamento. De fato, as pequenas leprosarias que existiram nas zonas rurais ficaram vazias durante o século XV e as urbanas mantiveram leprosos até a segunda metade do século XVI.

⁴⁰ SOUZA-ARAUJO, Heraclides Cesar de. **História da lepra no Brasil**: volume I – períodos colonial e monárquico (1500-1889). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

⁴¹ Ibid.

⁴² BÉNIAC, 1991, p. 128-129.

Para Souza-Araujo⁴³, a explicação para o declínio da lepra na Europa está relacionada com o período das navegações exploratórias, comerciais e as conquistas colonizadoras empreendidas por portugueses, espanhóis, franceses e holandeses durante os séculos XV e XVI, principalmente. Durante este período, um grande contingente contaminado pela lepra foi mobilizado para as atividades exploratórias de navegação e colonização, ficando espalhados pelo continente americano. Esta hipótese tem um forte fundamento quando, por exemplo, buscamos encontrar a origem da lepra no Brasil.

Sobre a etiologia da doença, durante o século XIX, houve quem pensasse que a lepra seria a quarta etapa da sífilis; mais tarde, durante o século XX, persistia a ideia de que pudesse ser identificado um vetor, um agente intermediário, para ser responsabilizado pela transmissão da doença ao homem. Apesar do desconhecimento sobre a transmissão e o desenvolvimento da doença, o medo que se tinha da lepra estava relacionado com a milenar tradição da exclusão social.⁴⁴

Alcançar a cura da lepra através de algum medicamento ou procedimento a ser adotado tornou-se uma incansável busca para todos aqueles envolvidos nas pesquisas, seja para o imaginário popular quanto para as pesquisas científicas. Artequim⁴⁵, óleo de Chaulmoogra⁴⁶ e até choques elétricos com um estilete nas manchas e tubérculos foram utilizados como métodos para alcançar a cura da doença. Estas terapias somente agiam sobre os sintomas fazendo com que eventualmente regredissem, porém não atuavam sobre seu agente etiológico.⁴⁷

Durante a Primeira Conferência Internacional de Leprologia, realizada em Berlim, em 1897, Hansen propôs o isolamento como medida fundamental para evitar a propagação da doença, uma vez que, até então não se sabia exatamente como

⁴³ SOUZA-ARAÚJO, 1946.

⁴⁴ CURI, 2002, p. 48-49.

⁴⁵ Fruta indiana, que se aplica contra a lepra. Dicionário online de português. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/artequim>>. Acesso em: 19 mar 2014.

⁴⁶ Nome hindu de diversas plantas bixáceas, e especialmente da *Gynocardia odorata*, cujas sementes fornecem um óleo empireumático usado no tratamento da lepra e de outras afeções cutâneas. Dicionário Aulete. Disponível em <<http://aulete.uol.com.br/chaalmugra>>. Acesso em: 19 mar 2014.

⁴⁷ CURI, 2002, p. 49.

ocorria sua transmissão. Aplicada com rigor por Hansen, desde meados do século XIX, a medida profilática foi muito eficaz na Noruega chegando-se, após 1895, ao fechamento de muitos leprosários ou transformando-os em sanatórios para tuberculose.⁴⁸

A grande descoberta medicamentosa foi o desenvolvimento da sulfona, que se deu na década de 1940. A sulfonoterapia foi desenvolvida pelo Dr. Guy Henry Faget, no leprosário de Carville, no estado de Louisiana, nos Estados Unidos e utilizada a partir de 1945/46. Foi trazida experimentalmente para o Brasil em 1944, tornando-se rotineira nos anos 50 e 60.⁴⁹

A eficácia da utilização da sulfona, eliminando os bacilos de Hansen, e consequentemente o risco de contaminação pelo doente foi aos poucos mudando a forma de tratamento, diminuindo a necessidade de isolamento. Este processo prolongou-se até 1962, quando o decreto federal⁵⁰ nº 968, de maio de 1962, determinou o fim do isolamento compulsório.

Ao longo do tempo em que a sulfonoterapia foi aplicada ocorreram casos de reincidência da doença em diversos pacientes. Para garantir a efetiva eliminação do bacilo de Hansen, outras drogas passaram a ser associadas à sulfona. Depois de um período de testes, ficou definida a utilização de três drogas que passaram a constituir o tratamento poliquimioterápico. A partir da década 1970, a Organização Mundial de Saúde recomendou o tratamento com poliquimioterapia, mas somente em 1991 foi adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde em todo o país. Tardamente o Brasil foi dos últimos países a aderir à recomendação.

⁴⁸ MACIEL, Laurinda Rosa. “A solução de um mal que é um flagelo”. Notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p.109-125.

⁴⁹ CURI, 2002, p. 203.

⁵⁰ Decreto do Conselho de Ministros nº 968, de 7 de maio de 1962. A respeito do isolamento compulsório, temos o seguinte artigo: Art. 1º - *Parágrafo único*. No combate à endemia leprótica será, sempre que possível, evitada a aplicação de medidas que impliquem na quebra da unidade familiar, no desajustamento ocupacional e na criação de outros problemas sociais.

1.3 A lepra no Brasil

A lepra chegou ao Brasil junto com os colonizadores portugueses. Conforme visto anteriormente, a Europa passou por intensa endemia da doença nos séculos que antecederam o período das grandes navegações comerciais. Particularmente, a Península Ibérica foi fortemente atingida pela doença, que através das conquistas portuguesas e espanholas foi difundida pelas terras por onde eles aportaram. Após a chegada dos portugueses ao Brasil, franceses e holandeses também estiveram em terras brasileiras convivendo com os nativos e com a nova população que estava se formando, o que pode ter contribuído para propagação da doença.

No início do século XX, conceituados médicos e leprólogos discutiram e argumentaram sobre a possibilidade da existência de casos de lepra entre os indígenas brasileiros antes da chegada dos europeus. Souza-Araujo, baseado nos relatos de autores estrangeiros que tiveram a oportunidade de convívio e de contato direto com diferentes tribos, entre 1549 e 1637, concluiu que a lepra não estava presente entre os aborígenes. O mesmo não ocorreu com relação a outras doenças que foram apontadas nestes escritos. Entre os nomes que figuram na lista de observadores e relatores das condições de vida e de saúde de diversas tribos indígenas estão: os jesuítas Manoel da Nóbrega e José de Anchieta; o frade franciscano André Thevet, que acompanhava a expedição de Villegaignon; o jovem pastor Jean de Léry, enviado por Calvino para colaborar com Villegaignon; o pesquisador Gabriel Soares de Souza, que viveu 17 anos em contato permanente com as tribos nativas; o frei Yves D'Evreux, que viveu no norte do Brasil, principalmente no Maranhão; e o médico holandês Dr. Guilherme Piso, que chegou com a comitiva do príncipe João Maurício de Nassau.⁵¹

Outro ponto que também foi muito debatido por historiadores e médicos, tais como Braz do Amaral e Juliano Moreira, sem que, no entanto, se tenha chegado a um consenso, diz respeito à introdução da lepra no Brasil pelos escravos trazidos do

⁵¹ SOUZA-ARAUJO, 1946, p. 2-5.

continente africano. O médico, professor e historiador Braz do Amaral⁵², importante pesquisador da História da Bahia, figurava entre aqueles que responsabilizavam os escravos pela origem da lepra.

Na defesa dos africanos, Juliano Moreira⁵³, médico psiquiatra e forte opositor do racismo científico, após estudos realizados, chegou à conclusão de que em sua origem, os africanos eram isentos da lepra e de que estes a adquiriram em contato com os portugueses e espanhóis. Baseado nos argumentos de Juliano Moreira, o leprologista Flavio Maurano⁵⁴ afirmou:

Seja como fôr, o argumento mais importante que se pode talvez opôr à crença da introdução da lepra pelos africanos no Brasil é o de serem êstes escravos de difícil introdução, particularmente quando doentes da pele. Ninguém, quando se tratava do próprio interêsse, haveria de aceitar em sua lavoura, engenho ou casa, um escravo em que a lepra se manifestasse, ao menos abertamente. Os compradores de escravos tinham experiência a respeito da sua qualidade, como acontece hoje com os que negociam com animais. Examinavam-nos, nos pontos que eram expostos à venda, parte por parte, e rigorosamente a pele, para verificar se êles estavam ou não atacados de males incuráveis. (*sic*)

O argumento apresentado por Braz do Amaral está fundamentado no fato de que os africanos tiveram contato e foram escravizados pelos portugueses antes do período de colonização do Brasil. Segundo Souza-Araujo⁵⁵, “entre 1450 e 1455 entraram pela barra de Lisboa de 700 a 800 ‘peças’ por ano. E daí por diante esse vil negócio foi num crescendo ‘encorajador’ para os seus exploradores”. Desta forma, os africanos podem ter sido contaminados pela lepra que grassava em Portugal. Posteriormente, esses cativos acompanharam as frotas que aportaram em terras brasileiras, a partir de 1500.

⁵² Disponível em: <<http://www.tribunadabahia.com.br/2011/05/04/o-sesquicentenario-de-braz-do-amaral>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

⁵³ Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400007>. Acesso em: 02 abr. 2012.

⁵⁴ MAURANO, Flavio. História da Lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. In: **Tratado de Leprologia**: volume I - tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (DNS/SNL), 1950. p. 20

⁵⁵ SOUZA-ARAUJO, 1946, p. 9.

Flavio Maurano, na citação acima, apresentou como argumento uma prática que foi muito utilizada com os escravos, considerados como mercadorias expostas em uma “vitrine”. Existia sim, uma grande preocupação com a “qualidade” do escravo colocado à venda e qualquer deformidade ou atrofia seria motivo de sua desvalorização, ainda mais se a deformidade fosse um sinal característico da lepra. Mas, como saber se a inspeção visual foi suficiente para impedir que escravos contaminados pela lepra fossem vendidos no Brasil? Hoje sabemos que a doença tem um longo período para se manifestar visualmente, que pode ser de mais de dez anos. Assim sendo, um escravo que ainda não tivesse manifestado os sinais exteriores da lepra passaria completamente despercebido pela inspeção.

É importante lembrar que o escravo era mercadoria valiosa, sendo, por isso, minuciosamente examinado e inspecionado para evitar que fosse portador de moléstias ou defeitos físicos o que o desvalorizaria; enquanto isso, os europeus que chegavam ao Brasil não passavam por nenhum tipo de inspeção. Isto fortalece ainda mais a responsabilidade dos portugueses, espanhóis, holandeses e franceses pela introdução e disseminação da lepra no Brasil.

Deste modo, os europeus desempenharam um duplo papel na expansão mundial da hanseníase, com as viagens transoceânicas que realizaram a partir do século XV, tornaram-se veículos de transmissão da doença para regiões em que esta ainda não existia, como a América, da mesma forma que entraram em contato com focos endêmicos já recrudescidos, como a Índia, Oriente Médio, China e Japão.⁵⁶

A difusão da lepra pelo Brasil pode ser explicada pelas rotas estabelecidas pelos colonizadores, motivados pelas condições econômicas e políticas em evidência de cada localidade. Assim, a cultura da cana de açúcar em Pernambuco, a sede do governo da colônia na Bahia, o fluxo de pessoas que passavam pelo Rio de Janeiro decorrente de sua importância política e a busca pela mineração em Minas Gerais são exemplos de como se formaram grandes concentrações humanas que facilitaram a ocorrência e a propagação das doenças, entre elas a lepra. “Introduzida

⁵⁶ CURI, 2002, p. 69.

a lepra, provavelmente, por diversos pontos da costa brasileira, correspondentes aos principais centros da Colônia, teria a infecção acompanhado a marcha da colonização”.⁵⁷

Escrevendo para a Revista Semanal de Medicina e Cirurgia – O Brazil-Médico – Fernando Terra⁵⁸, professor catedrático de clínica dermatológica e sifilográfica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, informa:

No fim do século XVI e começo do século XVII, reconhece-se a existência de grande número de leprosos no Rio de Janeiro [...] A população mostrava-se alarmada com o incremento da doença no centro populoso e clamava por medida de defesa de sua saúde [...].⁵⁹

O número de leprosos identificados cresceu de tal forma que em 1740 já existiam mais de 300 casos conhecidos na cidade do Rio de Janeiro. Este crescimento desde 1600 alarmou as autoridades e a população exigindo que medidas imediatas fossem acionadas para o seu controle.⁶⁰

Coube ao Senado da Câmara do Rio de Janeiro, em 1697, a iniciativa de enviar uma carta ao rei de Portugal, D. Pedro II - “O Pacífico”⁶¹, informando sobre a necessidade de “haver lugar particular e separado para a cura dos muitos lázaros” existentes na cidade. O lugar indicado para essa finalidade foi a Igreja de Nossa Senhora da Conceição “por estar fora da cidade”. A resposta do rei, enviada em 4 de novembro de 1697, a Arthur de Sá e Menezes, governador e capitão-general do Rio de Janeiro, pedia informes sobre o estado da referida igreja, a quem esta pertencia e se seria conveniente para abrigar os enfermos.⁶²

⁵⁷ MAURANO, 1950, p. 24.

⁵⁸ Mais informações sobre Fernando Terra ver em:

<<http://hansen.bvs.ilsi.br/textoc/revistas/1947/PDF/v15n2/v15n2nec.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

⁵⁹ TERRA apud SOUZA-ARAUJO, 1946, p. 16.

⁶⁰ SOUZA-ARAUJO, 1946, p. 16.

⁶¹ Rei de Portugal da Quarta Dinastia – Bragança. Período: 1683-1706. Casa Real Portuguesa – Página Oficial. Disponível em: <<http://www.casarealportuguesa.org/dynamicdata/Cronologia.asp>>. Acesso em: 06 set. 2013.

⁶² ANDRADE, 2005, p. 33.

É importante destacar que havia naquele momento o conceito de isolamento dos doentes como recurso para evitar o contato com as pessoas “sadias”, impedindo assim, que a doença se alastrasse. O recolhimento dos leprosos a algum lugar permitiria, também, que lhes fossem oferecido algum tipo de cuidado como um gesto de filantropia exercido pela Coroa portuguesa. A indicação da utilização da Igreja de Nossa Senhora da Conceição, erguida em 1634, e suas dependências estava relacionada com a sua localização, fora da cidade, sobre um outeiro, o que possibilitava a livre passagem dos ventos, facilitando, assim, a dissipação do mal.

A Carta Régia foi respondida, contendo as informações solicitadas, pelo substituto do governador da capitania do Rio de Janeiro, em 28 de maio de 1698, da seguinte forma⁶³:

A enfermidade dos lazarus nesta cidade e seu distrito vay em aumento; e como he mal tão contagiozo se deve pôr todo o cuidado em reparar os danos que daqui se podem seguir; he sem duvida que a Igreja de Nossa Senhora da Conceição he a parte mais proporcionada para hospital por ficar fora da cidade em hum Outeiro lavado dos ventos, porem offerecesse a duvida de ser esta Igreja dos Padres Barbonios, e, suposto V. Majestade os mandou retirar; hoje se conserva inda naquelle convento hum religioso com seus donatos, e esta Igreja está acabada e o convento da mesma sorte; hum e outro edificio foi feito com as esmollas do Povo, e se aquelle religioso com seus companheiros não padecerão discomodos, muy conveniente para a sobredita Igreja, e convento p.^a se recolherem os enfermos daquelle mal fazendo-lhe os officiais da Camara renda p.^a se sustentarem; esta he a informação que sobre este particular posso fazer presente a V. Majestade que mandará o que parecer e convier a seu real serviço. (sic)⁶⁴

D. Pedro II, em carta datada de 20 de outubro de 1698 ordenou ao governador que indagasse aos oficiais da Câmara como eles iriam manter, de forma constante, o hospital que haviam solicitado permissão para fundar para acolher os

⁶³ Correspondência dos Governadores do Rio de Janeiro (1693-1708) Coleção 77 do Arquivo Nacional, vol.6, folha 105 V. apud SOUZA-ARAUJO, 1946, p. 20-21. Arthur de Sá e Menezes foi nomeado Governador e Capitão-General da Capitania do Rio de Janeiro, da Repartição do Sul, em 12 de janeiro de 1697, tomou posse em 2 de julho do mesmo ano, porém afastou-se do cargo no período de 15 de outubro de 1697 a 15 de março de 1700, quando foi substituído por Martim Correa Vasques, que assinou este ofício.

⁶⁴ SOUZA-ARAUJO, 1946, p. 20-21.

lázaros. Dependendo da resposta da Câmara o rei poderia tomar a resolução que fosse mais conveniente para a situação.

Em 24 de maio de 1699, em carta assinada por seu representante e mais cinco vereadores, a Câmara comunicou que, apesar de reconhecer, mais uma vez, a necessidade de um hospital para os doentes da lepra e mesmo sabendo “que tam inficionada está a cidade delles”, não existiam condições para assumir as despesas de manutenção do referido hospital, porque a Câmara estava passando por dificuldades financeiras, com uma dívida acumulada no valor de “cinco mil cruzados”, e que sua própria sede estava em precária condições.⁶⁵

Percebem-se, então, outros problemas subjacentes à preocupação com o alastramento da lepra. Indiscutivelmente real, essa preocupação proporcionou aos camaristas a chance de demonstrar à Coroa outras ameaças presentes naquela conjuntura: a exaustão de rendas da Câmara e a progressiva perda de autonomia política e financeira dos poderes locais. Ciosos de seus privilégios, esses poderes utilizaram de todos os instrumentos que tinham à mão para salvar um mundo que também parecia estar em fragmentação. Em situações extremas, como aquela criada pela disseminação do mal de São Lázaro, as demandas locais poderiam se tornar mais legítimas ao se associarem à resolução de um problema incômodo para a metrópole.⁶⁶

Assim, malogrou em 1699 a tentativa de acolher o crescente número de leprosos que perambulavam pela cidade do Rio de Janeiro. No ano seguinte à recusa da Câmara, a Igreja de Nossa Senhora da Conceição foi transformada em Palácio Episcopal. Este assunto ficou adormecido por, aproximadamente, quarenta anos, porém não pode ser completamente ignorado porque a quantidade de leprosos que circulava pela cidade do Rio de Janeiro foi aumentando sensivelmente. De tal forma que, em 1739, durante a Correição⁶⁷ do Ouvidor Geral Dr. João Soares

⁶⁵ SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 23.

⁶⁶ ANDRADE, 2005, p. 36.

⁶⁷ O termo “correição”, com base no Dicionário Aurélio Buarque de Holanda, tem os seguintes sentidos: 1. Ato ou efeito de corrigir; correção. 2. Função administrativa, em via de regra de competência do poder judiciário, exercida pelo corregedor. 3. Visita do corregedor às comarcas, no exercício de suas atribuições.

Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/AreaCorreicao/PerguntasFrequentes/Correicao.asp>>. Acessado em: 17/04/2013.

Tavares, os oficiais do Senado da Câmara lhe informaram “que nesta terra setinha espalhado o contagioso e incurável mal de São Lazaro, de maneira que passão hoje de quatrocentas as pessoas tocadas deste mal, segundo a averiguação que setem feito” (*sic*). Solicitavam providências antes que a cidade ficasse completamente “inficionada” (*sic*). A solução seria a construção de um hospital para o isolamento dos lazarentos em local fora da cidade, em uma chácara que pertencia à Câmara, adiante da Igreja de Nossa Senhora da Glória.⁶⁸

O Ouvidor Geral aprovou a solicitação encaminhada pelos membros do Senado da Câmara indicando “que se cuidasse com toda eficacia nos meios de se proceder fabricar Hospital em que os ditos Lazarentos vivão separados da Cidade” (*sic*). Demonstrando preocupação com a escassez de recursos para a construção do Hospital, o Ouvidor encarregou os “Officiaes da Camara por conta do bem commum, que vissem se por algum modo sepodia descobrir dinheiro para ajudar adita obra” (*sic*). O objetivo era conseguir “alguns benfeitores, que voluntariamente quizessem concorrer para obra tão pia” (*sic*).⁶⁹

Preocupados com a situação do Rio de Janeiro, bem como com uma possível propagação da doença por toda a América, D. João V – “O Magnânimo”⁷⁰ e seus conselheiros se reuniram para discutir quais medidas deveriam ser efetuadas para conter a situação. Os conselheiros propuseram que diante de tão eminente problema o monarca deveria destinar ao lazareto o excedente dos donativos e o soldo restante dos governadores. À Gomes Freire de Andrade caberia a tarefa de escolher o lugar adequado para a edificação da obra. Seguindo estas orientações, em 3 de fevereiro de 1741, D. João V enviou carta ao governador e capitão general do Rio de Janeiro determinando que fossem encaminhadas as providências, que este julgasse convenientes, para a execução da obra.⁷¹

⁶⁸ SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 25.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 27.

⁷⁰ Rei de Portugal da Quarta Dinastia – Bragança. Período: 1706-1750. Casa Real Portuguesa – Página Oficial. Disponível em: <<http://www.casarealportuguesa.org/dynamicdata/Cronologia.asp>>. Acesso em: 06 set. 2013.

⁷¹ ANDRADE, 2005, p. 61-62.

Assim, em 1741, foi fundada a primeira iniciativa de isolamento e atendimento destinada aos leprosos existentes na cidade do Rio de Janeiro. Na verdade, o Hospital dos Lázaros construído e mantido pelas esmolas do Governador da capitania do Rio de Janeiro, Gomes Freire de Andrade, Conde de Bobadella, era um asilo composto por algumas pequenas casas, localizado em São Cristóvão, uma região quase deserta àquela época, que abrigava 52 pessoas acometidas pela doença. Este número representava uma pequena parcela do total de doentes, acima de 200, conforme fora notificado ao Rei de Portugal.⁷²

Enquanto Gomes Freire encaminhava providências para a criação do Hospital dos Lázaros, uma Comissão Médica se reunia em Lisboa, por ordem do rei, para redigir um regulamento profilático para a lepra na cidade do Rio de Janeiro.

A Comissão mostrando-se convencida de que a lepra era contagiosa, em maior ou menor grão, segundo a forma clínica, recomendou como principal medida preventiva o isolamento dos casos confirmados, sem distinção de classes; para isso aconselhou urgente instalação de “Lazaretos” com secções separadas para os dois sexos e para as várias categorias sociais; estabeleceu a notificação dos casos (confidencial para os ricos); providências contra o charlatanismo, que chama de “perniciosa peste”; recomendou que ao médico da saúde fosse dada plena autoridade sobre os leprosos; lembrou a possível confusão da lepra com a lues e a necessidade de rigoroso exame dos pretos importados da Costa da Mina ou d’Angola e a proibição aos capitães de vapores de conduzirem leprosos (*sic*).⁷³

As orientações formuladas pela Comissão Médica, resumidas acima, mostraram-se válidas com o passar do tempo; mais de um século após, exatamente em 1897, durante a Primeira Conferência Internacional de Leprologia, em Berlim, foram discutidas as políticas que possibilitariam, em alguns países, a implantação do isolamento dos leprosos como medida profilática para conter a propagação da doença.

⁷² SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 35-38.

⁷³ *Ibid.*, p. 38.

Para conter o avanço da contaminação de lepra e cuidar dos doentes, o isolamento dos leprosos tornou-se obrigatório no Brasil, durante o período colonial, em diferentes localidades: em 1756, no Rio de Janeiro; em 1787, na Bahia; em 1838, no estado do Pará.⁷⁴

Com a morte do Governador da Capitania do Rio de Janeiro, em 1 de janeiro de 1763, o Bispo D. Antonio do Desterro, membro do triunvirato responsável pelo governo provisório da capitania, encaminhou solicitação à Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária para que assumisse a administração do Asilo, que havia sido fundado e até então mantido pelo Conde de Bobadella. Após reunião da Mesa conjunta dos provedores da Irmandade da Candelária, foi aprovada, por unanimidade de votos, a decisão de aceitar a administração do referido asilo dos lázaros.⁷⁵

Em junho de 1766, os doentes que estavam no Asilo foram transferidos para o prédio do Convento dos Jesuítas que estava desocupado desde a expulsão dos religiosos, conforme determinação do Marques do Pombal. Para receber os doentes, o prédio do Convento passou por obras de reforma e adaptação. Neste mesmo ano, a instituição foi designada oficialmente como Hospital dos Lázaros.

Como visto anteriormente, a lepra foi disseminada em outros pontos do Brasil. A quantidade de doentes existentes nessas localidades motivou iniciativas semelhantes à do Rio de Janeiro com o objetivo de recolher e cuidar dos leprosos. Segundo Ernani Agrícola, a iniciativa precursora contra a lepra ficou a cargo do padre Antonio Manoel com a criação de um asilo para doentes de lepra no Recife, em 1714. Mais tarde, em 1789, este asilo seria transformado no Hospital dos Lázaros que funcionou até 1941.⁷⁶

A Bahia foi um dos grandes focos no passado. Em 1789 calculavam-se em 3.000 os doentes de lepra. A situação já era tão grave que D. RODRIGO

⁷⁴ AGRICOLA, 1960, p. 15-16.

⁷⁵ SOUZA-ARAUJO, 1946, p. 49-51.

⁷⁶ AGRICOLA, op. cit., p. 13.

JOSÉ DE MENEZES, não tendo conseguido apóio da corôa, fundou em 1787, com auxílio do povo, o Hospital de São Cristóvão dos Lázaros, na Quinta dos Jesuitas, em Salvador e que prestou humanitários serviços até 1947 (*sic*).⁷⁷

Este hospital ocupava o prédio do antigo convento que pertencera aos Jesuítas e que foi liberado após a expulsão da Ordem, decretada pelo Marques de Pombal. As instalações do prédio eram bastante amplas, com duas alas laterais interligadas por uma ala central, contendo enfermarias, salas de curativos, sala de refeições e até uma capela. Por este hospital passaram 1411 doentes, entre a data de sua fundação e o ano de 1890. A administração do hospital transitou entre o Governo do Estado e a Santa Casa em 1894, retornando ao Governo do Estado em 1912; após passar por reformas, em 1929, recebeu a denominação de Hospital D. Rodrigo José de Menezes.⁷⁸

No estado de São Paulo dois estabelecimentos foram fundados, aproximadamente, à mesma época: o primeiro, construído em 1802, na cidade de São Paulo, no bairro de Olaria, um local considerado afastado do centro era um hospital extremamente modesto, foi fundado e mantido pela Santa Casa com auxílio do Governo. Apesar disto, atravessou o século XIX passando por grandes dificuldades em completo abandono e com instalações muito precárias. Os doentes passavam por privações, sem comida, roupas, camas, cobertas e serviço médico. Após algumas mudanças na administração do hospital com o objetivo de melhorar as condições gerais, em 1901 o terreno do hospital foi desapropriado pelo Governo para atender ao progresso e ao desenvolvimento da cidade. Os doentes foram transferidos para o hospital de Guapira, no subúrbio de mesmo nome. O segundo hospital foi construído em 1806 com recursos próprios do padre Antonio Pacheco da Silva em uma chácara de sua propriedade, na cidade paulista de Itu. A manutenção do hospital vinha das esmolas arrecadadas e da renda do patrimônio do próprio padre Antônio Pacheco. O espaço utilizado pelo hospital era formado por uma pequena casa e por um pasto que ficava em anexo. Com a morte do padre em 1820,

⁷⁷ AGRICOLA, 1960, p. 13-14.

⁷⁸ MAURANO, 1950, p. 101-102.

a administração do hospital passou para a Câmara Municipal de Itu e, posteriormente, em 1839, para a Santa Casa. Da mesma forma que o hospital da cidade de São Paulo, os doentes do hospital de Itu passaram por muitas dificuldades e sacrifícios até 1929, quando o hospital foi desativado e os doentes foram transferidos para o recém-construído Asilo Colônia de Santo Ângelo, localizado nas proximidades da capital paulista.⁷⁹

Caso curioso ocorreu com a construção do asilo para leprosos construído na cidade de Piracicaba, em São Paulo. A população da cidade com medo de ser afetada pela doença afugentou e expulsou todos os leprosos que esmolavam pelas ruas da cidade. Quando, finalmente, o asilo ficou pronto não existiam mais leprosos para serem abrigados.⁸⁰

Na casa do Padre Antônio Manuel, foi dado início ao atendimento aos leprosos de Pernambuco. A partir de 1878, os doentes foram transferidos para o Hospital dos Lázaros de Pernambuco, instalado no distrito de Santo Amaro, no caminho entre Recife e Olinda. Este hospital foi administrado pela Santa Casa de Olinda até 1878, sendo transferido para a administração da Santa Casa de Recife. As condições do hospital foram boas para manter o atendimento aos leprosos que por lá passaram e chegou a abrigar, entre 1860 e 1880, 1.440 leprosos.⁸¹

Temos também em Minas Gerais o Hospital dos Lázaros de Sabará, construído em 1883, a partir do legado deixado, em 1787, pelo Capitão Antônio Abreu Guimarães. O hospital foi instalado em uma chácara próximo ao Rio das Velhas, com boas instalações e condições de tratamentos para seus internos, acolhendo, mais tarde leprosos sentenciados, loucos ou indisciplinados.⁸²

Por iniciativa da Santa Casa de Belém, no Pará, foi inaugurado em 1816 um Asilo para doentes de lepra em Tocunduba. Este asilo foi mantido pela Santa Casa e

⁷⁹ MAURANO, 1950, p. 102-105.

⁸⁰ CURI, 2002, p. 72.

⁸¹ MAURANO, op. cit., p. 106.

⁸² AGRICOLA, 1960, p. 15.

pelo Estado de 1816 a 1932, quando passou para a Liga de Defesa contra a Lepra do Pará. O Asilo transformado em hospital, recebeu doações importantes que promoveram sua ampliação e melhoria de suas condições, permitindo o atendimento a uma boa quantidade de doentes. Entre 1879 e 1921 foram atendidos 1.226 doentes.⁸³

Em São Luiz, no Maranhão, foram construídos consecutivamente dois hospitais de lázaros. O primeiro foi fundado por solicitação do Presidente Provincial, em 1833, e administrado pela Santa Casa até 1869. O seu estado de degradação chegou a tal ponto, que foi decidido que era melhor construir um novo hospital do que reformá-lo. Assim, em 1869, também por decisão do Presidente Provincial, foi construído em um terreno da Santa Casa um novo hospital e os leprosos transferidos das antigas para as novas instalações. Porém, pelos relatos apresentados pelo Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araujo a situação não melhorou; a completa falta de condições sanitárias, higiênicas, disciplinares, de alimentos, de camas, roupas, etc., fez do hospital um triste espetáculo de se ver.⁸⁴

Como podemos observar, durante o período colonial e imperial, as ações empreendidas para auxiliar os leprosos e retirá-los da sociedade não seguiram a nenhuma política estabelecida pelo Governo. Na maioria dos casos foram iniciativas pessoais, mobilizadas com recursos próprios, que possibilitaram a construção de asilos ou hospitais que desempenharam de forma precária seu objetivo. Não houve também um direcionamento de médicos dedicados ao tratamento da lepra. A administração de alguns destes hospitais recaiu sobre a Santa Casa de cada localidade, que não demonstrou a devida competência para mantê-los da melhor maneira possível.

Mesmo assim, até 1883 foram fundados estabelecimentos, designados como asilos ou hospitais, voltados ao atendimento a leprosos em 12 cidades do Brasil: “Salvador (1640/1787); Recife (1714/1798); Rio de Janeiro (1741/1763); Santa

⁸³ MAURANO, 1950, p. 108.

⁸⁴ Ibid., p. 108-109.

Bárbara/MG (1771); São Paulo (1802); Itu (1806); Belém (1815); Cuiabá (1816); São Luís (1833); Campinas (1863); Piracicaba (1880) e Sabará (1883)". Esta distribuição demonstra como a doença se difundiu pelo país.⁸⁵

Esta situação também reflete o conflito que existiu sobre a questão da municipalização e centralização da higiene pública no Brasil e que atravessou todo o período colonial e imperial, envolvendo a disputa de poder entre as Câmaras Municipais, leigas do conhecimento médico, e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro que era a detentora do saber médico nacional.

A Coroa Portuguesa tinha como preocupação primordial a fiscalização da saúde da Colônia, o que era feito através da Fisicatura, órgão máximo, espécie de tribunal direcionado para resolver as questões legais, emitir alvarás, definir de regimentos e regulamentar a profissão da medicina. Para zelar pela limpeza da cidade e fiscalizar o comércio de alimentos, as Ordenações Filipinas de 1604, incumbiram as Câmaras Municipais das cidades das Colônias.

O que caracteriza, portanto, a Fisicatura e as Câmaras é a atribuição pura e simples de fiscalizar seja o exercício da Medicina, seja o bom funcionamento da cidade baseada em denúncia de irregularidade, visando impedir que um mal se propague, através da promulgação de leis e punição dos infratores. Portanto, a administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda metade do século XVIII pela organização do espaço social, visando a um ataque planejado e continuado às causas da doença, agindo dentro de uma perspectiva mais de combater o mal do que o de cultivar um bem. A saúde não aparece como algo que possa ser produzido, incentivado, organizado, aumentado; só é percebida negativamente por causa da realidade representada pela doença.⁸⁶

Esta ausência de preocupação com a melhoria da saúde se confirma na forma como foi encaminhada a denúncia, por parte da Câmara Municipal, sobre a proliferação dos leprosos na cidade do Rio de Janeiro. O combate não foi

⁸⁵ CURI, 2002, p. 74.

⁸⁶ GALVÃO, [s.d.], p. 9-10.

direcionado para a doença e sim para o doente, providenciando o seu isolamento da sociedade, muito em função do estigma e do desconhecimento em como tratá-lo.

As sucessivas epidemias de febre amarela, varíola, peste bubônica, cólera, etc., ocorridas no Rio de Janeiro e em outras cidades, a partir da segunda metade do século XIX forçaram a ocorrência de uma intensa mobilização por parte das autoridades governamentais e da comunidade médica para identificar, isolar e prevenir as suas funestas consequências. A lepra como doença endêmica de baixa letalidade não ficou esquecida, mas, de certa forma, perdeu o seu lugar de destaque perante as ações emergenciais que se fizeram necessárias para eliminar os surtos epidêmicos que causaram tantos óbitos, em tão pouco tempo. No próximo capítulo será apresentado e discutido quais foram as medidas tomadas pelos governantes e pela classe médica para sanear a cidade do Rio de Janeiro e organizar a saúde pública com o objetivo de eliminar a propagação destas epidemias. Consequentemente, serão vistos os benefícios destas ações para o combate à lepra.

2 A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E AS AÇÕES CONTRA A LEPROSA DURANTE A PRIMEIRA REPÚBLICA

2.1 As epidemias e os movimentos higienista e sanitaria

Durante algum tempo acreditou-se que o Brasil estava isento das epidemias que assolavam a Europa. Porém,

[...] uma epidemia de febre amarela, em 1850, e outra de cólera, em 1855, elevaram bastante as taxas de mortalidade e colocaram na ordem do dia a questão da salubridade pública, em geral, e das condições higiênicas das habitações coletivas, em particular.⁸⁷

Diante da epidemia de febre amarela ocorrida em 1850, o Ministério do Império formou uma Comissão Central de Saúde Pública composta por membros da Academia Imperial de Medicina, da Faculdade de Medicina e da Câmara Municipal para tratar do assunto. Após a epidemia ser debelada, criou a Junta Central de Higiene Pública com o objetivo de regulamentar e fiscalizar todas as atividades que estivessem relacionadas com a saúde pública, tais como: o exercício da medicina e da farmácia, a produção e venda de medicamentos e as questões ligadas ao comércio e aos portos. Como os problemas que estavam sob sua alçada não puderam ser resolvidos por falta de recursos humanos e materiais, em 1886, a Junta foi transformada em Inspetoria Geral de Higiene sendo que os assuntos relacionados aos portos foram entregues à Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. Contudo, a abrangência das Inspetorias ficou limitada às cidades litorâneas do país, em especial, o Rio de Janeiro como consequência de sua importância como centro econômico do país.⁸⁸

⁸⁷ CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Cia das Letras, 1999. p. 29-30.

⁸⁸ BENCHIMOL, Jaime. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de A. Neves (Orgs.). **O Brasil Republicano**: o tempo do liberalismo excludente. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. p. 238.

O acelerado crescimento da população da cidade do Rio de Janeiro, em meados do século XIX, decorrente das transformações políticas, econômicas e sociais pelas quais a cidade passava, trouxe como consequência inevitável, dentre outras, a questão da situação habitacional. Era necessário acomodar uma parte significativa da população constituída, em sua grande maioria, pelos pobres. A solução encontrada para o problema foi a construção de moradias coletivas – cortiços, estalagens ou casas de cômodos – que abrigavam, em um reduzido espaço, uma grande quantidade de pessoas. Este tipo de habitação coletiva apresentava condições gerais extremamente precárias; não havia ventilação e iluminação adequadas nos cômodos, em geral utilizados tanto para o preparo dos alimentos como para dormir; as condições sanitárias e higiênicas eram péssimas, praticamente inexistentes. “A proliferação dos cortiços na cidade do Rio se deu a partir das décadas de 1850 e 1860, e esteve ligada ao aumento do fluxo de imigrantes portugueses e ao crescimento do número de alforrias obtidas pelos escravos”.⁸⁹

A respeito do quadro geral da cidade do Rio de Janeiro e como os médicos higienistas se posicionaram para organizá-la, relata Benchimol:⁹⁰

Os higienistas foram os primeiros a formular um discurso articulado sobre as condições de vida no Rio de Janeiro, propondo intervenções mais ou menos drásticas para restaurar o equilíbrio do “organismo” urbano. [...] Entre os fatores morbígenos sobressaíam as habitações, especialmente as “coletivas”, onde se aglomeravam os pobres. Os médicos incriminavam tanto os seus hábitos – ignorância e sujeiras físicas e morais – como a ganância dos proprietários, que especulavam com a vida humana em habitações pequenas, úmidas, sem ar e luz, que funcionavam como fermentadores ou putrefatórios, liberando miasmas sobre a cidade. Os higienistas condenavam outros aspectos da vida urbana: corpos eram enterrados nas igrejas, animais mortos eram atirados às ruas; por todos os lados havia monturos de lixo e valas a céu aberto; matadouros, açougues, mercados eram perigosos tanto do ponto de vista da integridade dos alimentos como por serem potenciais corruptores do ar; fábricas, hospitais e prisões igualavam-se na ausência de regras higiênicas e disciplinares; as ruas estreitas e tortuosas dificultavam a renovação do ar e a penetração da luz do sol; as praias eram imundos depósitos de fezes e lixo; quase não havia praças arborizadas no Rio de Janeiro, que era assim como um corpo sem pulmões.

⁸⁹ CHALHOUB, 1999, p. 26.

⁹⁰ BENCHIMOL, 2008, p. 239-240.

Pelo exposto acima, podemos ter uma pequena noção a respeito da dramática situação em que se encontrava a cidade do Rio de Janeiro. As condições de higiene eram completamente desprezadas, transformando a vida no centro urbano em um completo caos. As classes sociais mais favorecidas há muito almejavam que o Rio de Janeiro fosse submetido a uma reforma urbanística semelhante a que ocorreu em Paris, afim de colocá-la no mundo civilizado. Porém, mais importante do que uma reforma para modernizar a cidade, tornava-se urgente o saneamento da cidade. Este debate foi intensificado após duas violentas epidemias de febre amarela, em 1873 e 1876, que eliminaram, respectivamente, 3.659 e 3.476 vidas. A partir destas discussões foi elaborado por uma comissão da qual o Engenheiro Pereira Passos fazia parte, o primeiro plano urbanístico para a cidade do Rio de Janeiro.

Tal ordem de ideias iria saturar o ambiente intelectual do país nas décadas seguintes, e emprestar suporte ideológico para a ação “saneadora” dos engenheiros e médicos que passariam a se encastelar e acumular poder na administração pública, especialmente após o golpe militar de 1889. [...] O que se declara, literalmente, é o desejo de fazer a civilização europeia nos trópicos; o que se procura na prática, é fazer política deslegitimando o lugar da política na história.⁹¹

Mais uma vez, em 1891, um novo surto de febre amarela exterminou 4.454 pessoas que moravam na região central da cidade, onde existia uma grande concentração de habitações coletivas (cortiços, estalagens, casas de cômodo, quartéis, prisões, pensionatos, hospitais, manicômios, etc.). Na mesma época, a varíola matou 3.944 habitantes e a malária 2.235. Em 1890 e 1891, a tuberculose de forma tão cruel quanto as outras doenças eliminou, respectivamente, 2.290 e 2.373 pessoas.⁹²

⁹¹ CHALHOUB, 1999, p. 35.

⁹² BENCHIMOL, 2008, p. 245.

As sucessivas epidemias eliminavam vidas em grande quantidade, causando dor e sofrimento a população atingida. As famílias afetadas, por vezes, sofriam também impactos de ordem financeira causada pela morte dos responsáveis pelo seu sustento. Desta forma, de forma mais ampla, a economia da cidade e do país também eram atingidas, conforme apontado por Carlos Fidélis Ponte:⁹³

País agroexportador, sua economia dependia quase que exclusivamente do comércio externo, o que acabava por agravar ainda mais as consequências do seu quadro sanitário, já que muitas companhias de navegação se recusavam a estabelecer rotas que passassem pelos portos brasileiros. Conhecido como túmulo dos estrangeiros, o país encontrava dificuldade para atrair migrantes para as fazendas de café, carentes de mão de obra desde o fim da escravidão. Herdeiro de um passado escravista e colonial, o Brasil de então se via frente ao desafio de promover medidas capazes de alterar suas condições de saúde e de acabar com as epidemias, tendo em vista defender a vida de seus habitantes e a economia do país.

Todos esses eventos fortaleceram ainda mais o combate dos higienistas aos cortiços. As comissões sanitárias, frequentemente, ordenavam seu fechamento, o que não era obedecido de imediato pelos seus proprietários que exigiam que lhes fossem apontadas as irregularidades para seu funcionamento como tal. A polícia saía às ruas para cumprir a determinação e por vezes encontravam os donos dos cortiços munidos de mandados judiciais que impediam a ação. Alguns cortiços foram efetivamente fechados, pelo menos em caráter provisório, para reparos e desinfecção.

É importante ressaltar que os médicos da Inspetoria de Higiene gozavam de enorme poder na administração pública, sendo este tão intenso que nem mesmo o ministro do Interior, ao qual a Inspetoria de Higiene estava subordinada, era capaz de revogar suas determinações. Mesmo assim, os corticeiros argumentavam que não tinham como cumprir as ordens expedidas porque em primeiro lugar, não era possível remover as famílias que moravam nos cortiços de forma imediata; em segundo lugar, reclamavam da arbitrariedade da interdição para os casos que

⁹³ PONTE, Carlos Fidélis. O Brasil no microscópio. In: PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 49.

poderiam ser resolvidos com pequenas obras de manutenção; e, em terceiro lugar, e mais grave de tudo, o regulamento sanitário em vigor não dava aos proprietários o direito de defesa.⁹⁴

A importância da Inspetoria de Higiene era tão grande que, em abril de 1892, Cândido Barata Ribeiro, médico, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, participante ativo do grupo higienista, foi alçado à Presidência da Intendência Municipal e em dezembro do mesmo ano foi nomeado como prefeito da Capital Federal. Barata Ribeiro foi o protagonista do famoso episódio ocorrido em 1893, o fechamento e demolição do maior cortiço existente no Rio de Janeiro: o Cabeça de Porco.

Sem dúvida, desde o início do poder republicano esteve presente a preocupação com o saneamento do Rio de Janeiro, centro de todas as grandes decisões políticas e do próprio exercício do poder a nível nacional. A necessidade de estabelecer planos de saneamento para cidade transparecia nas primeiras discussões do governo provisório republicano. Ainda em 1889, um mês após os republicanos assumirem o poder, foram tomadas providências relativas ao serviço de polícia sanitária e adotadas medidas para impedir ou atenuar o desenvolvimento das epidemias em todo o território nacional. A partir deste momento, foram consideradas moléstias transmissíveis de notificação compulsória a febre amarela, cólera, peste, difteria, escarlatina e sarampo. A febre tifoide e tuberculose, transmissíveis, além do beribéri, foram definidas como de notificação facultativa.⁹⁵

Enquanto as epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica preocupavam as autoridades do governo, os médicos sanitaristas Emílio Ribas, Adolfo Lutz, Vital Brazil, Chapot Prévost e Oswaldo Cruz, discípulos da microbiologia criada por Louis Pasteur, estavam dedicados à pesquisa da descoberta da etiologia⁹⁶ e da profilaxia⁹⁷ destas doenças. Ao mesmo tempo, transcorriam as ações

⁹⁴ CHALHOUB, 1999, p. 47-48.

⁹⁵ COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: Origem das políticas de saúde do Brasil**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 45-46.

⁹⁶ A ciência das causas. Investigação das causas de uma doença. Conjunto dos fatores que contribuem para a ocorrência de uma doença ou estado anormal. – Dicionário de português online Michaelis.

⁹⁷ Prevenção de doenças. Medicina preventiva, que se ocupa das medidas necessárias à preservação da saúde da coletividade. – Dicionário de português online Michaelis.

buscando o saneamento da cidade, defendida pelos higienistas, por meio da reforma urbana.

A ruptura dos padrões médicos e científicos realizada por Pasteur, ao criar a microbiologia, abriu ao homem a possibilidade de enfrentar, pela primeira vez, as doenças infecciosas de forma realmente eficaz. A nova disciplina acabou por resolver o impasse em que se encontrava a medicina social. Isto porque, apesar de seu crescente poder de intervenção na sociedade e de seu amplo escopo de conhecimentos, a medicina de então se mostrava impotente para deter o avanço das epidemias, principalmente quando tal tarefa era mais necessária, ou seja, no quadro de expansão da economia capitalista e do crescimento dos centros urbanos daí decorrente.⁹⁸

Entre os principais pesquisadores, figurava o nome do Dr. Domingos José Freire, catedrático de química orgânica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em dezembro de 1879, Domingos Freire anunciou a descoberta de um micróbio que seria o causador da febre amarela. No primeiro semestre de 1883, ele desenvolveu uma vacina contra a febre amarela, utilizando técnicas concebidas por Louis Pasteur. No final deste mesmo ano, Freire foi indicado para assumir a presidência da Junta Central de Higiene Pública, o que tornou mais fácil a divulgação de sua vacina entre os cortiços do Rio de Janeiro. Sua vacina teve a aceitação dos imigrantes, dos nativos e também dos republicanos e abolicionistas que faziam parte do seu ciclo de relações. A “vacina de Domingos Freire” foi recomendada a todos os países afetados pela febre amarela, por resolução do IX Congresso Médico Internacional, ocorrido em Washington. “Pelo menos 12.239 habitantes do Rio de Janeiro e de outras cidades brasileiras foram inoculadas com a vacina de Domingos Freire entre 1883 e 1894”.⁹⁹

Os embates entre a teoria dos miasmas, defendida pelos higienistas, e a busca pelo micróbio causador das doenças, apontado pelos sanitaristas, se tornaram cada vez mais frequentes na tentativa de explicar as epidemias que assolavam o Rio de Janeiro e que se espalhavam por outras cidades do país.

⁹⁸ PONTE, 2010, p. 56.

⁹⁹ BENCHIMOL, 2008, p. 247.

[...] A higiene tinha como característica a desmedida ambição: cada doença que se propunha a vencer requeria batalhas num leque amplíssimo de frentes, contra as forças da natureza, a topografia das cidades, os mais variados componentes da vida urbana. De posse dos micróbios ou dos hospedeiros intermediários específicos de cada doença, os pausterianos teriam assinalado as batalhas prioritárias, “os pontos de passagem obrigatórios”, capazes de conduzir as hostes da higiene às vitórias que tanto almejavam. Essa imagem, muito sedutora, ajuda a pensar, ainda que seja fruto de uma depuração de acidentes, erros e contradições que tornam as batalhas realmente travadas muito mais confusas, ingovernáveis e com desfechos nem sempre favoráveis.¹⁰⁰

É importante lembrar que com a promulgação da Constituição Federal de 1891, ficou estabelecido o modelo federativo que dava grande autonomia às unidades da federação; a administração dos serviços relativos à saúde pública era de competência dos governos estaduais, que gozavam de completa autonomia em sua organização e regularização. Esta determinação trouxe problemas de operacionalização para que a saúde pública fosse tratada de forma mais homogênea em todo o país, ocorrendo muitas vezes atritos entre as ações da esfera municipal e do Governo Central, gerando discussões sobre as vantagens e desvantagens da centralização e descentralização das políticas a serem executadas. Para as elites locais dos estados não interessava a interferência do Governo Federal nesse campo, pois temiam que isto gerasse interferência em seus negócios. Desta forma, as ações federais na área da saúde ficavam restritas à cidade do Rio de Janeiro, sede do Distrito Federal.

2.2 A criação da Diretoria Geral de Saúde Pública

Para tratar dos assuntos da saúde pública foi criada, em 1897, Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. As suas atribuições eram as seguintes: dirigir os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; fiscalizar o exercício da medicina e da farmácia; executar

¹⁰⁰ BENCHIMOL, 2008, p. 270.

estudos sobre as doenças infectocontagiosas; organizar estatísticas demográficas-sanitárias; auxiliar os estados, quando houver solicitação por parte dos respectivos governos e em casos previstos constitucionalmente.¹⁰¹ A DGSP, apesar da sua designação de Diretoria Geral, manteve como principal característica a manutenção da condição formulada pela Constituição de 1891: seu campo de ação esteve direcionado para o Distrito Federal. Porém, a sua intervenção em uma unidade federativa só ocorreria quando esta fosse formalmente solicitada pelo governo do estado.

No período de 1903 a 1909, a direção da DGSP ficou a cargo de Oswaldo Cruz. Como consequência de um surto epidêmico de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, o governo federal decidiu expandir a esfera de atuação da DGSP dando-lhe poder de regular as atividades relacionadas à saúde da população. Desta forma, os serviços de higiene defensiva, polícia sanitária, profilaxia geral e específica das doenças infecciosas e as atividades de higiene domiciliar passaram a ser incorporados às suas atribuições.¹⁰²

A indicação de Oswaldo Cruz para o cargo de diretor da DGSP veio ao encontro do compromisso assumido pelo governo de Rodrigues Alves (1902-1906) de sanear a capital federal. A reputação do Rio de Janeiro como cidade pestilenta no cenário internacional atrapalhava a política de incentivo à imigração estrangeira, afetando diretamente a cafeicultura e o setor industrial, que tinham interesse em incorporar a mão de obra estrangeira em seus negócios. A obrigatoriedade frequente de períodos de quarentena para os navios atracados no porto do Rio trazia enormes prejuízos à economia nacional. Para mudar a imagem do Brasil no exterior, Rodrigues Alves, que teve sua filha vitimada pela febre amarela, baseou seu programa de governo no combate às epidemias, na melhoria das condições do porto e na reforma e no embelezamento da cidade. Para combater as epidemias, Oswaldo Cruz ficou responsável pelas campanhas sanitárias, enquanto a

¹⁰¹ Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.bvsoswaldocruz.coc.fiocruz.br/Trajectoria/diretoriageral/31campanhas/diretoriageralsaude.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

¹⁰² Ibid.

organização e a reforma urbanística ficaram a cargo do engenheiro Pereira Passos, indicado para assumir a Prefeitura do Distrito Federal.¹⁰³

Paralelamente ao “bota-abaixo”, nome pelo qual ficou conhecida a remodelação da cidade conduzida por Pereira Passos, Oswaldo Cruz, respaldado por uma legislação que conferia amplos poderes às suas brigadas sanitárias, dava prosseguimento ao seu plano de ataque às epidemias que ameaçavam a capital. Adepto das teses de Pasteur, Oswaldo Cruz, apesar de não se colocar contra a reforma urbana, centra suas ações em bases diferentes das estabelecidas pelos defensores das teorias miasmáticas. Na sua concepção, as doenças, que eram objeto de sua atenção, tinham um agente causal e um vetor que lhes servia de transmissor. Para ele, portanto, a resolução do problema estava na quebra da cadeia de transmissão pela inativação do agente causal, por meio de instrumentos como a vacina, ou na destruição de seu vetor, reduzindo ou eliminando por completo sua presença no ambiente. Assim foi, tanto no combate aos agentes transmissores da peste bubônica e da febre amarela, quanto na vacinação da população contra a varíola. Entretanto, suas medidas, mesmo que não diretamente vinculadas às transformações urbanas, como era o caso da imunização antivariólica, também suscitaram grande oposição e geraram forte polêmica, inclusive no meio médico.¹⁰⁴

Oswaldo Cruz imprimiu novas características na forma de encaminhar o combate às epidemias. A febre amarela, a peste bubônica e a varíola foram as doenças atacadas utilizando-se de estratégias diferentes das empregadas por seus antecessores. Outra importante mudança ocorreu na nova estrutura da DGSP com uma maior profissionalização dos envolvidos na reforma sanitária e com alterações nos papéis ocupados pelos higienistas e sanitaristas.

A retificação de curso e mentalidade na gestão do pausteriano Oswaldo Cruz é visível na definição de número limitado de doenças a atacar, na focalização dos vetores da febre amarela, peste bubônica e na ênfase à vacinação, que não foge à imagem de um ponteiro direcionado para o flanco da varíola. Essas setas nortearam as brigadas sanitárias de Oswaldo Cruz, conferindo nitidez às suas ações no contexto tumultuário do “embelezamento” do Rio de Janeiro. Conseguimos discernir suas trajetórias em meio à ofensiva comandada, paralelamente, pelos engenheiros contra muitos dos alvos que a higiene viera sinalizando no século XIX, e que os sanitaristas, agora, julgavam irrelevantes ou até mesmo contraproducentes para a logística das campanhas sanitárias. Elas puseram em movimento e conflito uma multidão de atores e acontecimentos que não estavam previstos no momento em que a nova estratégia foi apresentada,

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ PONTE, 2010, p. 63.

retoricamente, na simplicidade de suas correlações experimentais. O tumulto trouxe a vacina, a peste foi subjugada, a febre amarela desapareceu do Rio de Janeiro, mas só momentaneamente.¹⁰⁵

Para defender a reforma dos serviços de saúde e garantir o sucesso das campanhas sanitárias, em maio de 1903, começou a tramitação de um projeto de lei referente ao assunto no Congresso. Isto daria respaldo jurídico e permitiria ampliar o poder das autoridades sanitárias e, principalmente, fortalecer a notificação compulsória nos casos de doenças infecciosas. Quando houvesse omissão de notificação, o caso seria encaminhado ao Juízo dos Feitos de Saúde Pública com o objetivo de punir os infratores deste e de outros delitos. Somente em janeiro de 1904 o novo regulamento foi aprovado, após ser duramente combatido pela oposição e sofrer diversas mutilações.¹⁰⁶

As propostas encaminhadas por Oswaldo Cruz não foram combatidas somente no meio político, encontrando oposição também em outros setores da sociedade, como apresentado por Costa:¹⁰⁷

A resistência às ações de Oswaldo Cruz foi ampla e diversificada. No parlamento, a oposição investiu contra os novos processos de higiene implantadas no país. Falou em nome da liberdade humana submetida às mais duras provas, vendo o domicílio, inviolável perante a lei, perder esta prerrogativa diante das turmas que faziam o expurgo contra o inseto propagador da doença. Igualmente os positivistas engrossaram as fileiras dos adversários de Oswaldo Cruz porque Comte definia a vacinação obrigatória como um atentado à *"liberdade espiritual"* e manifestação do *"despotismo sanitário"*. A imprensa o ironizou, chamando-o de *"general-mata-mosquitos"*, exigindo sua demissão sob acusação de indolência, ineficácia e sectarismo. Alguns jornais chegaram a instigar o povo à sublevação contra o serviço sanitário.

A campanha contra a febre amarela foi concluída em dezembro de 1903. No ano seguinte, foram iniciadas as ações para combater e eliminar a peste bubônica: a notificação compulsória dos casos existentes, o isolamento dos doentes e a extinção

¹⁰⁵ BENCHIMOL, 2008, p. 271.

¹⁰⁶ Ibid., p. 271.

¹⁰⁷ COSTA, 1986, p. 60.

dos ratos e pulgas transmissores da doença. Como já havia sido comprovado cientificamente, pelos estudos efetuados por Alexandre Yersen, entre 1893 e 1894, que a contaminação da peste ocorria através da picada da pulga infectada pelo sangue do rato doente, Oswaldo Cruz praticamente não encontrou resistência por parte da comunidade médica. Para a opinião pública, no entanto, as ações de saneamento envolvendo a intimação aos proprietários para a remoção de entulhos, as reformas nas edificações com o objetivo de fazer a impermeabilização do solo e o fechamento de porões, mais uma vez, causaram grande desconforto. Além disso, o saneamento não se restringiu aos domicílios particulares; alcançou também as áreas públicas, as ruas, todo e qualquer espaço onde ocorresse a facilidade de proliferação de ratos. Para auxiliar na desratização da cidade, a DGSP obteve a liberação de um crédito especial concedido pelo Estado para ser utilizado na compra dos roedores capturados pela população. Isto gerou uma grande mobilização não só com a caçada aos ratos, mas também com a criação clandestina de roedores o que possibilitava a algumas pessoas obter uma renda extra.

Quatro meses após a campanha contra a peste, Oswaldo Cruz iniciou a campanha sanitária para controlar e eliminar a varíola. Diferentemente das campanhas anteriores, as ações para combatê-la não estavam relacionadas aos espaços públicos e habitações populares. Desta vez, não seria a invasão das residências, mas sim a “invasão” dos corpos. A única maneira de evitar a proliferação da doença era através da vacinação das pessoas. Porém, de imediato, ocorreram manifestações contrárias a esta possibilidade, tanto nas camadas mais populares quanto na elite (intelectuais, políticos, militares, etc.). O medo do vírus contido na vacina e as questões morais relacionadas aos locais do corpo para sua aplicação, principalmente em mulheres, foram os motivadores para a insatisfação generalizada.

[...] No Brasil, seu uso fora declarado como obrigatório para as crianças em 1837, estendendo-se, em 1846, aos adultos. Estas leis, no entanto, nunca foram cumpridas, quer por falta de condições políticas e técnicas (sua produção em escala industrial no Rio de Janeiro só começou em 1884),

quer pelo horror que a maioria da população nutria à ideia de se deixar inocular com o vírus da doença.¹⁰⁸

Para garantir que as pessoas voltassem a receber a vacina antivariólica, que era a única forma segura de profilaxia da doença, em junho de 1904, um projeto de lei foi submetido ao Congresso para restabelecer a obrigatoriedade da vacinação em toda a população da cidade do Rio de Janeiro e como também para Salvador e São Paulo, por exemplo. A lei foi aprovada, em 31 de outubro de 1904, gerando grande mobilização contra sua determinação, envolvendo parlamentares, militares, médicos, imprensa e outros setores da sociedade civil. Em 5 de novembro, para apoiar a população foi fundada a Liga Contra a Vacinação com sede Centro das Classes Operárias.

Quando a lei, apelidada como o “Código de Torturas”, foi publicada nos jornais do dia 9 de novembro de 1904, a cidade foi paralisada pela Revolta da Vacina. Milhares de habitantes da cidade do Rio de Janeiro foram às ruas para protestar contra a vacinação compulsória, enfrentando a polícia e o exército. Durante mais de uma semana, a cidade foi transformada em um verdadeiro campo de batalha com depredações, bondes virados e incendiados, e constantes confrontos que deixaram, segundo os jornais da época, um saldo de 23 mortos, dezenas de feridos e quase mil presos.¹⁰⁹

[...] Esse movimento, que a literatura da época reduziu a um simples choque entre as massas incivilizadas e a imposição inexorável da razão e do progresso, foi protagonizado por forças sociais heterogêneas, compondo-se, na realidade, de duas rebeliões imbricadas: o grande motim popular contra a vacina e outras medidas discricionárias e segregadoras impostas em nome do “embelezamento” e “saneamento” da cidade, e a insurreição militar deflagrada dias depois, com o objetivo de depor o presidente Rodrigues Alves.¹¹⁰

¹⁰⁸ Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.bvsoswaldocruz.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

¹⁰⁹ Ibid. Este episódio foi estudado com diferentes interpretações por outros autores: Benchimol, 2008; Carvalho, 2006; Chalhoub, 1999; Sevcenko, 1984.

¹¹⁰ BENCHIMOL, 2008, p. 273.

A insurreição popular foi sufocada em 15 de novembro de 1904, derrubando, também, a obrigatoriedade da vacinação e nos três anos que se seguiram ocorreu uma queda na quantidade de casos da doença. Porém, em 1908, a cidade sofreu um dos maiores surtos epidêmicos de varíola de sua história, contabilizando acima de 9.000 mortes.¹¹¹

Passados os momentos turbulentos causados pela Revolta da Vacina, Oswaldo Cruz continuou seus trabalhos à frente da DGSP, empreendendo entre 1905 e 1906 uma longa viagem de inspeção aos portos marítimos e fluviais do Brasil. Esta viagem fazia parte do compromisso assumido publicamente no dia de sua posse na DGSP, quando ele declarou que após tratar da febre amarela sua prioridade seria a organização das condições sanitárias dos portos brasileiros. Na primeira etapa das viagens, visitou os portos que ficavam entre Vitória (ES) e Belém (PA); na segunda etapa foram visitados os portos entre Santos (SP) e Rio Grande (RS), passando pelo Uruguai, Argentina e Paraguai, chegando ao porto de Corumbá (MT). O plano elaborado após as viagens previa a instalação de hospitais de isolamento e estações de desinfecção nos portos. Como ocorreu com as campanhas sanitárias do Distrito Federal, as opiniões divergentes não permitiram a efetiva aplicação do plano, no entanto a grande quantidade de material recolhido nas viagens, como mosquitos e amostras de sangue dos doentes, serviu de subsídio e permitiu montar um claro panorama das condições de saúde nos “sertões” do Brasil, tema que ganharia destaque na discussão no movimento sanitário, uma década depois.¹¹²

Oswaldo Cruz continuou na direção da DGSP até 1909, focalizando suas ações, a partir de 1906, para o combate à tuberculose que causou 16.690 mortes no Rio de Janeiro entre 1901 e 1907. Este número foi, aproximadamente, sete vezes superior ao das mortes decorrentes da febre amarela no mesmo período. Apesar disso, a tuberculose não foi caracterizada como uma doença transmissível e

¹¹¹ COSTA, 1986, p. 70.

¹¹² Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.bvsoswaldocruz.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

passível de ser encarada como uma epidemia.¹¹³ Desta forma, por falta de recursos financeiros e de apoio político o plano foi “engavetado”, ocorrendo o mesmo com a regulamentação da vacina obrigatória contra a varíola e o plano de defesa sanitária dos portos.¹¹⁴

Fazendo referência à ação do movimento sanitarista durante a Primeira República, Gilberto Hochman¹¹⁵ identifica que a maioria dos trabalhos escritos sobre este tema dividem as duas primeiras décadas do século XX em dois períodos: o primeiro está delimitado pela gestão de Oswaldo Cruz na DGSP entre os anos de 1903 e 1909 quando os serviços federais estiveram restritos ao Distrito Federal e aos portos do Brasil. Sua principal característica foi o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às três doenças – febre amarela, peste bubônica e varíola – que se transformaram em epidemias. Para a maioria dos autores, as políticas públicas de saúde desta fase estavam voltadas para livrar o país dos prejuízos ocorridos no comércio exterior, ocasionados pelas péssimas condições sanitárias da Capital Federal e de seu porto; o segundo ocorreu entre os anos de 1910 e 1920 quando a ênfase foi o saneamento rural e o combate às três endemias rurais – ancilostomíase¹¹⁶, malária e mal de Chagas. Neste período, os médicos sanitaristas descobriram os *sertões*, com seus habitantes isolados, abandonados e doentes, mas com a possibilidade de tratá-los, curá-los e integrá-los à sociedade nacional. Este período é completamente diferente do anterior porque buscava um caminho para a construção da nação, conforme preconizava a corrente sanitarista

¹¹³ A tuberculose era endêmica, porém devido à sua alta contagiosidade poderia parecer epidêmica. Existiram diferentes concepções em torno da doença e do doente relacionadas com as questões morais, românticas e utilitaristas. Para maiores detalhes ver: Rios, 2009.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998. p. 60-61.

¹¹⁶ Ancilostomíase ou ancilostomose é uma doença muito comum no Brasil, popularmente conhecida como amarelão. É causada por vermes que atacam o intestino delgado, provocando feridas que fazem com que o indivíduo parasitado perca sangue e fique anêmico. O verme que está na terra contaminada por fezes penetra na pele das pessoas quando há contato direto. Os principais sintomas do amarelão são fraqueza, palidez, tontura, febre alta e cólica intestinal. O verme só é combatido depois da infecção com a prescrição de vermífugos. Como o meio de transmissão dessa doença é pelas fezes deixadas em local desapropriado, a melhor maneira de prevenção é o saneamento básico, sobretudo na periferia de cidades grandes e no campo, e sempre andar calçado e usar luvas para manipular a terra.

Disponível em: <http://www.klickeducacao.com.br/bcoresp/bcoresp_mostra/0,6674,POR-853-6453,00.html>. Acesso em: 24 ago. 2013.

que não admitia o determinismo racial e a influência das condições climáticas como explicação para o atraso do Brasil e do povo brasileiro.

Em 1912, Belisário Pena, médico sanitarista que trabalhava na DGSP desde 1904, e Artur Neiva, discípulo de Oswaldo Cruz atuando desde 1906 no Instituto Soroterápico, chefiaram uma expedição científica patrocinada pelo Instituto Oswaldo Cruz percorrendo o interior do Brasil. A expedição passou pelos estados da Bahia, Pernambuco, Pará e cruzou Goiás de norte a sul. O relatório gerado revelou a existência de uma população desconhecida, atrasada, refratária ao progresso, relegada ao abandono e a doença, improdutiva e sem a noção de nacionalidade. Além deste, diversos artigos escritos por Belisário Pena foram publicados no jornal *Correio da Manhã*, entre 1916 e 1917, e depois reunidos no livro *O Saneamento do Brasil*¹¹⁷, editado em 1918. Os relatos apresentados por ambas publicações sensibilizaram os sanitaristas de tal forma que, em fevereiro de 1918 foi criada a Liga Pró-saneamento do Brasil, presidida por Belisário Pena com o objetivo de promover o saneamento rural no país. Sua principal proposta foi combater as endemias rurais por meio de uma política sanitária de caráter nacional e centralizada no governo federal. Como primeiro resultado de sua atuação foi criado no mesmo ano o Serviço de Profilaxia Rural, inicialmente subordinado à DGSP e, posteriormente, vinculado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O Serviço tinha como objetivo combater, em nível nacional, as importantes endemias de malária, ancilostomíase e doença de Chagas.¹¹⁸

Em setembro de 1918 a cidade do Rio de Janeiro foi tomada pela doença que se tornaria uma das mais intensas epidemias ocorridas no Brasil: a gripe espanhola. A sua ação foi devastadora, causando um verdadeiro caos em praticamente todos

¹¹⁷ O *Saneamento do Brasil* apontava as falhas mais graves das políticas de saúde da época. Pena concluiu que, à exceção de São Paulo, e em certa medida Minas Gerais e Rio Grande do Sul, os estados brasileiros só cuidavam das condições sanitárias das capitais e de algumas poucas cidades²⁵. As populações rurais permaneciam no mais completo abandono. As estatísticas sobre as endemias rurais refletiam tal situação: o amarelão atacava 70% da população; 40% eram vítimas da malária; a doença de Chagas atingia 15% da população rural. Estas eram as endemias mais sérias em todo o país, às quais o governo central deveria dar combate através de uma política integrada de saneamento (CASTRO SANTOS, 1985, p.8-9).

¹¹⁸ Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.bvsoswaldocruz.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

os serviços da cidade; o transporte urbano, a distribuição de alimentos, as atividades comerciais, industriais e financeiras, o atendimento médico e hospitalar, e, até mesmo, os serviços funerários foram afetados pela falta de pessoal para o recolhimento dos cadáveres ou mesmo pela dificuldade para obter um caixão, uma vez que as funerárias trabalhavam dia e noite e não conseguiam atender às necessidades. A espanhola deixou um rastro de aproximadamente 15 mil mortos no Rio de Janeiro. A forma como ocorreu a epidemia deixou evidente a fragilidade da atuação dos responsáveis pela saúde pública no enfrentamento às doenças.

Como as outras epidemias que a antecederam, a gripe espanhola foi se alastrando pelo Brasil fazendo inúmeras vítimas por onde passava. Esta situação demonstrou que existia uma interdependência social que possibilitava que as doenças transmissíveis transitassem pelo país, pela falta de recursos e de atenção. Era necessário educar a população para a mudança de hábitos individuais e coletivos dentro dos conhecimentos e critérios médicos existentes para evitá-las.

A partir dessa percepção sobre a interdependência social, as ações mais consequentes do sanitarismo brasileiro na Primeira República foram: primeiro, expressar e divulgar com sucesso o sentimento de interdependência gerado pelas doenças transmissíveis, em uma interpretação de que a saúde pública era o principal problema nacional, construindo, com isso, uma poderosa ideia de comunidade nacional entrelaçada pela doença. Segundo, e mais inovadora, a transformação da ordem política em variável independente. A solução para o problema seria uma reforma que possibilitasse a unificação e centralização das políticas de saúde e saneamento nas mãos do Governo federal. A equação reformista seria: *consciência sanitária + mudanças políticas e constitucionais = política nacional de saúde pública.*¹¹⁹

2.3 O Departamento Nacional de Saúde Pública

Finalmente, em 2 de janeiro de 1920, atendendo às expectativas da comunidade médico-sanitarista, foi aprovada pelo Congresso Nacional, a lei nº 3.897, referente a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ao DNSP foram

designados: os serviços de higiene no Distrito Federal abrangendo a profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis; os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; a profilaxia rural no Distrito Federal, nos estados e no território do Acre; o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das doenças transmissíveis; o fornecimento de soros, vacinas e de outros produtos destinados ao combate de epidemias em quaisquer regiões do país; o fornecimento de medicamentos oficiais; exame químico de gêneros alimentícios de procedência nacional ou estrangeira; a inspeção médica de imigrantes e outros passageiros com destino aos portos da República; a assistência aos morféuticos (leprosos) e aos doentes que deveriam ser isolados, no Distrito Federal; organização e publicação de estatísticas sanitárias; o serviço de fiscalização dos esgotos e construção de novas redes no Distrito Federal; a fiscalização de produtos farmacêuticos, vacinas e outros produtos biológicos expostos à venda; e a organização do Código Sanitário que a ser submetido à aprovação do Congresso Nacional.¹²⁰

O novo código sanitário (1920) deu maiores poderes ao governo federal para intervir nos estados. Em poucos meses, onze estados haviam firmado acordos com o governo central para a criação de postos de profilaxia no interior. Sete estados eram da região norte e nordeste. Em 1922, perto de 100 postos de saúde estavam operando, além dos postos abertos pela International Health Commission da Fundação Rockefeller.¹²¹

Como podemos verificar as atividades do DNSP não ficaram restritas ao Distrito Federal, como era a característica inicial da Diretoria Geral de Saúde Pública. Apesar de alguns serviços terem sido direcionados para o atendimento a outras regiões do país, foi mantida a sua posição de não interferir nas questões de saúde pública das unidades da federação, conforme definido na Constituição de 1891. No entanto, as ações voltadas para as endemias e as epidemias passaram a ser coordenadas pelo DNSP. Deve-se notar, também, que ao apoiar o combate às

¹¹⁹ HOCHMAN, 1998, p. 80.

¹²⁰ Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920 – Publicação Original – Portal Câmara dos Deputados. Disponível em: <www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>. Acesso em: 26 ago. 2013.

epidemias em qualquer região do país, o Governo Federal demonstrou preocupação com a interdependência social entre as unidades da federação.

Os serviços atribuídos ao DNSP foram distribuídos por três diretorias, com funções bem definidas: Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal; Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial; e Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural. Cabe ressaltar que a esta última, estavam subordinados os serviços relacionados à profilaxia e ao combate das endemias rurais nos estados, as epidemias em qualquer região do país, bem como a promoção de acordos entre os governos estaduais e municipais com o objetivo de facilitar tais ações.¹²²

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública foi um marco divisor nas políticas de saúde pública no Brasil, pois a Diretoria Geral de Saúde Pública e a Liga Pró-saneamento perderam a sua função e foram extintas. A partir de 1920, a centralização da saúde se tornaria cada vez mais efetiva possibilitando uma melhor distribuição dos recursos existentes. Em 1923, os intelectuais participantes da extinta Liga Pró-saneamento fundaram a Sociedade Brasileira de Higiene, que serviu como base de apoio à atuação do DNSP. O estabelecimento de convênios entre o Governo Federal e a Fundação Rockefeller permitiu ampliar a atuação nas endemias do interior do Brasil, como ocorreu com a febre amarela.¹²³

Para Castro Santos a década de 1920 foi o período de maior politização do movimento sanitário brasileiro, uma vez que as políticas de saúde se aproximaram ao que havia sido idealizado por seus defensores, como Belisário Pena e Monteiro Lobato, onde os olhares se voltaram para os sertões. Porém, no período pós-1930 o movimento sanitário perdeu o vigor apresentado durante os últimos 15 a 10 anos anteriores ao fim da Primeira República. A entrada do Governo Vargas direcionou o

¹²¹ CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985. p. 12.

¹²² Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920 – Publicação Original – Portal Câmara dos Deputados. Disponível em: <www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>. Acesso em: 26 ago. 2013.

¹²³ Para discussão detalhada sobre o período 1920-1930 ver: COSTA, 1986, p.99-116 e HOCHMAN, 1998, p.91-208.

combate às endemias para o atendimento das necessidades de atividades econômicas, como foi o caso do saneamento da área que seria explorada no vale do Rio Doce. Mesmo assim, as bases lançadas pelo movimento sanitário dos anos 20 permaneceram após a Revolução de 1930.¹²⁴

Doenças – como a lepra, a tuberculose e as venéreas – que até aquele momento não estavam sendo adequadamente consideradas como verdadeiros problemas nacionais, passaram a receber o necessário destaque dentro da estrutura de saúde. Para orientar ações neste campo, foram instituídas pelo regulamento do DNSP as Inspetorias de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, e a de Profilaxia da Tuberculose. A primeira delas ficou subordinada diretamente a Diretoria Geral do DNSP, com abrangência em todo o país, e a segunda ficou subordinada à Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal com abrangência, restrita ao Distrito Federal.¹²⁵

2.4 As ações contra a lepra

Mesmo não estando entre as doenças que apresentavam alto grau de letalidade, a lepra não deixou de receber atenção por parte dos médicos que a notavam como uma endemia nacional em crescimento. Podemos verificar que no Regulamento Sanitário aprovado em setembro de 1902, a lepra estava entre as doenças que deveriam ser notificadas compulsoriamente. Da mesma forma, na reforma sanitária de 1904, promovida por Oswaldo Cruz, ela foi considerada doença de notificação compulsória recebendo tratamento diferenciado juntamente com outras 12. No item “Instrucções particulares relativas a cada uma das molestias de notificação compulsória” (*sic*) da referida reforma foram dadas importantes orientações a respeito da doença.¹²⁶

¹²⁴ CASTRO SANTOS, 1985, p. 16-19.

¹²⁵ Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública – decreto nº 16.300 – 31 dez 1923. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-regulamento-pe.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

¹²⁶ SOUZA-ARAUJO, Heraclides Cesar de. **História da lepra no Brasil**: volume III – período republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956. p. 115-116.

No mesmo ano em que a foi aprovada a reforma sanitária, Oswaldo Cruz encaminhou um relatório ao ministro da justiça e negócios interiores J. J. Seabra, com o seguinte parecer:

Uma moléstia que está alastrando-se pela cidade, fazendo um numero sempre crescente de victimas (em 1904 houve 23 óbitos no Rio de Janeiro) é a lepra. Convém que medidas urgentes sejam tomadas em relação a essa moléstia. O caracter, essencialmente chronico do mal, impede que se tome, em relação a ella, as medidas de isolamento num hospital geral de isolamento. O leproso póde, durante muitos annos, dedicar-se ao trabalho; por isso, sua sequestração da sociedade deve ser feita, não num hospital, mas em estabelecimentos adequados, “colonias de leprosos”, onde, ao lado do indispensável tratamento, encontrem os lazarus elementos necessarios para applicação de sua actividade, ainda muito aproveitavel. Estas colonias, que constituirão verdadeiras aldeias, terão todos os elementos de conforto necessarios, de accôrdo com os hábitos das differentes classes sociaes. Para tornar desde já pratica a idéa consignada nas linhas pregressas, pensa esta Directoria que, á vista da actual organização sanitaria, o Governo poderia utilizar-se do Lazareto da Ilha Grande para ahi dar inicio ao isolamento dos leprosos (*sic*).¹²⁷

Como podemos observar, para Oswaldo Cruz era clara a necessidade de buscar medidas para conter o avanço dos casos de lepra, o mais rápido possível, antes que a quantidade de doentes chegasse a níveis alarmantes. No entanto, devido à baixíssima letalidade apresentada pela doença, sua orientação foi para que o isolamento não ocorresse através de uma simples internação do doente em um hospital, mas sim através do encaminhamento para uma “colônia de leprosos” com todos os elementos de uma pequena cidade, onde fosse possível desempenho de suas atividades profissionais e sociais. Para tal, ele sugere a utilização da Ilha Grande, no Rio de Janeiro, para a criação deste ambiente isolado e preservado para os leprosos. O discurso de Oswaldo Cruz mostra a sua posição isolacionista e sua preocupação com a propagação da doença na sociedade.

A saída de Oswaldo Cruz da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1909, o impossibilitou de dar início ao projeto de isolamento dos leprosos na Ilha Grande. No

¹²⁷ CRUZ apud SOUZA-ARAUJO, 1956, p. 116.

entanto, ainda sem abandonar o seu objetivo, em julho de 1913, ele publicou o artigo “Uma questão de hygiene social: lepra” (*sic*) no Jornal *O Imparcial*.¹²⁸

[...] Carecemos de dados estatísticos que nos possam orientar sobre a cifra real dos leprosos, que vivem em nossa cidade e daquelles que se encontram nos Estados do Brasil. Em alguns destes, cidades há que são verdadeiras gafarias: rara é a familia que não tenha pago doloroso tributo á horrivel molestia. Incompletos e insufficientes são nossos conhecimentos acerca da transmissão da lepra. Importa isso em dizer que nos fallece base scientifica para constituir a prophylaxia especifica da molestia. [...] O que é positivo é que a molestia se transmite. O como, não o sabemos. Mas o leproso é, ao menos, um dos depositos do virus. Isto está provado. Dahi a necessidade de isolal-o da comunidade. [...] A hospitalização do leproso não é coisa exequivel como medida prophylatica. A lepra é molestia de longa duração, mata lentamente, mutilando aos poucos o individuo, deformando-o, e isto em decurso moroso, de 1 a 4 (de um a quatro) decennios. [...] O hospital só servirá para tratamento dos leprosos em paroxismos agudos, dos affectados de molestias intercorrentes ou complicações da lepra. A sequestração do morphetico só é pratica quando feita nas colonias de leprosos. [...] Entre nós, bem que se poderia iniciar tão salutar movimento. E poderia ser feito sem consideraveis despezas. Existem, na ilha Grande, logares dos mais apraziveis que possuimos, magnificas installações que foram feitas para um grande Lazareto. [...] A colonia quase que se bastaria a si propria, desde que a ella se recolhessem enfermos de varios pontos do Brasil. A agricultura, a industria pastoril, o commercio e a industria fabril poderiam ser desenvolvidas pelos proprios enfermos. O governo e os philanthropos poderiam empregar capitães nesses estabelecimentos de commercio e industria, e assim resolveriam um problema sanitario palpitante, sem despezas excepcionaes. É uma idéa a estudar que poderá ser modificada, melhorada e mesmo alterada, desde que o seu substractum "o isolamento dos leprosos em colonias" permaneça de pé (*sic*).

Este artigo provocou fortes manifestações de apoio à campanha de isolamento dos leprosos na Ilha Grande. Duas teses de doutoramento, defendidas no mesmo ano do artigo, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, fizeram referências ao plano sugerido por Oswaldo Cruz. No Senado Federal, o senador paulista Francisco Glycerio, no dia seguinte à publicação do artigo, apresentou uma emenda orçamentária solicitando a liberação de verba para iniciar a construção da colônia de leprosos na Ilha Grande. Também, as sociedades médicas do Rio de Janeiro consolidaram o movimento de pesquisa pela profilaxia da lepra.¹²⁹

¹²⁸ CRUZ, Oswaldo. **Uma questão de hygiene social: lepra**. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, n.211, p.2, jul. 1913. - Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz.

Disponível em: <<http://www.bvsoswaldocruz.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

¹²⁹ SOUZA-ARAUJO, 1956, p. 117.

A reforma sanitária de 1914, regulamentada pelo decreto nº 10.821 de 18 de março, considerou, mais uma vez, como “moléstias de notificação compulsória”, a lepra juntamente com outras 16 doenças. Para tais doenças o isolamento do doente era obrigatório. Segundo o artigo 171 do referido decreto, “O isolamento domiciliário parcial só será empregado para a tuberculose e a lepra, de acordo com os preceitos estabelecidos pelas instruções em vigor na Directoria Geral de Saude Publica” (*sic*). Quanto à profilaxia específica para a lepra, ficou definido que enquanto as colônias para leprosos não fossem estabelecidas, a autoridade sanitária seria responsável pela execução e controle dos procedimentos a serem adotados.¹³⁰

No período entre 1915 e 1920 ocorreram alguns eventos que foram muito importantes para a discussão e definições dos assuntos relativos a profilaxia e tratamento dos leprosos. Um desses eventos ocorreu em meados de 1915 quando foi constituída a Comissão de Profilaxia da Lepra formada pelos membros de diversas sociedades médicas e científicas do Distrito Federal, tendo como objetivo principal a elaboração do melhor plano para combater a doença. Para sua composição a Comissão contou com Carlos Seidl, diretor do DGSP, nomeado como presidente e com três médicos oriundos das seguintes entidades: Academia Nacional de Medicina; Sociedade de Medicina e Cirurgia; Sociedade Brasileira de Dermatologia; Sociedade Médica de Hospitais; e Associação Médico-Cirúrgica. A Comissão desenvolveu seus trabalhos até 1919 discutindo temas relacionados com a lepra e os aspectos científicos e sociais pertinentes. Assim, entre 1915 e 1919 foram produzidos trabalhos para os seguintes temas: transmissibilidade da lepra; lepra e casamento; lepra e profissão; lepra e imigração; lepra e domicilio; lepra e isolamento. Ao término de suas atividades, em outubro de 1919, a Comissão apresentou à Academia Nacional de Medicina o documento “Conclusões aconselhadas pela Comissão de Prophylaxia da lepra para servir de base a um projeto de lei” (*sic*) contendo 11 itens que orientavam de forma geral que: o

¹³⁰ Legislação Informatizada – Decreto nº 10.821, de 18 de março de 1914 – Publicação Original. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-10821-18-marco-1914-501496-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 01 out. 2013

isolamento deveria ser obrigatório para os leprosos, sem distinção de classe social, em vilas ou colônias agrícolas; fosse evitado o casamento entre leprosos para que a descendência não adquirisse a doença; fosse impedida a entrada de leprosos estrangeiros no país exercendo-se rigorosa fiscalização sobre os imigrantes; não fosse permitido o exercício profissional de qualquer indivíduo leproso para a população sadia, bem como não ocorresse a venda de produtos industriais ou agrícolas manipulados por leprosos; fosse intensificada a fiscalização sobre as habitações coletivas para impedir a peregrinação de leprosos e a consequente disseminação da doença pelo país.¹³¹

Dois outros eventos também foram extremamente importantes e funcionaram como espaço de discussão para encontrar a melhor maneira de combater o avanço da lepra, produzindo material riquíssimo para os passos posteriores. Entre 3 e 10/12/1916 aconteceu o Primeiro Congresso Médico Paulista, constituído por 12 sessões de trabalho, com a 11ª dedicada à Higiene Demográfica e Engenharia Sanitária, onde se teve trabalhos apresentados sobre a lepra. Ao término do Congresso, foi encaminhada uma moção elaborada pelos médicos que participaram das discussões sobre a lepra direcionada ao governo federal e aos governos estaduais solicitando ações imediatas para a profilaxia contra a doença.¹³²

Em 1918, no Rio de Janeiro, foi realizado o VII Congresso Brasileiro de Medicina. Mais uma vez, a lepra foi tema de diversos trabalhos que apresentaram históricos e estatísticas de sua manifestação, projeto de um leprosário-modelo, além de discutir como a mesma deveria ser combatida. Infelizmente, não houve a apresentação de nenhum trabalho conclusivo sobre a profilaxia e o tratamento da lepra porque o Congresso foi interrompido pela epidemia de gripe espanhola que se instalou na cidade. Para Souza-Araujo, a respeito da profilaxia da lepra, esse congresso complementou o congresso paulista de medicina, realizado em 1916, e os estudos produzidos pelos dois congressos estabeleceram um diferencial no sentido de encontrar uma solução para este grave problema no Brasil.

¹³¹ CUNHA, 2005, p. 39-42.

¹³² SANTOS, 2006, p. 45.

É bem possível que os acontecimentos relatados acima tenham sensibilizado o Governo Federal para a necessidade de um tratamento especial para a lepra e, conseqüentemente, tenham determinado a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, subordinada diretamente a Diretoria Geral, dentro da estrutura do DNSP. De forma geral, o objetivo da Inspetoria era superintender e orientar o serviço de combate à lepra e às doenças venéreas em todo o território nacional. Para a sua chefia foi nomeado Eduardo Rabello, reconhecido dermatossifilógrafo, um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, professor catedrático das Doenças de pele e sífilis, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a atribuição de dirigir os serviços no Distrito Federal, orientá-lo tecnicamente e fiscalizá-lo em todo o país. Para o Distrito Federal e o Território do Acre os serviços seriam executados diretamente pela Inspetoria; para outras localidades os serviços seriam prestados através das comissões de saneamento e de profilaxia rural, mediante acordos com os respectivos governos ou administrações. Deve ser ressaltado que, para a execução de suas atribuições a Inspetoria, através do regulamento sanitário de 1920, recebeu poder coercitivo para o exercício de medidas profiláticas contra a lepra, como a execução de exames ou mesmo determinar o isolamento domiciliar ou compulsório.¹³³

Mesmo após a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, o estado de São Paulo continuou a encaminhar, de forma independente, as soluções para a profilaxia e o tratamento da lepra. A sua condição econômica permitiu que fossem desenvolvidas políticas de saúde sem depender do Distrito Federal. Esta exceção já tinha ocorrido após a criação da DGSP e mesmo durante as epidemias que eclodiram no final do século XIX e início do século XX.¹³⁴

Durante a década de 1920 a lepra continuou a ser amplamente debatida em importantes eventos da área de saúde, no Brasil e no exterior. Este foi o caso da Conferência Americana da Lepra, que ocorreu no Rio de Janeiro, entre 8 e 15 de

¹³³ CUNHA, 2005, p. 49-52.

¹³⁴ Para mais detalhes sobre o combate à lepra em São Paulo, ver: CUNHA, 2005, p.52-54 e SANTOS, 2006, p.44-49.

outubro de 1922, quando foram discutidas ocorrências e medidas profiláticas da lepra nos países das Américas. Em 1923, em Estrasburgo, ocorreu a III Conferência Internacional de Leprologia, promovida pelo governo da França, que contou com a participação de Eduardo Rabello, como delegado do Brasil. Entre 1923 e 1929, ocorreram cinco Congressos Brasileiros de Higiene, onde a lepra fez parte da pauta, com exceção do quarto encontro. Por fim, em comemoração ao seu primeiro centenário, a Academia Nacional de Medicina promoveu, em 1929, a IV Conferência Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia quando foram apresentados trabalhos de médicos da Argentina, do Uruguai, do México e do Brasil, abordando a disseminação e a profilaxia da lepra.¹³⁵

A situação econômica do Brasil durante a década de 1920 impediu que a lepra fosse controlada de maneira eficaz e eficiente como sugerido nos muitos trabalhos científicos produzidos neste período. De forma geral, o isolamento foi apontado como a solução para a profilaxia, mesmo existindo divergências se esse deveria ser centralizado em uma ou mais colônias ou se deveriam existir colônias em todos os estados brasileiros. Esta foi a solução para tratar dos doentes e não da doença, porque até este momento não existia medicamento que pudesse eliminar o bacilo de Hansen. A década seguinte traria mudanças significativas para o cenário político brasileiro com o episódio da Revolução de 1930 e seus desdobramentos. Contudo, para a lepra, somente após o governo provisório, com a gestão de Gustavo Capanema, em 1934, no Ministério da Educação e Saúde Pública é que seria elaborado, em 1935, um plano para a construção de leprosários em, praticamente, todas as unidades da federação. Estas e outras ações serão apresentadas e discutidas no capítulo seguinte.

¹³⁵ CUNHA, 2005, p. 55-58.

3 O COMBATE À LEPROSA NO GOVERNO VARGAS

A partir de 24 de outubro de 1930, com a deposição e prisão do presidente da República Washington Luís e com a tomada de poder por uma Junta Provisória de Governo, os rumos políticos, sociais e econômicos do Brasil foram alterados pelo evento que ficou conhecido como a Revolução de 1930, marcando assim, o fim do primeiro período republicano brasileiro (1889-1930). Por decisão da Junta Provisória, formada pelos generais Tasso Fragoso e João de Deus Mena Barreto e pelo almirante Isaías de Noronha, o poder foi transmitido à Getúlio Vargas como chefe do Governo Provisório. Vargas permaneceria no poder por 15 anos passando por dois períodos diferentes: de 1934 a 1937, quando ele foi empossado como presidente da República por eleição indireta, conforme fora estabelecido na Constituição promulgada em 16 de julho do mesmo ano; e de 1937 a 1945, como ditador após liderar o golpe de Estado que resultou no período autoritário brasileiro conhecido como Estado Novo. Mesmo após ser deposto, em 1945, pelos próprios militares que o apoiaram em 1930 e em 1937, Getúlio Vargas voltaria a cena política como presidente eleito pelo povo, em 1951.¹³⁶

No Governo Vargas (1930-1945) foram efetuadas significativas mudanças nas políticas econômicas e sociais, influenciando, de forma permanente, os rumos da industrialização e da organização da sociedade brasileira. Este período ficou conhecido como Era Vargas. Maria Celina D'Araujo¹³⁷ explica o significado deste termo:

Para começar, estamos tratando de uma “maneira de dirigir o país” – o povo, os negócios, a defesa nacional –, em que se atribui ao governo um poder acima de qualquer vontade. O governo, dentro da visão varguista, teria o papel de mostrar o caminho para os homens, de apontar soluções, e, até mesmo, implementá-las se julgasse conveniente. Ao governo e às suas instâncias de administração e defesa – ministérios, secretarias, Forças

¹³⁶ Para maiores detalhes sobre o assunto ver: “A era Vargas: dos anos 20 a 1945”. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/apresentacao>> Acesso em: 20 jan. 2014; FAUSTO, Bóris. História do Brasil. 6. Ed. São Paulo: EDUSP, 1998.

¹³⁷ D'ARAUJO, Maria Celina. **A era Vargas**. São Paulo: Moderna, 1997. p. 8.

Armadas –, isto é, ao Estado, caberia ordenar aquilo que achavam mais conveniente aos homens. Dessa forma, não caberia ao governo atender aos interesses e desejos da sociedade, conforme postulado pela teoria democrática liberal, mas sim apontar-lhe os caminhos a serem tomados e a maneira como ela deveria agir e se comportar. Em outras palavras, era basicamente o que se convencionou chamar *Estado intervencionista*. Esse Estado não seria o executor da vontade soberana do povo mas, ao contrário, o senhor desse povo. Não seria a expressão de projetos e ambições da sociedade, organizada de acordo com suas conveniências, mas ao contrário, ordenaria como os homens se organizariam e quais atividades deveriam ser consideradas relevantes e prioritárias.

A explicação apresentada por D'Araujo está de acordo com o pensamento autoritário que se fez presente durante a década de 1920, tendo no Brasil como seus maiores representantes Azevedo Amaral, Alberto Torres, Oliveira Viana e Francisco Campos. Nesta linha de pensamento estava presente a concepção de que os brasileiros não tinham maturidade suficiente para definir o próprio destino a partir de suas escolhas, sendo necessária a existência de um líder, um tutor para orientá-los. Assim, a política implantada por Vargas foi completamente oposta ao que indica a teoria liberal, estabelecendo um Estado centralizador e intervencionista.

As medidas centralizadoras do governo provisório surgiram desde cedo. Em novembro de 1930, ele assumiu não só o Poder Executivo como o Legislativo, ao dissolver o Congresso Nacional, os legislativos estaduais e municipais. Todos os antigos governadores, com exceção do novo governador eleito de Minas Gerais, foram demitidos, e, em seu lugar, nomeados interventores federais. Em agosto de 1931, o chamado Código dos Interventores estabeleceu as normas de subordinação destes ao poder central. Limitava também a área de ação dos Estados, que ficaram proibidos de contrair empréstimos externos sem a autorização do governo federal; gastar mais de 10% da despesa ordinária com os serviços da polícia militar; dotar as polícias estaduais de artilharia e aviação ou armá-las em proporção superior ao Exército.¹³⁸

3.1 A saúde pública no Governo Provisório

Uma das primeiras ações do governo, dentro da política nacional de consolidação, foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em

¹³⁸ FAUSTO, 1998. p. 333.

novembro de 1930. Inicialmente, o MESP foi formado por quatro Departamentos Nacionais: de Ensino, de Saúde Pública, de Medicina Experimental e de Assistência Médica. A criação do MESP tinha como objetivo primordial atender três problemas: instrução, educação e saneamento.

Na área da saúde, muitas das ações executadas foram herdadas dos debates ocorridos na década de 1920, bem como a estrutura e a burocracia oriundas do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Antes de 1930, a atuação do DNSP estava reduzida ao Distrito Federal apesar da denominação *Nacional*. Somente a partir de 1930, estas ações passaram a ser direcionadas para o território nacional através de programas de combate às endemias, com claro objetivo de atingir os setores da sociedade que foram excluídos anteriormente.

Os anos iniciais do governo Vargas foram marcados por grande instabilidade política, consequência do jogo de forças que atuaram durante o processo que antecedeu a Revolução de 1930. A divergência entre o federalismo e a centralização causava desequilíbrios no governo. Refletindo esse período turbulento, entre 1930 e 1934, o Ministério da Educação e Saúde Pública passou por várias reformas através de atos legislativos. Segundo Santos,¹³⁹ “Essa teria sido uma ‘fase experimental’ do processo de centralização administrativa e de intervencionismo estatal”.

Dentro dessa “fase experimental”, o MESP passou por quatro mudanças de ministro: Francisco Luís da Silva Campos exerceu o cargo até agosto de 1931, sendo sua nomeação uma compensação do governo federal ao estado de Minas Gerais por seu apoio e participação na Revolução de 1930; Belisário Augusto de Oliveira Penna atuou entre setembro e dezembro de 1931; Francisco Campos reassumiu o cargo de dezembro de 1931 até setembro de 1932; Washington Ferreira Pires, outra indicação de Minas, ficou no comando até julho 1934, quando Gustavo Capanema, também mineiro, assumiu e se manteve no cargo até outubro de 1945, fim do primeiro Governo Vargas e do Estado Novo.

¹³⁹ SANTOS, 2006, p. 88.

Com relação ao combate à lepra não houve mudanças significativas com a reforma de 1930. Durante o Governo Provisório a lepra continuou sendo uma atribuição da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV), subordinada ao DNSP, que mesmo depois de 10 anos de atividade ainda não cumpria satisfatoriamente os objetivos em relação à doença. Segundo Cunha,¹⁴⁰

Até o ano de 1930 existiam no Brasil 14 leprosários, sendo seis particulares, seis estaduais e dois federais. 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. A maioria desses serviços era de responsabilidade dos respectivos estados.

No início do Governo Provisório não existia um plano específico para o combate a lepra. Os recursos financeiros provenientes da União ainda eram direcionados para as ações no Distrito Federal. A partir de 1932, o Governo Federal passou a fornecer recursos aos governos estaduais de forma regular para a construção ou manutenção dos leprosários. Dentro desta política, o Espírito Santo, dentre outros estados, recebeu verbas federais que somadas às do próprio estado foram utilizadas para iniciar, em 1933, a construção da colônia de Itanhenga.¹⁴¹

Em 1934, Washington Pires promoveu uma série de reformas com o objetivo de executar a organização sanitária em âmbito nacional. Uma das principais medidas foi a criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS) em substituição ao Departamento Nacional de Saúde Pública. A consequência imediata desta ação foi a extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, anteriormente subordinada ao DNSP. As ações e atribuições da extinta Inspetoria passaram a ser exercidas no Distrito Federal pela Inspetoria dos Centros de Saúde e em cada estado pela Diretoria dos Serviços Sanitários nos

¹⁴⁰ CUNHA, 2005, p. 82.

¹⁴¹ Ibid., p. 83.

Estados. O objetivo das reformas implementadas era alcançar um número maior de doentes sob tratamento e vigilância, com a descentralização dos serviços.¹⁴²

Em junho de 1934, foi criado o Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra, ou Centro Internacional de Leprologia, como resultado de um acordo entre o Governo Brasileiro e a Liga das Nações, contando com o apoio financeiro de Guilherme Guinle. O seu primeiro diretor foi Carlos Chagas que permaneceu no cargo até 1938 e foi sucedido por Eduardo Rabello. Este Centro deu um grande impulso à pesquisa científica para a lepra, realizando estudos sobre as novas formas de tratamento, pesquisas bacteriológicas e imunológicas, e estudos comparados das reações sorológicas para o diagnóstico da lepra e da sífilis; além disso, juntamente com Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e com o Instituto Oswaldo Cruz, ofereceu, entre 1936 e 1938, cursos de leprologia para 90 médicos. Em junho de 1939, as suas atividades foram encerradas.¹⁴³

3.2 A gestão de Gustavo Capanema no MESP

Dez dias após a eleição indireta de Getúlio Vargas para a presidência da República, ocorrida em 16 de julho de 1934, Gustavo Capanema assumiu o Ministério da Educação e Saúde Pública, trazendo significativas mudanças às políticas de saúde do país e, em particular, às voltadas para o combate à lepra.

Segundo Cunha,¹⁴⁴

[...] 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. Percebeu, ainda que o problema da lepra não estava sendo cuidado da forma que os especialistas

¹⁴² “Ligeiro Histórico até 1935 (inclusive) – Realizações do Governo Federal” – Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

¹⁴³ “Lepra – notas sobre a ação do Governo Federal. 1931-1940” – Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

¹⁴⁴ CUNHA, 2005, p. 90.

recomendavam e não existia um aparelhamento necessário para o combate ao mal e nem mesmo uma organização administrativa apropriada.

Diante da Comissão de Saúde Pública¹⁴⁵, na seção de 11 de março de 1937, falando a respeito do combate à lepra nas gestões anteriores, o ministro Capanema declarou:

Quando assumi a direção do Ministério, em 1934, não encontrei um plano traçado, para o combate da lepra. O Governo Federal não descurava o assunto, mas talvez, por escassez orçamentária, não poderia agir com a amplitude e o vigor necessários. Era escasso a que se fazia no Distrito Federal. A alguns Estados dava-se uma cooperação financeira, a ser utilizada segundo o critério das respectivas administrações.

Desde logo tratei do problema com o Sr. Presidente da República e encontrei de sua parte interesse decisivo. Todas as medidas que de então até agora, foram para a solução desse problema, a ele propostas, tinham imediata aprovação e execução.

Era preciso, evidentemente, organizar um plano de combate à lepra. Uma epidemia dessa gravidade não podia ser combatida com êxito, sem a fixação de um programa completo e rigoroso. [...] ¹⁴⁶

Além da inexistência de um plano específico para tratar do combate à lepra, também ficou a ausência das ações desempenhadas pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, desativada pela Reforma de 1934 e que teve, como apontado anteriormente, as suas funções remanejadas para os âmbitos do Distrito Federal e dos estados que não ofereciam condições adequadas para substituí-la porque não eram dedicados exclusivamente à lepra. Como ressalta Maciel,¹⁴⁷ “o ministro Capanema concordava que o problema daquela doença requeria uma solução centralizada, abrangente e nacional”.

Em julho de 1935, foi apresentado por João de Barros Barreto, Diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, com a colaboração de

¹⁴⁵ A Comissão de Saúde Pública foi formada para pedir esclarecimentos ao Ministro da Educação e Saúde sobre projeto nº 483, relativos ao leprosário de Iguá, solicitados pela Comissão de Finanças, “Comissão de Saúde – Seção de 11 de março de 1937” – Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ MACIEL, 2007, p. 96.

Ernani Agrícola, Diretor dos Serviços Sanitários nos Estados, e Joaquim Motta, Assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública, plano para melhoramento dos leprosários existentes e a construção de novos. Mesmo com a insuficiência dos dados existentes, o “Plano de construções” foi formulado para atender as necessidades do momento evitando, deste modo, a construção de leprosários de grande capacidade ‘tomando por base tão somente estimativas fantasiosas e em geral pessimistas’. Com novos dados a serem levantados no futuro, este seria reajustado para a nova realidade.¹⁴⁸

O “Plano de construções” foi divulgado através da publicação oficial “Arquivos de Higiene”¹⁴⁹, contando com o seguinte quadro:

¹⁴⁸ “Plano de construções, organizado em 1935” – Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

¹⁴⁹ Publicação oficial da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social.

Quadro 1 – Plano de construções.

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema – GC h 1935.09.02 apud BARRETO, João de Barros. Arquivos de Higiene, 1935:5 (1), pp.119-130.

Estados	Censo	Número de leitos necessários	Número de leprosários	Novas Instalações			Manutenção (xxx)
				1º Ano	2º Ano	3º Ano	A partir do 4º 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
Piauí	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
Distrito Federal (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\$000	10.687:300\$000	10.770:300\$000	11.592:000\$000

(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."

Para a execução do "Plano de construções" estava prevista a cooperação entre a União, na forma de recursos financeiros e orientação técnica, e os Estados, com o cumprimento das seguintes obrigações: instalação de dispensários em número suficiente; cessão dos terrenos necessários à construção e instalação dos leprosários; custeio da manutenção de metade dos doentes isolados; adoção da legislação federal sobre o assunto e subordinação técnica aos órgãos competentes da União.¹⁵⁰

¹⁵⁰ Pasta III – Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

O Plano indicava a existência de 30.647 leprosos distribuídos pelos estados brasileiros, sendo que este número não correspondia à realidade uma vez que faltavam informações para alguns estados como Sergipe e Mato Grosso, e Goiás que não foi incluído no quadro apresentado. Para atender a esta quantidade de doentes foi previsto a construção de 38 leprosários, com capacidade total de 20.486 leitos o que permitiria colocar em prática o isolamento compulsório já definido pela legislação há algum tempo. Para alcançar este objetivo, seriam feitos dispêndios anuais em torno de 11 mil contos, durante três anos consecutivos.

Podemos observar que o número de leitos necessários variava entre 20 e 6.980, o que afetava a distribuição de verba destinada à construção e manutenção dos leprosários, bem como determinava o tipo de instituição a ser construída para cada caso. Desta forma, foram definidos quatro tipos de instituições destinadas ao isolamento dos leprosos: sanatório, asilo, hospital geral e hospital-colônia. O primeiro tipo era destinado para os pequenos focos e para os doentes com mais recursos financeiros que poderiam dispor de um tratamento mais eficiente. O segundo tipo, isolado ou anexado a um hospital-colônia, receberia os doentes que se tornaram incapacitados pela doença. O terceiro tipo poderia abrigar em uma ala separada os leprosos que não conseguissem vaga em um local específico para o seu internamento ou que desejassem ficar mais próximo aos seus parentes, o que deveria, neste caso, ter o consentimento das autoridades sanitárias. No entanto, esta prática era desaconselhada pela possibilidade de contágio da lepra com outros pacientes de outras doenças ou com as pessoas sadias que circulavam pelo hospital. O quarto tipo, o hospital-colônia, que se tornou o mais indicado para a maioria dos casos contagiantes, deveria ser construído em uma ampla área nas proximidades dos grandes centros urbanos, com facilidades de comunicação e de acesso.¹⁵¹

O Plano orientava que um hospital-colônia com capacidade para 250 a 300 leprosos deveria ser construído em terreno com, aproximadamente, 250 hectares, distante 6 a 30km da capital ou de um grande centro, acessível, preferentemente,

¹⁵¹ CUNHA, 2005, p. 94-95.

por ferrovia ou rodovia, em local com clima agradável e com facilidade de abastecimento de água boa e abundante, com condições para instalação de energia elétrica utilizando rede próxima ou por usina local, e com estrutura suficiente para proporcionar trabalho aos doentes, o que auxiliaria na diminuição dos custos de manutenção da instituição. Ou seja, o objetivo era dar aos doentes o máximo de conforto, com a assistência que lhes era de direito e com o convívio social que não poderiam usufruir fora dos limites da colônia.¹⁵²

Para reduzir ao mínimo o contato dos doentes com as pessoas sadias, o terreno utilizado para a construção da colônia deveria ser dividido em três zonas distintas: uma zona doente, uma zona intermediária e uma zona saudável. A primeira seria restrita aos leprosos e deveria possuir uma área residencial, com casas, pavilhões, cozinhas, refeitórios; uma área destinada as necessidades assistenciais, com enfermarias, policlínica, atendimento cirúrgico; uma área social e religiosa com praça, quadra de esportes, cinema, clube, igreja; e uma área voltada às atividades de trabalho com oficinas, lavanderia, terreno para cultivo e criação de animais. A segunda seria destinada aos serviços gerais tais como administração, farmácia, laboratórios, enfermarias, clínicas e outros setores onde os profissionais do setor administrativo e o de saúde entrariam em contato com os doentes. Por último, a zona saudável seria o local destinado exclusivamente às residências dos enfermeiros e funcionários administrativos, que com suas famílias viveriam de forma independente à colônia.¹⁵³

Em dezembro de 1936, o plano original foi reformado em decorrência das ações executadas em seu primeiro ano, de maiores informações a respeito dos casos de lepra no país e da participação financeira que cabia a cada estado. A verba concedida e aplicada em construções neste ano foi de 4.583:625\$750. Para 1937, foi aplicada apenas uma pequena parcela destinada para instalações e manutenção no total de 180:474\$250 e a verba destinada para 1938 também foi inferior ao previsto inicialmente não ultrapassando a importância de 10.000:000\$000. Diante

¹⁵² “Colônia para leprosos com capacidade para 250 a 300 leprosos” – Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

¹⁵³ Ibid.

desta situação, foi necessário reformular o plano dilatando por mais um ou dois anos a sua execução, considerando os recursos concedidos e o encarecimento das construções.¹⁵⁴

Para o ministro Capanema o “Plano de construções” que foi levado à aprovação de Vargas representava uma parte do que era necessário ser feito para combater efetivamente a lepra no Brasil. Este plano mais amplo que ficou conhecido como “Plano nacional de combate à lepra” não chegou a ser editado de forma única e nem foi oficialmente regulamentado. Para a sua completa execução o Plano contemplava os seguintes itens: a pesquisa; o censo; a legislação; e a administração.¹⁵⁵

A pesquisa estava relacionada à todos os trabalhos realizados para estudar a lepra no Brasil. Consistia na observação meticulosa do comportamento epidemiológico da doença com o objetivo de estabelecer sua profilaxia e terapêutica. Através da pesquisa seria possível, ao mesmo tempo, formar técnicos e especialistas sobre o assunto e conhecer a doença em profundidade.

A execução de censo bem realizado era condição essencial para formação de um plano eficiente de combate à lepra. Até 1935, os levantamentos estatísticos existentes eram muito imperfeitos e incompletos, não permitindo que fossem tomadas as decisões corretas para eliminar a endemia.

A ausência de uma legislação rigorosa nos níveis federal e estaduais não permitia o combate à lepra ou à qualquer outra endemia existente. No nível federal seriam estabelecidos os princípios gerais obrigatórios para todo o país, e esses princípios serviriam de base para a elaboração das leis complementares estaduais.

A administração significava o conjunto de serviços administrativos postos em prática pelo poder público para combater completamente a endemia através da

¹⁵⁴ Ibid.

¹⁵⁵ “Comissão de Saúde – Seção de 11 de março de 1937” – Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

profilaxia, tratamento, prevenção e cura dos doentes. Para isso, o problema não estaria limitado a uma região específica buscando alcançar todos os doentes confirmados ou suspeitos, seus comunicantes e o público em geral. Esta ação só poderia ser possível com a formação do aparelhamento contra a lepra constituído pelos seguintes estabelecimentos: leprosários, dispensários e preventórios.

A respeito deste modelo, explica Cunha:¹⁵⁶

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.

Durante o Governo Vargas, particularmente durante a gestão de Gustavo Capanema, os leprosários passaram a ser construídos com verbas do governo federal e dos governos estaduais, quando possível. Após a conclusão das obras, os leprosários inaugurados passavam a ser mantidos e administrados pelos governos estaduais, com o auxílio de verbas federais. Os dispensários, em sua grande maioria, também foram construídos e mantidos pelo governo federal.

Em relação aos preventórios, preferiu o governo federal entregar a construção e a administração das instituições à iniciativa particular. Este movimento teve origem fevereiro de 1926, em São Paulo, com a criação da Sociedade de Assistência às Crianças Lázaros, por iniciativa de Alice Tibiriçá que se tornou sua primeira presidente. Após ser eleita, Alice Tibiriçá alterou o nome da instituição para

¹⁵⁶ CUNHA, 2005, p. 7-8.

Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Outras sociedades congêneres foram criadas em diversas regiões do Brasil a partir desta iniciativa. Mais tarde, em 1932, em reunião com os representantes das sociedades de diversas localidades, Alice Tibiriçá foi eleita presidente da recém-criada Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, tendo como vice-presidente Eunice Weaver. Em 1935, em consequência de divergências com a administração do estado de São Paulo, a Federação decidiu transferir sua sede para o Rio de Janeiro, ocorrendo neste mesmo ano a transferência da sua presidência para Eunice Weaver. A proximidade com o governo federal através do estreitamento das relações de Eunice Weaver com Gustavo Capanema fez com que a Federação perdesse o seu caráter autônomo para se alinhar como parte integrante do modelo de saúde varguista implementado pelo Ministério da Educação e Saúde Pública.¹⁵⁷

No final de 1936, a meta estabelecida não foi alcançada. As dificuldades financeiras impediram a utilização do valor inicialmente estipulado. Dos 11.500 contos, somente 4.500 contos puderam ser disponibilizados pela União para construir os leprosários projetados. Apesar das dificuldades, o número de estados auxiliados por verbas federais passou de sete para 15. No ano de 1937, o Governo Federal destinou 10.000 contos ao combate à lepra. Com este recurso financeiro foram construídos e instalados leprosários em 19 estados e no Distrito Federal. Em alguns casos, foram utilizadas, exclusivamente, verbas da União, e em outros casos da União em conjunto com as dos respectivos estados.¹⁵⁸

3.3 A Reforma Capanema

Ainda em 1937 aconteceu uma importante mudança na política nacional de saúde. Foi aprovado pela Câmara e convertido em lei, o projeto de reforma do MESP conhecido como “Reforma Capanema”. O objetivo era que a União promovesse e supervisionasse as ações relativas à saúde e à assistência médico-

¹⁵⁷ Para maiores detalhes sobre o assunto ver: Santos (2006, p. 50-84) e Curi (2002, p. 65-132).

¹⁵⁸ CUNHA, 2005, p. 96.

social, em todas as unidades federativas, através das Delegacias Federais de Saúde subordinadas ao ministério que passou a ser chamado Ministério da Educação e Saúde (MES). A reforma apresentava a marca do projeto de construção nacional baseado em uma política centralizadora e intervencionista.

Para facilitar a implementação das políticas públicas, o país foi dividido em oito regiões: a primeira era composta pelo estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal; a segunda era formada pelo território do Acre e pelos estados do Amazonas e Pará; a terceira pelos estados do Maranhão, Piauí e Ceará; a quarta pelos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; a quinta pelos estados de Sergipe, Bahia e Espírito Santo; a sexta por São Paulo e Mato Grosso; a sétima pelo Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná; e a oitava pelos estados de Minas Gerais e Goiás. Para a administração das oito regiões, foram nomeadas cidades-sedes, por região, onde foram estabelecidas as Delegacias Federais de Saúde: Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte. O Departamento Nacional de Saúde atuava diretamente no Distrito Federal.¹⁵⁹

A Reforma Capanema trouxe melhorias no encaminhamento do combate a lepra no Brasil. A medida mais imediata foi a intensificação da construção de leprosários. O plano nacional de combate à lepra, proposto Joaquim Motta, Barros Barreto e Ernani Agrícola, foi atualizado e colocado em prática. A primeira parte do plano considerava a necessidade da pesquisa, que ficou a cargo do Instituto Oswaldo Cruz e do Centro Internacional de Leprologia. A segunda parte estava relacionada ao censo, com a maior precisão possível, que permitisse identificar a quantidade de doentes no país. A terceira parte tratava da terapêutica, da profilaxia e da administração dos órgãos dedicados ao atendimento da doença. A quarta parte versava sobre a elaboração da legislação, nas esferas federal e estadual, objetivando a uniformização das ações de combate a lepra.¹⁶⁰

¹⁵⁹ SANTOS, 2006, p. 97-98.

¹⁶⁰ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

Durante a inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, em 11 de abril de 1937, Gustavo Capanema listou em seu discurso os principais pontos de ação do Governo Vargas em relação ao combate à lepra:

No Brasil, ainda estamos longe da liberdade desse perigo. A lepra existe, entre nós, provavelmente desde o ano de 1600. Daí pra cá, a sua propagação tem sido cada vez maior. Para isso concorrem razões diferentes: o caráter contagioso da moléstia, a debilidade orgânica da população, a falta de educação sanitária, a ausência de armamento anti-leproso completo e eficiente. Desta maneira, pasmosa é a cifra de leprosos hoje existentes no nosso país. Não dispomos de um censo de lepra regularmente autorizado. Mas os dados positivos já recolhidos autorizam a estimativa de 50.000 doentes.¹⁶¹

Mais adiante, a respeito da participação financeira da União para a construção dos leprosários, Capanema complementou:

Em 1937, estão sendo auxiliados pelo Governo Federal, para o mesmo esforço de construção e manutenção de leprosários, os governos de todos os Estados e do Território do Acre. Serão aplicados, em tais despesas, 9.073:864\$250.

A cooperação da União varia de Estado para Estado. Nuns, a cooperação é somente financeira. Noutros é financeira e técnica. Nestes a União realiza a obra inteiramente à sua custa, para posterior entrega ao Estado. Naqueles entra ela, para tal obra, com uma parcela do dinheiro necessário, variável em cada caso.

Prosseguirá o Governo Federal com mão firme, na realização de tamanho empreendimento. Continuará a cooperar com todas as unidades federativas, financeiramente e tecnicamente, na medida de suas necessidades. Para que no menor prazo possível se realize a imensa tarefa da construção dos leprosários à campanha nacional.¹⁶²

Seu discurso demonstra atenção do Governo Federal com a lepra e as suas palavras refletem a centralização político-administrativa, característica do período do Estado Novo, iniciado em novembro 1937.

¹⁶¹ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

¹⁶² Ibid.

Em março de 1938 foi realizado no Cairo o IV Congresso Internacional de Leprologia. Entre as conclusões do evento ficou definido que os casos contagiantes, que ofereciam perigo à saúde pública, deveriam ser tratados na forma de isolamento preferencialmente em colônias agrícolas. Mais ainda, os leprosários deveriam ser regionais em oposição à ideia de construção de um leprosário centralizado, que recebe os doentes de todas as regiões do Brasil. Seguindo estas recomendações o doente não ficaria tão longe de seus familiares, tornando o isolamento menos desagradável. O que deve ser observado é que o governo brasileiro já estava de acordo com estas orientações há algum tempo.¹⁶³

Na Primeira Conferência Nacional de Assistência Social aos Leprosos, realizada em novembro de 1939, no Rio de Janeiro, o ministro Gustavo Capanema, presente ao evento, declarou em seu discurso que era desejo do Governo Federal organizar um serviço central para a orientação da campanha nacional contra a lepra. Heraclides Cesar de Souza-Araujo, chefe do laboratório de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz, também presente no evento, enviou ao ministro Capanema um plano elaborado por ele em 1933 – Plano geral da campanha contra a lepra no Brasil. Em um trecho de sua correspondência, Souza-Araujo explicou sua ideia:

Essa campanha nacional contra a lepra exige a criação de um organismo técnico central, coordenador e orientador das atividades nacionais visando o mesmo fim. Essa nova organização poderia chamar-se de 'Departamento Nacional de Profilaxia da Lepra' ou melhor, de 'Instituto Nacional de Leprologia'. Para retirar-lhe o caráter burocrático das nossas instituições atuais, e deveria ser subordinado diretamente ao Ministro da Educação e Saúde Pública. Seria uma organização de caráter essencialmente técnico com diretor e cinco chefes de seção, funcionários contratados por dois a cinco anos, após uma rigorosa seleção e sujeitos ao regime de tempo integral na verdadeira acepção do sistema norte-americano: dedicar o empregado todo o seu tempo e atividade à sua função.¹⁶⁴

Em abril de 1941, o Departamento Nacional de Saúde foi reorganizado por decisão do ministro Capanema. Nesta reorganização foram criados os serviços

¹⁶³ CUNHA, 2005, p. 103-104.

¹⁶⁴ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV

nacionais: Febre Amarela, Malária¹⁶⁵, Lepra, Tuberculose, Câncer, Peste, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Águas e Esgotos, Saúde dos Portos e Bioestatística.

Ainda em 1941, entre os dias 10 e 15 de novembro, foi realizada, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde. O evento foi presidido por Gustavo Capanema, e contou com a participação de 22 delegados representando as unidades federativas. Participaram, também, 27 técnicos indicados pelos representantes estaduais, e os membros do MES e de outros órgãos federais. A reorganização dos serviços nacionais da lepra e da tuberculose foram os principais temas debatidos, com a participação dos técnicos e representantes estaduais.¹⁶⁶

Entre 15 e 18 de Janeiro de 1942, ocorreu no Rio de Janeiro a III Conferência de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas. Como resultado, foi efetuado um acordo sobre saúde e saneamento e a criação, em agosto do mesmo ano, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), vinculado à política externa norte-americana. A criação do SESP desagradou ao diretor do DNS, Barros Barreto, porque o novo serviço não estava vinculado ao Departamento e nem ao Ministério da Educação e Saúde. Entre 1943 e 1945, o SESP desenvolveu atividades médicas e de prevenção, com atuação específica no controle da malária, na engenharia sanitária, na qualificação de pessoal e nos estudos médico-sanitários. O SESP colaborou com o Serviço Nacional da Lepra fornecendo recursos e apoiando serviços e a construção de unidades em alguns estados – Espírito Santo, Goiás e Amazonas.¹⁶⁷

Com o término da II Guerra, a pressão aos governos autoritários foi intensificada. Os movimentos de oposição ao Governo Vargas e a reorganização partidária levaram ao golpe militar que depôs Getúlio Vargas, em 29 de outubro de 1945. Com o término do Estado Novo, a gestão de Gustavo Capanema no Ministério de Educação e Saúde foi encerrada.

¹⁶⁵ Esses serviços já existiam e estavam vinculados às ações da Fundação Rockefeller

¹⁶⁶ SANTOS, 2006, p. 113.

¹⁶⁷ Ibid., p. 116-117.

No final do Estado Novo as realizações do governo federal no combate a lepra foram positivas. Antes de 1931 havia 14 leprosários em funcionamento, na maioria tipo asilo ou hospital; de 1931 até 1945 a União construiu e instalou os seguintes leprosários:

Quadro 2: Construção e instalação de leprosários com verba federal.

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema. GC j 1946.01.19 – CPDOC/FGV

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

No mesmo período, foram construídas e instaladas, com verbas da União e dos Estados, as seguintes Colônias:

Quadro 3: Construção e instalação de leprosários com verbas da União e dos estados.

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema. GC j 1946.01.19 – CPDOC/FGV

			Início da Construção	Início do Funcionamento
1	Colônia Bonfim	Maranhão	1932	1937
2	Colônia Mirueira	Pernambuco	1936	1941
3	Colônia Itanhenga	Espírito Santo	1934	1937
4	Colônia Santa Tereza	Santa Catarina	1936	1940
5	Colônia Itapoã	Rio G. do Sul	1937	1940
6	Colônia Santa Fé	Minas Gerais	1937	1942
7	Colônia Padre Damião	Minas Gerais	1937	1945
8	Colônia São Francisco de Assis	Minas Gerais	1936	1943

Os quadros acima demonstram que o Governo Vargas, através do Ministério da Educação e Saúde, seguindo a política estabelecida para controlar a lepra no país, empreendeu grande esforço para construir leprosários nos estados que mais necessitavam, arcando com grande parte dos custos destas instituições. No caso particular da Colônia de Itanhenga, o governo do Espírito Santo forneceu a maior parte da verba necessária para sua construção, como veremos no capítulo seguinte.

4 A LEPRA NO ESPÍRITO SANTO: A COLÔNIA DE ITANHENGA

4.1 As primeiras notícias sobre a lepra

Diferentemente do que ocorreu em outros estados do Brasil, os casos de lepra no Espírito Santo levaram algum tempo para serem confirmados. Os relatórios governamentais dos presidentes da Província, relativos ao período 1842-1888,¹⁶⁸ no tocante à saúde ou higiene pública, trazem relatos sobre as ações efetuadas para conter surtos de febre amarela, impaludismo (malária), bexiga (varíola), cólera, tuberculose, hepatite, “febres beliosas”, disenteria, coqueluche, sarampo e doenças desconhecidas que fizeram óbitos de crianças e adultos. Cabe ressaltar que, mesmo que estas ocorrências apresentassem caráter epidêmico, alguns presidentes de província avaliavam a saúde pública do Espírito Santo como organizada e satisfatória. Em 1871, aparece pela primeira vez, no relatório do presidente Francisco Ferreira Correa, o título “Projecto de Lazareto” (*sic*), buscando justificar a necessidade de um de local apropriado para receber pessoas embarcadas que procedessem de algum porto contaminado por alguma epidemia, para ficarem em período de observação. O local, inicialmente, sugerido para tal construção foi a Ilha do Boi, o que não se tornou possível devido ao alto valor solicitado pela venda da ilha por sua proprietária. Este assunto foi retomado por outros presidentes de província em seus respectivos relatórios de governo, confirmando a necessidade de um local apropriado para acolher os enfermos das diversas doenças epidêmicas que viessem a ocorrer na província. Esta questão só foi solucionada em 1925, na gestão de Florentino Avidos.

Somente em setembro de 1881, foi notificada pelo provedor da Saúde Pública, Dr. Manoel Goulart de Souza, ao presidente da Província, Dr. Marcellino de Assis Tostes, a ocorrência de um caso de lepra em uma mulher, na cidade de Vitória. Como não existia local apropriado para recebê-la, por determinação do

¹⁶⁸ Relatórios Governamentais da Província do Espírito Santo (1842-1888) – Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

Ministério do Império, a leprosa foi transferida para o lazareto de São Cristóvão, no Rio de Janeiro.¹⁶⁹

Nas mensagens governamentais dos presidentes do estado, apresentadas ao Congresso Legislativo¹⁷⁰, entre 1889 e 1913, aparecem a forte preocupação com a higienização e o saneamento do estado, principalmente com a capital Vitória, considerando a sua importância econômica como cidade com grande vocação para o comércio marítimo, como consequência de sua posição geográfica, e onde ainda existiam muitos focos de proliferação de doenças, como: charcos e alagados, precário abastecimento de água potável, inexistência de canalização de esgotos e ausência de limpeza pública. Os relatos sobre epidemias não foram tão frequentes, apesar de existir a preocupação com a vulnerabilidade do estado pela escassez de recursos financeiros.

Em 1914, no mês de maio, ocorreu uma forte epidemia de varíola atingindo Vitória e outros municípios do interior do estado. Para controlar a situação, foram mobilizados médicos da capital e contratada uma equipe para fazer a higienização das residências onde ocorreu a doença. Em 1915, a epidemia de varíola não se repetiu, porém os 79 óbitos causados pela tuberculose no ano anterior foram ressaltados na mensagem do presidente Marcondes Alves de Souza como um alerta para o crescimento desta doença. Ele também chamou a atenção para 137 óbitos que ocorreram com crianças de 1 a 5 anos por doenças intestinais, em sua maioria.¹⁷¹

Em janeiro de 1917, depois de algum tempo sem casos registrados, houve uma intensa epidemia de febre amarela na capital. O governo federal, ao saber do surgimento de casos no Espírito Santo, enviou à Vitória o Dr. Thadeu de Medeiros com o objetivo de confirmar a possível epidemia da doença e verificar as condições sanitárias do estado. Constatada a doença em autópsia realizada em uma das

¹⁶⁹ Ibid.

¹⁷⁰ Mensagens Governamentais do Estado do Espírito Santo (1892-1930) – Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

¹⁷¹ Marcondes Alves de Souza – Mensagens Governamentais do Estado do Espírito Santo (1892-1930) – Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

vítimas, o ministro do Interior nomeou uma comissão para encaminhar providências para o controle da situação. Após seis meses de trabalho, a comissão informou à Diretoria de Saúde Pública que desde o mês de abril do corrente ano não tinham sido registrados novos casos de febre amarela, podendo-se considerar a ameaçadora epidemia como desaparecida. A comissão também informou que inicialmente existiam focos de mosquitos por toda a cidade, no interior das casas, por baixo dos assoalhos e nos quintais, pelo acúmulo de materiais e objetos inúteis. Desta forma, a cidade estava em condições propícias para propagação da doença e intensificação da epidemia. Ficou estabelecido que os doentes deveriam permanecer isolados em suas próprias residências, quando possível, ou na Santa Casa de Misericórdia em uma enfermaria preparada especialmente para a situação. Na Santa Casa foram atendidos 80 doentes com febre amarela e outras doenças, ocorrendo dez óbitos deste total. O número de pessoas atingidas pela epidemia de febre amarela chegou a um terço da população de Vitória. Como medida profilática, a comissão organizou serviços de aterro, drenagem, regularização de valas e limpeza de terrenos, o que trouxe resultados positivos ao desaparecimento dos mosquitos. Alguns prédios foram fechados por não serem habitáveis e nem passíveis de recuperação, e por também contribuírem para o desenvolvimento de outras doenças. Todas as ações desenvolvidas pela comissão apresentaram enormes benefícios à capital e fizeram com que o presidente Bernardino de Souza Monteiro ressaltasse a necessidade de reorganização do serviço de higiene para evitar que epidemias de febre amarela e de outras doenças não voltassem a atacar a cidade.¹⁷²

Como pode ser observado pelos relatos anteriores, a lepra parecia não existir no estado do Espírito Santo. Somente um caso foi apontado, em 1917, na estatística demógrafo-sanitária, como sendo a lepra a *causa mortis* de uma mulher, brasileira, com idade entre 20 e 60 anos. A este respeito, o Dr. Heráclides César de Souza-Araujo, em palestra proferida na Academia Nacional de Medicina, em 1937, informou:¹⁷³

¹⁷² Bernardino de Souza Monteiro – Mensagens Governamentais do Estado do Espírito Santo (1892-1930) – Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

¹⁷³ SOUZA-ARAUJO, 1937b, p.552

Por cerca de meio século, fagueira illusão nos dizia que o Espírito Santo era um Estado indemne do flagello da lepróse. E, mesmo ha 10 annos passados, relatório da Saúde Publica Federal, publicado em Julho de 1927, dizia que o Espírito Santo, com uma população de 400 mil habitantes, tinha, apenas, 22 leprosos, dos quaes 9 figuravam como fichados no Districto Federal. Eram, portanto, 13, os leprosos existentes no Estado e a lepra não constituia um sério problema para aquelle departamento de nosso paiz (*sic*).

Acompanhando as mudanças ocorridas em 1920 no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, tendo como ponto relevante a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, o Espírito Santo transformou, em 1921, a existente Diretoria de Serviços Sanitários em Delegacia Geral de Higiene, subordinada à Secretaria de Interior do estado. Esta nova configuração possibilitou a celebração de um contrato com o DNSP para execução de serviços de profilaxia e saneamento rural iniciado pela instalação de postos em Anchieta, Itabapoana e Linhares. Neste mesmo ano, foi efetivado acordo com a Comissão Rockefeller para monitorar a profilaxia no vale do Itapemirim com a instalação de um posto em Castelo e de um escritório central em Cachoeiro de Itapemirim.¹⁷⁴

Em 1922, com consórcio firmado entre o Espírito Santo e a União, foi criado o Serviço de Profilaxia Rural, sendo nomeado para seu diretor o Dr. Leorne Menescal. A cada parte coube a contribuição de 300 contos anuais. Na mesma ocasião, como parte integrante desse serviço foi criada a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Veneras, sob a direção do Dr. Miguel Motta.¹⁷⁵

De maio a setembro de 1925, Vitória e outros 11 municípios do Espírito Santo foram tomados por uma forte epidemia de varíola. Entre as medidas cabíveis para conter o avanço da doença, Florentino Avidos, presidente do estado, buscou isolar os doentes em um pequeno hospital improvisado em um pavilhão de madeira na Ilha do Príncipe com capacidade para 16 leitos. Devido à insuficiência de espaço, a

¹⁷⁴ Nestor Gomes – Mensagens Governamentais do Estado do Espírito Santo (1892-1930) – Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

¹⁷⁵ SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 554.

solução foi recorrer a um depósito desativado na Ilha da Pólvora que se encontrava praticamente em ruínas e que foi cedido temporariamente pelo governo federal. Para colocar o espaço em condições de uso foram feitas reformas, adaptações e acréscimos necessários para receber 40 doentes para o devido tratamento. Após a alta do último doente, Florentino Avidos encaminhou os procedimentos legais e materiais para oficializar o hospital da Ilha da Pólvora como um local destinado ao isolamento de doenças infecciosas no estado.¹⁷⁶

O contrato, que estava em vigor desde 1921, entre o governo federal e estadual para a execução de serviços de profilaxia e saneamento, com o objetivo de combater as principais endemias rurais, lepra e doenças venéreas, não foi renovado em dezembro de 1926. Florentino Avidos julgou que os resultados não vinham se apresentando como satisfatórios. Com o encerramento do contrato, o serviço de doenças venéreas passou a ser executado pela Diretoria de Higiene nos dispensários de Cachoeiro de Itapemirim e de Vitória. Em maio de 1927, mais um dispensário passou a fazer parte deste serviço com a inauguração do dispensário de Colatina, sob a chefia do Dr. Sylvio Avidos.¹⁷⁷

Um novo contrato entre o Espírito Santo e a União para a execução de serviços de profilaxia das doenças venéreas, foi efetuado em fevereiro de 1927, gerando o dispêndio de 33:400\$00 para cada parte. Para chefiar a Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas foi indicado o Dr. Pedro Fontes, transferido do Serviço de Saneamento Rural do Distrito Federal.¹⁷⁸

Entre 1922 e 1927 funcionou em Vitória um posto da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas sob a orientação da União. A partir de 1928, como consequência da alteração da política de saúde da União, esse serviço passou a funcionar por conta do estado do Espírito Santo.¹⁷⁹

¹⁷⁶ Florentino Avidos - Mensagens Governamentais do Estado do Espírito Santo (1892-1930) – Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Ibid.

¹⁷⁹ SOUZA-ARAUJO, 1937a, p. 129.

Mais uma vez, podemos perceber que a lepra não recebia no estado, por parte das autoridades locais, o devido reconhecimento de sua presença como ocorria com as doenças venéreas. Florentino Avidos em sua mensagem de governo, declarou:

Quanto á prophylaxia da lepra pouco mais se tem podido fazer, além do registro dos leprosos existentes no Estado. Não dispomos de hospital onde recolher essa especie de doentes. Accresce haver absoluta difficuldade para internal-os nos hospitaes do Rio, os quaes se recusam systematicamente. Limitam-se as nossas autoridades sanitárias, ante esses impecilios, a fazer recommendações especiaes de vigilancia e isolamento dos doentes leprosos, aliás, em numero reduzidíssimo no Estado (*sic*).¹⁸⁰

Algo semelhante encontramos nas palavras de Aristeu Borges de Aguiar, presidente do estado entre 1928 e 1930, ao reconhecer que entre outras obras de assistência social inadiáveis estava a construção de “um pequeno leprosário para o devido e completo isolamento de reduzido numero de leprosos que a estatística registrou em nosso Estado” (*sic*).¹⁸¹

4.2 A gestão de Pedro Fontes

A chegada de Pedro Fontes à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em agosto de 1927, trouxe importantes mudanças ao quadro da lepra no Espírito Santo. Em relatório apresentado em 1928, ele declarou:

Quando assumi a direcção deste Serviço encontrei, realmente, fichados pelo extinto Serviço de Prophylaxia Rural, - que aqui funcionára cerca de 5 annos e junto ao qual havia um serviço de Lepra e Doenças Venéreas, - apenas 22 leprosos. No fim de algum tempo verifiquei que esse numero estava áquem da realidade e resolvi fazer um inquerito. Percorri todo o Estado, entendendo-me pessoalmente com os medicos das diversas

¹⁸⁰ Florentino Avidos – Mensagens Governamentais do Estado do Espírito Santo (1892-1930) – Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

¹⁸¹ Aristeu Borges de Aguiar – Mensagens Governamentais do Estado do Espírito Santo (1892-1930) – Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

localidades e cheguei á conclusão de que havia no Estado do Espírito Santo mais de 200 leprosos (*sic*).¹⁸²

A estimativa inicial foi ajustada para 150 casos em relatório de agosto de 1929, apresentando maior concentração de leprosos nos seguintes municípios: Calçado (atual São José do Calçado), Alegre, Veado (atual Guaçui), Afonso Cláudio e Colatina. Porém, até o final desse ano foram efetivamente fichados 133 leprosos. O censo prosseguiu durante todo ano de 1930 chegando ao seu final com o total de 225 leprosos fichados, incluindo os casos suspeitos. No final do ano seguinte este número passou para 340 fichados, sendo 290 doentes confirmados e 50 suspeitos. Este resultado foi considerado como definitivo para o censo efetuado. Porém, em uma primeira revisão executada em 1932 os casos confirmados passaram para 334 e os suspeitos baixaram para 36. Desta forma, a evolução dos dados apresentados pelo censo realizado fez com que Pedro Fontes triplicasse a sua estimativa inicial, chegando à conclusão que deveriam existir entre 600 e 650 leprosos no Espírito Santo.¹⁸³

Assim, após intensa investigação na procura de casos de lepra por todo o estado, Dr. Pedro Fontes apresentou os seguintes resultados:

¹⁸² FONTES, Pedro apud SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 555-556.

¹⁸³ SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 555-556.

Quadro 4: Resumo da marcha do censo.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 557.

Ano	Leprosos	Suspeitos	Total
1927	22		22
1928	150		150
1929	133		133
1930	225		225
1931	290	50	340
1932	334	36	370
1933	367	43	410
1934	445	60	505
1935	529	66	595
1936	611	90	701
1937	639	90	729

Os resultados do censo apresentados em 1931 foram considerados como definitivos, com sucessivas revisões nos anos de 1932, 1933 e 1934. O censo foi retomado a partir de 1935 prosseguindo até 1937, apresentado crescentes resultados.

A distribuição geográfica dos leprosos pelos municípios era a seguinte:

Quadro 5: Progresso do fichamento de leprosos e contatos.¹⁸⁴**Fonte:** SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 558.

Municípios	1935		1936		1937	
	Leprosos	Contactos	Leprosos	Contactos	Leprosos	Contactos
Afonso Claudio	43	298	51	387	52	395
Alegre	105	544	117	643	122	688
Alfredo Chaves		1		1		1
Anchieta	2	14	2	14	2	16
Baixo Guandú	20	48	8	39	9	39
Cachoeiro do Itapemirim	46	132	40	180	42	139
Calçado	8	27	9	51	10	52
Cariacica	4	13	3	7	3	7
Castello	13	35	17	36	17	44
Collatina	62	180	68	318	69	318
Domingos Martins						
Fundão			1		1	
Guarapary	1	8	1	3	1	4
Iconha	1	7	1	8	1	8
Itapemirim (Vila)	3	12	2	6	2	6
Itaguassú	28	120	27	163	27	163
João Pessoa	60	195	64	244	72	273
Lauro Muller	5					
Muniz Freire	8	30	10	43	10	49
Pau Gigante		32	7	38	7	38
Rio Pardo	18	26	16	26	20	53
Rio Novo	5	22	3	23	3	23
Santa Cruz	2	4				
Santa Thereza	22	114	23	154	23	154
Serra		3				
São João Muquy	22	53	23	77	23	82
São Matheus	1		2	4	3	4
Siqueira Campos	31	65	38	93	40	102
Victoria	35	114	33	167	33	167
Villa Velha	10	42	10	30	10	36
Em transito	3		35	22	37	22
Total	529	2145	611	2777	639	2937

¹⁸⁴ Contato ou comunicante é a pessoa que reside ou convive com uma pessoa afetada por uma doença contagiosa.

O quadro 5 mostra que os maiores focos da doença estavam nos municípios de Alegre, Colatina, João Pessoa (Mimoso do Sul), Afonso Claudio, Cachoeiro de Itapemirim, Siqueira Campos (Guaçuí) e Vitória, sendo a densidade populacional destas regiões um provável motivo para a maior incidência de casos em cada uma delas. Os levantamentos realizados entre 1933 e 1935 também apresentavam outras características: doentes por sexo, raça, nacionalidade, naturalidade, estado civil, faixa etária.

O trabalho de fichamento de leprosos e suspeitos foi realizado, até dezembro de 1936, pelos dispensários fixos e pelas comissões médicas itinerantes que atuaram em diferentes períodos censitários. Desta equipe fizeram parte os seguintes médicos em seus respectivos períodos de atuação: José Ferreira Junior (1928-1929); Nilton Barros (1928-1932); Sylvio Avidos (1928-1936); Theophilo Batinga (1929-1936); Manoel Sette (1930-1931); Manoel R. Carvalho (1931) e José Augusto Soares (1935-1936).¹⁸⁵

Mesmo considerando os possíveis erros, inerentes às dificuldades de identificação dos casos e a falta de recursos materiais e humanos, sem dúvida alguma, o censo efetuado no Espírito Santo foi fundamental para a organização dos serviços contra à lepra. A este respeito, em 1937, o interventor federal do Espírito Santo, João Punaro Bley, em mensagem à Assembléia Legislativa, apontou o estado como sendo aquele em que foi efetuado o mais minucioso censo de leprosos. Além disso, reconheceu o estado como um dos mais bem aparelhados para o combate à doença.¹⁸⁶

Como primeira ação executada pela gestão do Dr. Pedro Fontes, foi instalado, em 1927, em Vitória, o Dispensário Central de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, tendo em anexo um laboratório de microscopia e sorologia para realizar todo o serviço do estado. Para combater os casos de lepra identificados foram construídos, nas regiões mais afetadas, dispensários mistos ou dispensários de pele

¹⁸⁵ SOUZA-ARAÚJO, 1937b, p. 567-568.

¹⁸⁶ Espírito Santo (Estado), **Mensagem**. 1937, João Punaro Bley, p.95, apud SANTOS NEVES, 2003

para o atendimento de sífilis e de lepra em sete municípios do Espírito Santo: Cachoeiro de Itapemirim (1928); Alegre (1929); Colatina (1929); João Pessoa, atual Mimoso do Sul (1932); Muqui (1933); São José do Calçado (1935) e Afonso Claudio (1935).¹⁸⁷

Na Conferência para a Uniformização do Combate à Lepra, promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e realizada em 1933, no Rio de Janeiro, o Dr. Pedro Fontes apresentou suas conclusões a respeito da importância dos serviços prestados pelos dispensários:

Os dispensários de doenças venereas prestam serviços de prophylaxia da lepra descobrindo leprosos entre indivíduos portadores de dermatoses, que vão a procura de tratamento anti-syphilitico...
É necessario, portanto, que facilitemos aos chefes dos dispensarios um estagio nos leprosarios e clínicas dermatologicas, para familiarizal-os com os symptomas da lepra, principalmente quando incipiente (*sic*).¹⁸⁸

Para combater os novos casos identificados com o avanço do censo, em outubro de 1937, o Serviço de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas apresentava a seguinte organização: Chefia do serviço instalado no Dispensário Central, em Vitória; dez dispensários de pele instalados em Vitória, Cachoeiro de Itapemirim, Muqui, João Pessoa (atual Mimoso do Sul), Alegre, Siqueira Campos (atual Guaçu), Calçado (atual São José do Calçado), Castelo, Afonso Cláudio e Colatina; um dispensário itinerante; cinco postos de vigilância dedicados exclusivamente para o controle da lepra instalados em Rio Pardo (atual Iúna), Santa Teresa, Baixo Guandu, Itaguaçu, Figueira de Santa Joanna (atual Itarana); Colônia de Itanhenga; preventório e granja, em construção.¹⁸⁹

¹⁸⁷ SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 565.

¹⁸⁸ FONTES, apud SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 566.

¹⁸⁹ SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 568-570.

4.3 A construção da Colônia de Itanhenga

Durante a inspeção preliminar sobre a situação da lepra no Espírito Santo, Pedro Fontes imediatamente reconheceu a necessidade de construir um leprosário no estado. Demonstrando preocupação com o controle da disseminação da doença, em 3 de setembro de 1928, ele enviou ofício ao presidente do estado, Aristeu Aguiar, informando que: “É premente a construção de um leprosario antes que o numero de leprosos avulte e o problema fique mais dificil” (*sic*).¹⁹⁰

Ratificando sua intenção, em 20 de agosto de 1929, Pedro Fontes enviou novo ofício ao presidente do estado solicitando, desta vez, a construção de um leprosário onde, pelo menos, fossem recolhidos os doentes que não tinham condições financeiras para manter um isolamento em suas próprias residências. Solicitou também a construção de um asilo para os filhos desses doentes.¹⁹¹

É interessante observar que as etapas encaminhadas por Pedro Fontes, - o recenseamento executado por dispensários fixos e por médicos itinerantes, a construção de leprosário para isolar os casos identificados, seguido pela construção de preventório para receber os filhos dos doentes isolados – formavam as condições para que a campanha contra a lepra fosse bem sucedida.

Como consequência da persistência do Dr. Pedro Fontes, foi assinada por Aristeu Borges de Aguiar, a Lei no. 1.727 de 3 de janeiro de 1930, autorizando ao Executivo a construção de um leprosário no estado do Espírito Santo em localidade a ser definida.¹⁹²

A Revolução de 1930 trouxe mudanças positivas ao combate à lepra no Espírito Santo. Conforme determinado no artigo 11º, do decreto nº 19.398 de 11 de novembro de 1930,¹⁹³ Aristeu Borges de Aguiar foi substituído pelo capitão João

¹⁹⁰ FONTES, apud SOUZA-ARAUJO, 1937b, p.570

¹⁹¹ SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 570.

¹⁹² Ibid., p. 571.

¹⁹³ Decreto 19.398, de 11 de novembro de 1930 – Diário da Manhã, 15/11/1930, Vitória, Espírito Santo.

Punaro Bley, nomeado como interventor federal no estado pelo Governo Provisório. O apoio dado por Punaro Bley às ações coordenadas por Pedro Fontes foi fundamental para que o leprosário de Itanhenga fosse materializado, como será visto a seguir.

Em dezembro de 1930, o Governo Provisório resolveu extinguir, por falta de verba, todos os Serviços de Profilaxia que a União mantinha com os estados.¹⁹⁴ Assim sendo, o chefe do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, Dr. Pedro Fontes, recebeu ordem para encerrar as atividades, desmontar e inventariar todo material. Porém, como existia em seu poder o saldo de 67:000\$000, Pedro Fontes solicitou ao interventor federal João Punaro Bley, por intermédio do diretor do Departamento de Saúde Pública, Dr. Álvaro Mello, permissão para continuar com estes serviços desde que o estado se comprometesse auxiliar em sua manutenção. O governo do estado obteve autorização junto ao Ministério da Educação e Saúde Pública, considerando que a continuidade deste serviço no Espírito Santo não deveria representar ônus para a União. Imediatamente, João Punaro Bley, autorizou a permanência do Serviço de Profilaxia e determinou que fosse incluído a quantia de 80:000\$000 no orçamento de 1931. No decorrer dos anos, entre 1931 a 1934, esta despesa alcançou o total de 740:000\$000, com desembolsos em dinheiro e medicamentos que permitiram a ampliação das atividades do Serviço, conforme visto anteriormente.¹⁹⁵

Com os resultados do recenseamento executado até àquele momento, Pedro Fontes, em 3 de dezembro de 1930, enviou ao capitão Bley memorial sobre a situação da lepra no estado, enfatizando sobre a necessidade da construção de um leprosário-colônia destinado ao isolamento dos leprosos identificados no censo. Como solução alternativa e imediata para possibilitar este isolamento, propôs a criação de um asilo de emergência na ilha da Cal, que foi aceita pelo governo do estado. Como primeira providência, em 1931, uma casa existente na ilha passou por

¹⁹⁴ “A Interventoria Federal e o Serviço de Prophylaxia da Lepra” - Diário da Manhã, 25/8/1934, Vitória, Espírito Santo.

¹⁹⁵ Discurso pronunciado pelo interventor federal João Punaro Bley, durante o banquete oferecido por amigos do município de Cachoeiro de Itapemirim, em 3 de agosto de 1934 – Diário da Manhã, 4/8/1934, Vitória, ES.

adaptações para receber mulheres e crianças, e em 1932 foi construído um pavilhão para o acolhimento de homens.¹⁹⁶

Em artigo publicado pela imprensa, em 1934, Pedro Fontes ressaltou a importância do leprosário para o isolamento compulsório dos doentes:

O leprosário é a arma mais eficiente de combate à lepra; sem elle não será possível organizar serviço util de prevenção contra o mal de Hansen. É, a um tempo, *benefício* para o doente, que só no leprosario poderá receber tratamento regular e *garantia* para a população, preservada com a segregação dos leprosos, do seu contágio (*sic*).¹⁹⁷

Podemos ver no discurso de Pedro Fontes a ênfase no isolamento da doença como forma de proteger a sociedade sadia. Mais uma vez fica claro que o objetivo principal não era tratar o doente e sim a doença. É certo que em 1934 ainda não tinha surgido nenhum tratamento efetivo para eliminar a propagação da lepra, como vai ocorrer a partir de 1940 com o desenvolvimento da sulfona.

Em março de 1933, após retornar de viagem ao norte do país, onde foi inspecionar a situação da lepra com o objetivo de incluir a região em um plano nacional de combate à doença, o Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araujo, juntamente com Dr. Pedro Fontes, reuniram-se com o capitão Bley para discutir a instalação de um leprosário no Espírito Santo. Para a execução da obra, Souza-Araujo propôs a realização de um consórcio entre o estado e a União, o que foi aprovado, ficando resolvido, inicialmente, que o governo do estado se comprometia com a doação do terreno onde seria erguido o leprosário. Posteriormente, este compromisso foi ampliado com a instalação e o fornecimento de água, luz e telefone. Para iniciar a construção, o interventor federal destinou a quantia de 200:000\$000 recebida da União, em julho de 1933.¹⁹⁸

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ Diário da Manhã, 25/11/1934, Vitória, ES.

¹⁹⁸ Diário da Manhã, 4/8/1934, Vitória, ES.

Após percorrer vários municípios no entorno da capital, Pedro Fontes, juntamente com Carlos Rosas, técnico da Diretoria de Obras, concluiu que o lugar mais adequado para a instalação do leprosário-colônia estava situado no município de Cariacica, no lugar denominado como Itanhenga, próximo à baía de Vitória e na foz do rio Cariacica. Em ofício enviado ao interventor federal, em 25 de setembro de 1933, Pedro Fontes descreveu os fatores que o levaram à escolha do local e solicitou que o parecer fosse emitido com brevidade porque a construção do leprosário permitiria recolher mais de 300 doentes já fichados. O Interventor aprovou a escolha do local e encaminhou os procedimentos para a desapropriação de terreno com 350 hectares, o que foi oficializado através do decreto nº 4.443 de 31 de janeiro de 1934 (vide Anexo 1).¹⁹⁹

Em março de 1934, foi iniciada a construção da Colônia de Itanhenga sob a supervisão do engenheiro Celestino Quintanilha, ex-prefeito do município de Alfredo Chaves.²⁰⁰ O projeto das instalações da instituição foi baseado em plantas e projetos fornecidos pela Saúde Pública Federal, pelos Serviços de Profilaxia dos estados de São Paulo e Minas Gerais, e pela Seção de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz. Após visitas realizadas aos leprosários instalados em outros estados, ficou definido que o modelo a ser seguido para a construção da Colônia de Itanhenga seria o da Colônia de Pirapitingui, São Paulo, por ser um leprosário moderno e econômico. A organização deste material ficou a cargo de Pedro Fontes e de Carlos Rosas. Para a execução da obra, foram dispendidos os seguintes recursos: 200:000\$000 enviados pela União; 25:000\$000 correspondentes da venda de 3.000 sacas de café doadas pelo Departamento Nacional de Café; 25:000\$000 doados pela prefeitura de Vitória; e 60:000\$000 concedidos pelo governo do Espírito Santo, além do crédito de 105:775\$000 para indenização dos terrenos desapropriados e suas benfeitorias.²⁰¹

Assim, fazendo parte dos festejos de comemoração do quarto centenário da colonização do Espírito Santo, entre outras atividades cívicas, religiosas, esportivas, artísticas e culturais, em 22 de maio de 1935, foi inaugurada a primeira etapa da

¹⁹⁹ SOUZA-ARAÚJO, 1937b, p. 574-577.

²⁰⁰ Diário da Manhã, 2/6/1934, Vitória, ES.

²⁰¹ Diário da Manhã, 23/5/1935, Vitória, ES.

construção da Colônia de Itanhenga. Este foi um evento muito noticiado pelos jornais do estado e do Distrito Federal devido a importância da obra para o controle e combate da lepra no estado e no país. Estiveram presentes à solenidade autoridades do Espírito Santo, de outras unidades da federação e do Distrito Federal, entre eles Dr. Ernani Agrícola, representando o ministro da Educação e Saúde Pública, e o Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araujo, representando o Centro Internacional de Leprologia.²⁰²

A Colônia de Itanhenga, em maio de 1935, ficou constituída por: dez pavilhões do tipo “Carville”,²⁰³ destinados à internação dos doentes com capacidade para 200 leitos; um pavilhão para a clínica com laboratório e sala de operações; um pavilhão para refeitório; um pavilhão destinado à lavanderia. Estes três últimos pavilhões foram completamente equipados com o que havia de mais moderno naquela data. Ainda faltavam construir mais alguns pavilhões que seriam destinados à escola, igreja e centro de diversões, além da preparação de campo de futebol e quadra esportiva para basquete.²⁰⁴

Com o prosseguimento do recenseamento mais casos de lepra foram registrados no estado, tornando-se necessário a ampliação das instalações da Colônia para receber mais doentes. Assim sendo, o projeto foi revisado e as obras retomadas para aumentar a capacidade do leprosário, o que impossibilitou o seu imediato funcionamento.

As obras de complementação de Itanhenga transcorreram por dois anos, sendo acompanhada com destaque pelos noticiários da imprensa carioca e capixaba. Muitas foram as manifestações positivas saudando o interventor federal pela iniciativa e formulando votos de sucesso ao empreendimento, mas também ocorreram algumas críticas referentes à obtenção dos recursos financeiros. Para a

²⁰² Ibid.

²⁰³ Esta denominação é decorrente do estilo de construção dos dormitórios coletivos (dois pavimentos e varanda ao redor do primeiro andar) do leprosário nacional de Carville, localizado no estado de Louisiana, nos Estados Unidos (SANTOS, 2006, p. 95.). Em Itanhenga, os pavilhões foram construídos com apenas um pavimento.

²⁰⁴ Diário da Manhã, 23/5/1935, Vitória, ES.

solenidade de inauguração da segunda etapa da Colônia estava sendo aguardada a presença do presidente da República Getúlio Vargas, o que deu maior destaque ao evento. Aproveitando esta oportunidade, a empresa de navegação Lloyd Brasileiro promoveu uma excursão para Vitória, partindo do porto do Rio de Janeiro, em um de seus navios de passageiros, que foi veiculada em anúncios de alguns jornais do Distrito Federal.²⁰⁵ Porém, pouco antes da data prevista, por motivos pessoais, o presidente Vargas não pode comparecer à Itanhenga, sendo representado pelo ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema.

Figura 1: Anúncio publicitário de excursão para assistir a inauguração da Colônia de Itanhenga.

Fonte: A Noite, edição de 07 de abril de 1937.



²⁰⁵ A NOITE, 7/4/1937, Rio de Janeiro, RJ; O RADICAL, 8/4/1937, Rio de Janeiro, RJ.

Figura 2: Notícia oficial da data de inauguração do Leprosário de Itanhenga

Fonte: Diário da Manhã, edição de 7 de abril de 1937

**Será inaugurado, domingo, o
Leprosario de Itanhenga**

VIRÃO POR VIA AEREA VARIAS AUTORIDADES FEDERAES — A EXCURSAO ESPECIAL DO NAVIO "PEDRO II", CONDUZINDO O ALMIRANTE GRAÇA ARANHA E PESSOAS DE DESTAQUE, CONVIDADAS PELO GOVERNO DO ESTADO — A IMPORTANCIA SOCIAL DA GRANDE OBRA DO GOVERNO BLEY

Está oficialmente anunciado para o proximo domingo, dia 11, a inauguração do Leprosario de Itanhenga, sem duvida, uma das mais brilhantes realizações do governo atual do Espírito Santo. Construido de acôrdo com as mais rigorosas exigencias da medicina moderna e possuindo numerosos pavilhões, que obedeceram ao traçado e edificação devidamente calculadas para servir a gerações e gerações futuras, a majestosa obra, que se ergue proximo á Vila de Cariacica, será um marco que, por si, deixará gravado, no coração dos capichabas, a ação benéfica do ilustrado chefe do executivo estadual, capitão João Punaro Bley.

A segregação de leprosos do seio da sociedade, reuni-los num nucleo apropriado, amparar suas familias é garantir a saúde da população inteira do Estado; que atualmente está ameaçada da facil contaminação do mal de Hansen.

De avião chegarão domingo a esta capital, altas autoridades federaes, especialmente convidadas para a inauguração da importante obra.

Em viagem especial aportará cedo o navio "Pedro II", que trará, em seu bordo, o ilustrado almirante Graça Aranha, diretor do Lloyd Brasileiro e outros convidados especiais e pessôas gradas que tomarão parte na excursão a Itanhenga.

O Governo do Estado, festejando esse auspicioso acontecimento para o povo capichaba, espera dar á inauguração do Leprosario de Itanhenga o cunho da mais elevada importancia, que bem merece a majestosa obra, dado o seu alto alcance social.

Conforme anunciado, em 11 de abril de 1937, ocorreu a inauguração definitiva da Colônia de Itanhenga contando com a presença do ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema e de importantes personalidades políticas e civis do cenário estadual e federal. Nessa oportunidade, o governador do Espírito Santo, João Punaro Bley, pronunciou o seu discurso fazendo uma retrospectiva de seu contato com o problema da lepra, através do resultado do censo elaborado pelo Dr. Pedro Fontes, e de como ele foi sensibilizado pelo Dr. Souza-Araujo para a importância de construção de um leprosário no estado. Bley fez a descrição dos

custos totais envolvidos na construção da Colônia e teceu agradecimentos a todos que contribuíram financeiramente ou materialmente para a concretização da obra.²⁰⁶

Figura 3: Registro fotográfico dos discursos proferidos pelo Governador do estado do Espírito Santo, João Punaro Bley (à esquerda), e pelo ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema (à direita), durante a inauguração da Colônia de Itanhenga, em 11 de abril de 1937. Ao centro, vista aérea da Colônia.

Fonte: Revista da Semana, ano XXXVIII – nº 20, 24 de abril de 1937.



A seguir, o Ministro Gustavo Capanema pronunciou seu discurso apresentando as ações que estavam sendo realizadas pelo Governo Provisório para combater a lepra no Brasil. Em primeiro lugar, o Ministro falou sobre o longo caminho a ser percorrido para eliminar a doença, considerando a estimativa de 50.000 leprosnos no país, apresentada por Souza-Araujo em seu recente trabalho. Capanema prosseguiu afirmando que somente com a Revolução de 1930 foi possível iniciar, “em todo o país, combate seguro, completo e systematico contra a lepra” (sic). O Ministro falou ainda sobre o programa federal baseado na organização

da pesquisa e do censo, e sobre a importância do armamento anti-leproso – constituído pelo leprosário, dispensário e preventório – no Distrito Federal e nos estados da federação. Gustavo Capanema concluiu seu discurso falando sobre a importância da Colônia de Itanhenga como instituição modelar e como resultado da cooperação entre a União e o Espírito Santo, nas pessoas do presidente Getúlio Vargas e do governador João Punaro Bley.²⁰⁷

Figura 4: Portal da Colônia de Itanhenga

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1937b



²⁰⁶ SOUZA-ARAÚJO, 1937b, p. 582

²⁰⁷ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.

Figura 5: Entrando na Colônia de Itanhenga, no dia da inauguração, em 11 de abril de 1937, da direita para esquerda: ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema; governador do Espírito Santo, capitão João Punaro Bley; chefe do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, Dr. Pedro Fontes.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1937b



A Colônia de Itanhenga, com capacidade total prevista para 380 leprosos, foi construída no município de Cariacica, em uma área de 1.200 hectares, a 80 metros acima do nível do mar e distante 14 Km da cidade de Vitória. A área total da Colônia foi dividida em três partes: uma destinada à Colônia propriamente dita (665 hectares), outra foi destinada ao preventório (200 hectares) a ser construído e uma terceira para a colônia agrícola dos futuros egressos do leprosário (335 hectares). Ficou constituída por 65 unidades, das quais 13 foram entregues na primeira etapa, durante a inauguração em 22 de maio de 1935. A coordenação da segunda parte da obra ficou a coordenação do engenheiro Manoel Passos Barros.²⁰⁸

²⁰⁸ SOUZA-ARAÚJO, 1937b, p. 589.

Figura 6: Vista da residência do médico diretor, mostrando o portal da Colônia de Itanhenga em primeiro plano, ao fundo o Preventório Alzira Bley e à direita a Granja Eunice Weaver. A entrada da zona doente ficava a 700 metros do portal de entrada.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1942.



Conforme visto anteriormente, o “Plano de construções” recomendava que um leprosário fosse dividido em três zonas distintas com o objetivo de garantir a integridade das pessoas sadias que atenderiam os doentes. Assim sendo, seguindo esta orientação, os prédios da Colônia de Itanhenga foram distribuídos da seguinte forma:

- Na zona sadia foram edificadas as casas do diretor-médico e do administrador, dez casas para os funcionários sadios, prédio da administração, garagem e a casa do porteiro, onde ficavam a central telefônica e de luz;²⁰⁹

²⁰⁹ SOUZA-ARAUJO, 1952, p. 599.

Figura 7: Zona sadia – entrada principal da Colônia, onde se vê a garagem e em seguida o pavilhão da administração. Ao alto, no centro, o pavilhão de diversões; à esquerda os fundos de três pavilhões do tipo “Carville”.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



Figura 8: Zona sadia - ao centro, o portão que separa a zona sadia da zona intermediária, tendo à direita a central telefônica.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



- Na zona intermediária foram construídos a casa das irmãs de caridade, um pavilhão de observação para receber casos suspeitos, o parlatório (uma sala isolada onde ocorriam as conversas dos visitantes com os internos), laboratório e farmácia, almoxarifado, cozinha e copa limpa;²¹⁰

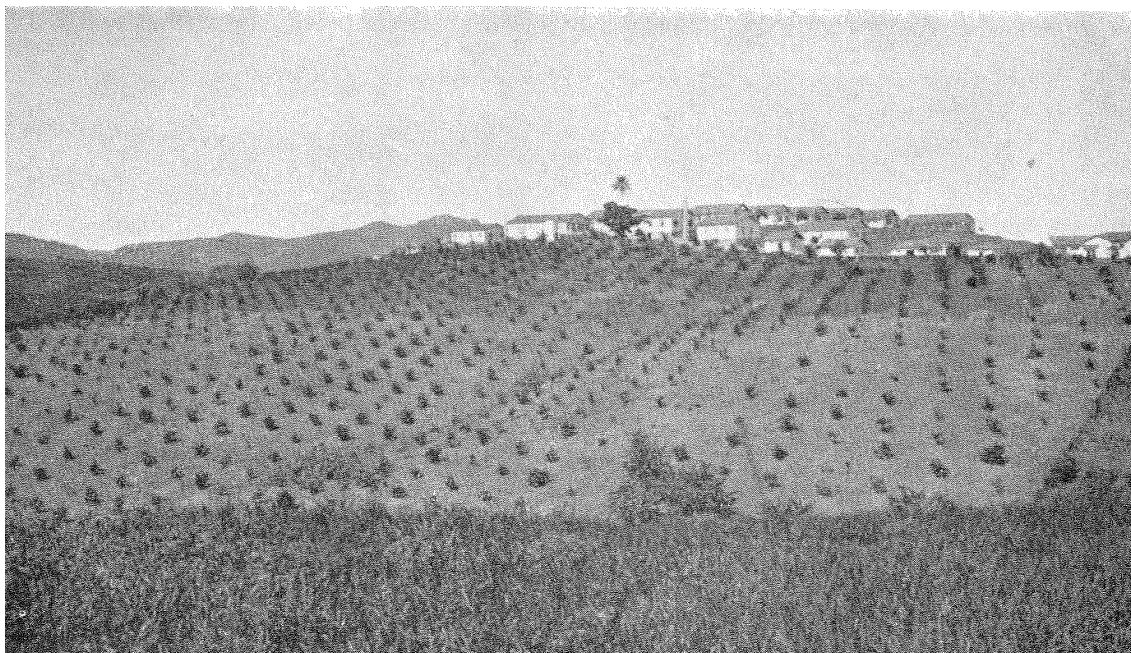
Figura 9: Zona intermediária – à esquerda, a casa das Irmãs de Caridade com o seu jardim; à direita, prédios de serventia mista.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1942.



²¹⁰ SOUZA-ARAUJO, 1952, p. 599.

Figura 10: Zona intermediária – vista parcial da frente da Colônia mostrando o laranjal em formação
Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



- Na zona doente ou de contágio estavam localizados o pavilhão de expurgo dos doentes que entravam na Colônia, a escola, a prefeitura cujo prefeito era um interno, refeitório e copa dos doentes, policlínica, lavanderia, seis casas para funcionários doentes, três pavilhões para oficinas, banheiros coletivos para as oficinas e campo de futebol, manicômio-cadeia, 12 pavilhões do tipo “Carville”, pavilhão de diversão, biblioteca, igreja, dois dormitórios para meninas, 20 casas para leprosos casados, necrotério e cemitério.²¹¹

²¹¹ SOUZA-ARAÚJO, 1937b, p. 599.

Figura 11: Zona doente - portão de entrada mostrando, à direita, a varanda do refeitório geral e, à esquerda, a varanda do pavilhão da policlínica. Ao alto, a avenida central do leprosário.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



Figura 12: Zona doente – vista da cerca que separa o setor feminino (à direita) e o setor masculino (à esquerda).

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



Figura 13: Zona doente - rua das casas geminadas para residências para famílias.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1942.



De maio a outubro de 1937, foram recolhidos 230 leprosos fichados em Itanhenga. Segundo Pedro Fontes, o recenseamento realizado facilitou o recolhimento dos doentes porque a localização de cada um era conhecida e estes já tinham passado por um dedicado trabalho de educação sanitária, realizado pelos médicos itinerantes e pelos chefes dos dispensários, onde receberam informações sobre a doença, foram orientados quanto à necessidade de isolamento e até mesmo sobre a possibilidade de cura. Desta forma, não houve resistência ao isolamento e não foi necessário o uso de força policial.²¹²

Até a data da inauguração da Colônia, o custo total para a sua construção, incluindo terreno, serviços de água, esgoto, iluminação, energia elétrica foi de 2.577:545\$000. Conforme estabelecido no consórcio entre a União e o estado do Espírito Santo o valor foi distribuído da seguinte forma:

²¹² SOUZA-ARAUJO, 1942, p. 600.

Quadro 6: Distribuição do custo total de construção da Colônia de Itanhenga.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1937b, p.599

Governo do Estado (1934 a 1937)	1.534:545\$000
Governo Federal (1933 a 1936)	790:000\$000
Departamento Nacional do Café	219:000\$000
Prefeitura de Vitória	25:000\$000
Total	2.577:545\$000

Mesmo que tenha ocorrido alguma imprecisão nos números informados no quadro acima, o que podemos observar é que a maior parte do desembolso ficou a cargo do governo do estado, o que demonstra, por parte de João Punaro Bley, forte interesse em combater a lepra no Espírito Santo.

Aproveitando a boa repercussão causada pela inauguração do leprosário do Espírito Santo, o interventor Punaro Bley solicitou ao Ministério da Agricultura a produção de um documentário cinematográfico sobre a Colônia de Itanhenga para sua divulgação. O filme foi realizado pelo cinegrafista Lafayette Cunha e a sua primeira exibição ocorreu em 30 de novembro de 1941, na Academia Nacional de Medicina, em evento promovido pelo Dr. Souza-Araújo, com a participação de médicos sanitaristas e outras pessoas interessadas na solução do problema da lepra no Brasil.²¹³ Após a primeira exibição, o filme da Colônia de Itanhenga passou a fazer parte da programação de alguns cinemas no Rio de Janeiro (vide anúncio abaixo).²¹⁴

²¹³ Correio da Manhã, 29/10/1941, Rio de Janeiro, RJ.

²¹⁴ O Radical, 26/4/1942, Rio de Janeiro, RJ.

Figura 14: programação de filmes em cartaz em cinemas do Rio de Janeiro, com a apresentação do filme sobre a Colônia de Itanhenga

Fonte: O Radical, edição de 26 de abril de 1942



A respeito das características físicas da Colônia de Itanhenga, bem como de seu papel modelar no combate à lepra no Espírito Santo e no Brasil, Souza-Araujo fez as seguintes considerações:²¹⁵

Em resumo, consideramos a Colonia de Itanhenga como leprosario modelo. Modelo não por ter grandes e luxuosos edificios de 2 ou 3 andares ou enormes pavilhões de 100, 200 ou 300 doentes cada um.

É leprosário modelo exactamente por não ter nada grande, nada monumental.

É modelo por ser um estabelecimento completo, com organizações e serviços capazes de attender todas as faces do problema da lepra dentro da mais rigorosa technica prophylactica.

O Espírito Santo não se afastando do bom caminho que vem trilhando, extinguirá a lepra dentro do Estado em espaço de tempo que não excederá a duas gerações. É preciso, porém, que a sua campanha contra o mal não soffra solução de continuidade (*sic*).

²¹⁵ SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 600.

Infelizmente, a previsão de Souza-Araujo não se concretizou. O problema fundamental é que àquela época ainda não havia tratamento eficaz para a eliminação do bacilo de Hansen nos pacientes infectados. A função principal dos leprosários era o isolamento compulsório dos doentes, o que se acreditava ser uma solução para evitar que novos casos continuassem ocorrendo. Mais tarde, foi constatado que isso não era verdadeiro.

Somente com o advento da sulfona, a partir de 1941, é que o tratamento se tornou capaz de eliminar o bacilo e impedir que a transmissão da doença continuasse ocorrendo. No Espírito Santo, assim como em outros estados do Brasil, o tratamento com a sulfona demorou alguns anos para que fosse utilizada.

4.4 Ações de apoio ao combate à lepra

A sociedade capixaba também se mostrou presente no combate à lepra. Em 26 de abril de 1937, chegou à Vitória uma caravana de fazendeiros, composta por 50 membros, procedentes de Cachoeiro de Itapemirim, para visitar a Colônia de Itanhenga, a convite do governador João Punaro Bley. Satisfeitos por conhecer a instituição e com o intuito de auxiliar na manutenção dos internos da instituição, este grupo ofertou ao leprosário diversas cabeças de gado.²¹⁶

Significativa participação no apoio às ações empreendidas pelo governo federal, como visto em capítulo anterior, ocorreu através da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, instituição que foi fundada em 1932, em São Paulo, por Alice Tibiriçá. Era função da Federação o incentivo à criação de Associações regionais que desenvolvessem ações correlatas em diversas localidades do país. Seguindo esta orientação, foi fundada na cidade de Vitória, em 30 de setembro de 1935, a Sociedade Espírito-santense de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Em outubro do mesmo ano, foram fundadas Sociedades de Assistência aos Lázaros nos municípios de Vila Velha e Cachoeiro

²¹⁶ A NOITE, 26/4/1937, Rio de Janeiro, RJ

de Itapemirim. Em maio de 1937, Eunice Weaver, presidente da Federação, informou ao Dr. Souza-Araujo que o Espírito Santo contava com 21 Sociedades de Assistência aos Lázaros, em pleno funcionamento, colaborando diretamente para o combate à lepra.²¹⁷

A principal atividade das Sociedades de Assistência aos Lázaros era a administração dos preventórios, instituições destinadas ao acolhimento dos filhos sadios dos leprosos, que permaneciam sob sua responsabilidade até a idade de 15 anos para os meninos e 18 anos para as meninas. Seguindo esta orientação, anexa à Colônia de Itanhenga, foi destinada área de 200 hectares para a construção do Preventório Alzira Bley e da Granja Eunice Weaver, ocorrendo o lançamento da pedra fundamental dessas instituições no mesmo dia da inauguração da Colônia, em 11 de abril de 1937. Para construção do preventório, Eunice Weaver obteve junto ao governo do estado a quantia de 100:000\$000, que se tornou insuficiente para a execução do projeto original, obrigando reduzi-lo à metade.²¹⁸

²¹⁷ SOUZA-ARAUJO, 1937b, -. 601-602.

²¹⁸ Ibid., p. 602-603.

Figura 15: Vista da frente do Preventório Alzira Bley com um grupo de crianças internadas entre a Irmã Campos, a Superiora, o médico do estabelecimento Dr. Soares, e Alice Monjardim e Lucio Soares, respectivamente presidente e tesoureiro da Sociedade Espírita-santense de Assistência aos Lázaros, instituição mantenedora do Preventório.

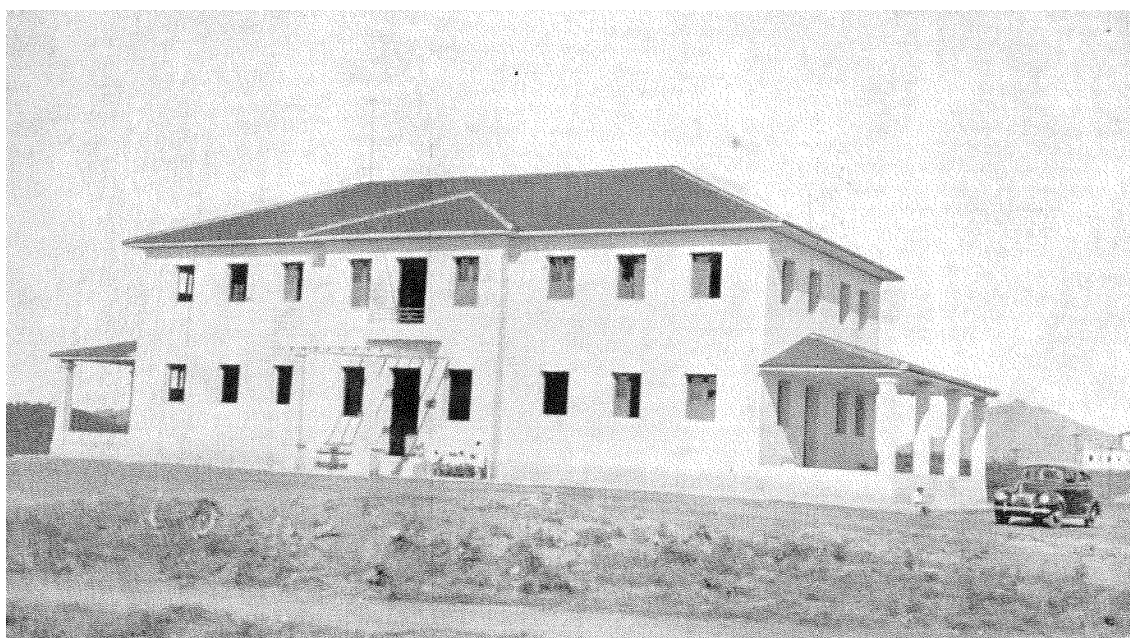
Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



Fazendo parte do preventório, a Granja Eunice Weaver foi projetada para ser uma granja-escola profissional, onde seriam ensinados, além da alfabetização, os conhecimentos básicos da agricultura e pecuária, e de suas atividades correlatas aos rapazes que alcançassem a idade limite de permanência no preventório e para os parentes dos leprosos. Para sua construção seriam utilizados os recursos materiais e financeiros obtidos em campanhas de solidariedade.²¹⁹

Figura 16: Vista da frente da Granja Eunice Weaver para abrigar meninos, filhos sadios de leprosos, maiores de sete anos.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



Em 24 de abril de 1940, o preventório Alzira Bley e a granja Eunice Weaver foram inaugurados. Sobre a cerimônia de inauguração relatou o Dr. Pedro Fontes²²⁰:

Ao ato compareceram o Exmo. Sr. Interventor Federal, o Rvmo. Bispo Diocesano, Secretarios do Estado, Prefeitos, da capital e de outras cidades do interior do Estado, Conselho Administrativo do Estado e demais autoridades federais, estaduais e municipais, muitas senhoras, pessoas gradas, e grande massa popular. A Diretoria da Sociedade Espiritosantense de Assistência aos Lázarus de Vitória, a quem cabiam as honras da solenidade, compareceu incorporada, acompanhada das Exmas. Sras. DD. Eunice Weaver e Olga Teixeira Leite, presidente e tesoureira da

²¹⁹ Ibid., p. 603.

²²⁰ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. **Colônia de Itanhenga**: Preventório Alzira Bley, Granja Eunice Weaver. Rio de Janeiro: Gráfica Milone, 1942. p. 21.

Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros, que foram especialmente convidadas para assistir essa solenidade (*sic*).

As duas instituições foram preparadas para acolher 150 filhos de leprosos, de crianças recém-nascidas a jovens de 18 anos. Para a obra foram utilizados recursos obtidos com o governo do estado e com uma campanha de solidariedade promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros em cooperação com a Sociedade de Assistência aos Lázaros de Vitória.²²¹

No dia da inauguração do preventório e da granja, o interventor federal João Punaro Bley enviou a seguinte mensagem, trazendo mais detalhes das instituições:²²²

O Governo do Estado construiu o Preventório “Alzira Bley” tendo anexa a crèche “Alice Monjardim”. São ali recolhidas as crianças que nascem no leprosário, imediatamente após o seu nascimento, quando ainda não estão contaminadas; as meninas até 18 anos e os meninos menores de 10. A Federação das Sociedades de Lepra organizou a Campanha de Solidariedade, que foi dirigida pela sua Presidente, D. Eunice Weaver. A Comissão Executiva da Campanha, da qual foi Presidente o Sr. Jones Santos Neves, arrecadou 140:000\$000, construindo com essa importância a Granja “Eunice Weaver”, onde estão albergados os filhos dos leprosos entre 10 e 18 anos. O Governo Federal concorreu com a instalação desses dois estabelecimentos, que estão em pleno funcionamento, sob a direção da Sociedade de Assistência aos Lázaros de Vitória. O Preventório “Alzira Bley” está entregue às Irmãs de São Vicente de Paula e a Granja “Eunice Weaver” ao Capelão da Colônia de Itanhenga, sendo todos muito dedicados às crianças, que ali recebem alimentação farta e sadia, rica em vitaminas; tratamento vigilante a cargo de um médico; instrução cuidadosa; ensinamentos de trabalhos domésticos e rurais, para os quais a Granja possui 300 hectares de terra (*sic*).

Outra importante ação executada pelo governo do Espírito Santo para tornar o combate à lepra mais efetivo foi a formação de especialistas, enviando médicos que atuavam no Serviço de Profilaxia da Lepra para instituições de ensino e de pesquisa para realização de cursos de especialização em leprologia. Assim, quatro médicos receberam formação especializada na Universidade de Minas Gerais,

²²¹ A NOITE, 23/4/1940, Rio de Janeiro, RJ.

Faculdade de Ciências Médicas (Fundação Gaffré-Guinle) e Centro Internacional de Leprologia.²²³

4.5 Visita de inspeção: cinco anos depois²²⁴

Ao deixar a chefia do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas do Espírito Santo, Dr. Pedro Fontes solicitou ao Dr. Souza-Araujo que realizasse uma visita de inspeção àquele Serviço com o objetivo de avaliar a sua situação atual e eficiência. Assim, Souza-Araujo, em meados de 1941, passou duas semanas no estado, sendo a primeira ocupada pela observação do funcionamento da Colônia de Itanhenga e a segunda em visita aos dispensários do interior do estado, juntamente com Dr. José Augusto Soares, chefe interino do Serviço. No ano seguinte, no mês de maio, Souza-Araujo retornou à Itanhenga para rever o leprosário, o dispensário e a granja, desta vez, acompanhado pelos médicos Manuel Gimenez, enviado ao Brasil pelo Ministério da Saúde Pública do Paraguai para especialização em leprologia, e Cândido Silva, chefe do Serviço de Profilaxia da Lepra do estado do Piauí. A visitação, que teve duração de três dias, foi acompanhada e orientada pelo Dr. Soares e pelo Dr. Octavio Manhães de Andrade, diretor da Colônia.

A partir das observações e dados coletados durante os períodos de visitação, Souza-Araujo publicou um livro comemorativo do quinto aniversário de existência da Colônia de Itanhenga e de seus anexos, Preventório Alzira Bley e Granja Eunice Weaver. Seguindo a mesma estrutura dos trabalhos produzidos por Souza-Araujo, este livro traz descrições detalhadas dos prédios, atividades e funcionamento de cada uma das instituições e seus respectivos dados financeiros e quantitativos, que serão apresentadas a seguir.

²²² BLEY, apud SOUZA-ARAUJO, 1942, p. 21-22.

²²³ SOUZA-ARAUJO, 1937b, p. 604.

²²⁴ As informações apresentadas no item 4.5 e seus subitens, e no item 4.6 foram, em sua maioria, extraídas do livro publicado por Souza-Araujo em comemoração ao quinto aniversário da Colônia de Itanhenga, após visitação de inspeção às instituições, intitulado: "Colônia de Itanhenga: Preventório Alzira Bley, Granja Eunice Weaver". Quando for o caso, outras fontes serão informadas.

4.5.1 Colônia de Itanhenga

A Colônia de Itanhenga, inaugurada em 11 de abril de 1937, possuía lotação inicial para 380 leprosos. Após acréscimos realizados em seus prédios, no intervalo de cinco anos, a sua capacidade foi aumentada para 450 leitos. A área total da colônia e seus anexos também foram ampliados, passando dos 1200 hectares iniciais para 1580 hectares com a aquisição de terras de propriedades vizinhas.

Para manter as despesas gerais da Colônia, nestes primeiros cinco anos, foram desembolsados 2.225 contos, sendo 1.800 contos por parte do governo do Espírito Santo e 425 contos provenientes da União. O consumo diário de alimentos na Colônia ficava na ordem de 124Kg de carne fresca, 70Kg de pães e entre 30 a 60 litros de leite (dependendo da estação do ano). Os demais alimentos, como macarrão, manteiga, toucinho, fubá de milho, etc. eram fornecidos de acordo com a necessidade; legumes, verduras e outros gêneros eram produzidos na própria Colônia, conforme a sazonalidade de cada produto.

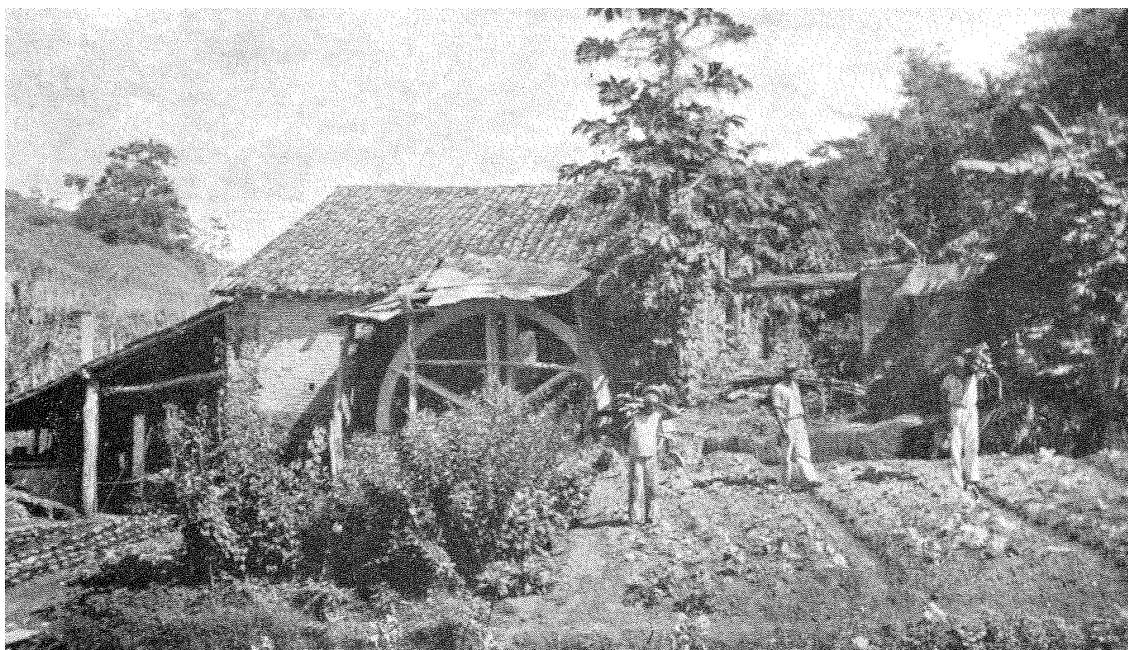
Figura 17: Zona doente - parte dos 122 cachos de banana colhidos pelos enfermos. À direita Dr. Zéo, médico diretor do leprosário.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



Figura 18: Zona sadia – engenho de cana de açúcar.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1942.



Em maio de 1941, a Colônia contava com a atuação de 18 funcionários sadios, sendo 15 em cargos administrativos e operacionais, e três médicos. As funções administrativas e operacionais eram as seguintes: administrador, escriturário, almoxarife, mecânico de lavanderia, porteiro, guarda, motorista, cozinheiro, auxiliar de cozinha e servente. Como médicos, faziam parte da equipe da Colônia: Dr. José Augusto Soares, inspetor-chefe interino do Serviço de Profilaxia da Lepra e médico dermatologista; Dr. Arnaldo Zéo, diretor-médico residente; Dr. Theophilo Batinga, médico-clínico residente. Em 1942, os médicos residentes foram transferidos para outros setores do serviço público, sendo designado para o cargo de diretor-médico residente de Itanhenga, o ex-diretor do dispensário de Colatina, Dr. Octavio Manhães de Andrade.

Seguindo a política de utilização da mão-de-obra disponível na população de doentes de Itanhenga, objetivando diminuir custos de manutenção, socializar e ocupar os internos, em abril de 1941, havia 134 enfermos contratados. Muitas eram as funções exercidas por eles: prefeito, professora, delegado de polícia, enfermeiro-chefe, ajudante de enfermagem, escriturário, eletricista, lavadeira, barbeiro, guarda, copeiro, encarregado de limpeza, aprendizes e trabalhadores agrícolas. A

remuneração recebida por este pessoal era feita mensalmente na forma de cartões-vale, que poderiam ser usados internamente ou trocados por moeda corrente, quando desejassem remeter algum valor para fora do leprosário. Esta transação era efetuada pelo administrador, que ficava responsável por um lastro financeiro disponibilizado pelo Tesouro Nacional. Desta forma, os doentes não manipulavam a moeda corrente para evitar contaminação. Além dos doentes contratados, mais da metade do restante dos internos trabalhava por conta própria.

O atendimento do serviço médico era feito diariamente, durante cinco horas, pela manhã, por médicos que não viviam na Colônia. À tarde, o médico residente percorria as enfermarias, a maternidade, o preventório ou ainda trabalhava no laboratório. Durante a noite, o médico de plantão atendia aos chamados. O tratamento aplicado aos doentes era feito com injeções de derivados de óleo de chaulmoogra e cauterizações com ácido tricloroacético²²⁵ a 33%, método introduzido em Itanhenga, em maio de 1941, pelo Dr. Souza-Araujo. Estas terapias tinham o objetivo de diminuir o aspecto desagradável causado pela doença, uma vez que já havia sido constatada a impossibilidade de cura até aquele momento.

A movimentação de leproso registrada na Colônia de Itanhenga, entre abril de 1937 e dezembro de 1941, foi a seguinte:

²²⁵ O ácido tricloroacético (TCA) é uma substância ácida aquosa inicialmente utilizada no tratamento de feridas, como cauterizador de doenças da pele e tumores, e no tratamento de calos, verrugas e aftas. - PORTAL EDUCAÇÃO – Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/estetica/artigos/35703/formulacoes-de-peelings-quimicos-acido-tricloroacetico-tca#ixzz30VhRyDp1>>. Acesso em: 01 mai. 2014.

Quadro 7: Movimento geral da Colônia de Itanhenga entre 1937 e 1941.**Fonte:** SOUZA-ARAUJO, 1942.

LEPROSOS	1937	1938	1939	1940	1941	Total
Entraram	273	154	104	67	86	684
Sairam	10	21	61	99	60	251
Faleceram	15	11	10	4	17	57
Permaneceram	248	370	403	367	376	376
Entradas						
Doentes novos	270	152	90	50	45	607
Comunicantes	1			1		2
Suspeitos				1		1
Foragidos capturados	2	1	4	10	2	19
Foragidos que regressaram		1	3	5	3	12
Licenciados reingressados			2		32	34
Egressos reinternados			5		4	9
TOTAL						684
Saídas						
Alta hospitalar		10	15	59	23	107
Licenciados por dias			2	3	29	34
Recambiados	6	5	9	4		24
Foragidos	4	6	31	27	8	76
Foragidos reincidentes			3	3		6
Reinternados egressos			1	2		3
Comunicantes saídos				1		1
TOTAL						251
Casamentos	1		4	11		16
Nascimentos	1	4	3	6	11	25

Podemos observar pelo quadro acima que as entradas de doentes novos decresceram com o passar dos anos, o que talvez possa ser explicado pela identificação de todos os casos novos existentes no estado através dos dispensários existentes. Outro dado relevante é a significativa quantidade de falecimentos registrados, entre 5 e 10% das entradas de novos doentes. Como a lepra apresenta baixa letalidade, fica a dúvida sobre as causas destas mortes (doenças oportunistas, suicídios, crimes, etc.). Quanto aos foragidos, o quadro apresenta crescimento até 1940 com um forte decréscimo em 1941, ano em que houve um grande número de internos licenciados por alguns dias para que pudessem resolver seus problemas

fora dos limites da Colônia, conforme política estabelecida pelo médico-diretor. Outro movimento interessante que pode ser destacado é a ocorrência de nascimentos sem casamentos, que pode apontar para a ocorrência de relacionamentos extraconjugais entre os internos, com expressivo número em 1941.

Por melhor que tenham sido as condições de vida dos internos de Itanhenga, é sempre possível imaginar que existisse insatisfação com a disciplina imposta pelas regras do isolamento compulsório. Aqueles que não se acostumavam a esta nova realidade expressavam sua resistência através de fugas, que segundo o quadro 7 representavam, aproximadamente, 30% do total de saídas registradas no período 1937-1941, sem saber-se exatamente os motivos que levavam às fugas da Colônia de Itanhenga. Segundo Keila Auxiliadora Carvalho²²⁶, um estudo realizado na Colônia Santa Izabel, em Minas Gerais, demonstrou que os principais motivos das fugas, que ocorreram com intensidade nessa instituição, eram por saudade da família ou necessidade de sair da Colônia para resolução de problemas pessoais. Em boa parte dos casos, essas fugas eram seguidas por regressos espontâneos.

Isto deve-se ao fato de que a Colônia, além de estabelecer-se como sua nova casa, também oferecia determinados benefícios que fora de lá não teriam. Conforme relatou um ex-interno, para o portador de uma doença como a lepra, a sobrevivência na sociedade era muito dificultada, tendo em vista que não podiam trabalhar. Assim, a Colônia acabava por constituir-se a alternativa mais viável, já que tinham acesso à alimentação, curativos, medicamentos e, claro, estavam protegidos das constantes manifestações de repúdio em relação à sua enfermidade. [...] ²²⁷

Situação semelhante é relatada por Fernanda Barrionuevo Proença²²⁸ a respeito do Hospital Colônia Itapuã, no Rio Grande do Sul, onde as fugas aconteciam com frequência e em grande quantidade, mesmo com o rígido controle

²²⁶ CARVALHO, Keila Auxiliadora. **Colônia Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960)**. 2012. 245f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012. p. 85-89.

²²⁷ Ibid., p. 87.

²²⁸ PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. **Os escolhidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã – (1930-1940)**. 2005. 145f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. p. 108-112

exercido pelas Irmãs Franciscanas, responsáveis pela administração do leprosário. No intervalo de um ano, 228 internos fugiram da instituição, mesmo existindo a detenção em uma cadeia, como forma de punição, caso o fugitivo fosse capturado.

Segundo relato do Dr. Souza-Araujo, a vida da comunidade que habitava a Colônia era marcada por um ritmo intenso decorrente das atividades profissionais exercidas por aproximadamente três quartos de sua população, sendo que muitos deles atuavam de forma particular em pequenas indústrias, prestação de serviços e agricultura. Além disso, existiam atividades sociais com a prática de esportes – futebol e basquete –, jogos de salão, música e dança. O culto da religião católica alcançava grande parte dos internos, como consequência da dedicação do padre que atuava na comunidade. As atividades escolares, para crianças e adolescentes, funcionavam em edifício exclusivo com aulas matutinas para as meninas e vespertinas para os meninos, ministradas por dois professores.

A disciplina no leprosário era considerada ótima, segundo o relatório publicado, em 1941, pelo diretor-médico Dr. Zéo. Esta situação foi relacionada ao estabelecimento do regime de licenças que foi instituído pelo Dr. Soares, chefe interino do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, permitindo que os internos que não apresentassem fortes sinais da doença pudessem se afastar da Colônia para resolver problemas pessoais, atenuando a necessidade de fugir. Seguindo este raciocínio, vemos no quadro 7 que em 1940 ocorreram 30 fugas, enquanto que em 1941 foram 8. Nos respectivos anos, as licenças aumentaram de 3 para 29.

Outro aspecto que se tornou relevante em Itanhenga foi a sua elevada produção agrícola. De acordo com a orientação dada pelo Congresso Internacional de Lepra, realizado no Cairo, em 1938, aos governos dos países endêmicos, a organização de seus leprosários deveria ser no formato “colônia agrícola”. Esta organização serviria para aliviar as despesas com alimentação dos internos, bem como para dar-lhes atividades físicas, mentais e proventos com a contratação dos seus serviços. Assim, nas áreas de pomar da Colônia de Itanhenga existiam: 727 abacateiros, 15.230 bananeiras, 10 pés de ameixa, 3.158 coqueiros, 415 pés de

fruta-pão, 4.941 laranjeiras de três variedades, 14 jabuticabeiras, 485 mangueiras, cana de açúcar ocupando oito alqueires. Eram colhidos em abundância os seguintes legumes, grãos e hortaliças: abóbora, aipim, batata doce, jiló, inhame, mandioca, maxixe, repolho, pimentão, pepino, milho, arroz, feijão mulatinho, alface, acelga, alho, chicória, cebolinha, coentro, couve, etc.

A pecuária também apresentava bom desempenho, com aproximadamente 200 cabeças, a maioria doada por fazendeiros capixabas, e que produziu 20.000 litros em 1941. Existiam ainda 130 suínos, 15 caprinos e, junto ao estábulo, um grande aviário. Para o serviço de transporte existiam 5 cavalos e 4 mulas.

4.5.2 Preventório Alzira Bley

O edifício do Preventório foi construído com três pavilhões interligados, sendo o pavilhão central com dois pavimentos e os laterais com apenas um pavimento. No andar térreo do pavilhão central existiam a recepção, secretaria, Capela de Nossa Senhora da Providência e consultórios médico e odontológico, cada um deles com atendimento duas vezes por semana, em dias alternados. O andar superior era composto por uma sala destinada para costura e rouparia com amplos guarda-roupas, dois grandes dormitórios com 30 camas em cada um deles e instalações sanitárias. Em um dos pavilhões laterais existiam o refeitório, copa, cozinha e banheiro. No outro, ficava a creche contendo 15 camas e duas enfermarias destinadas ao isolamento dos internos que adoecessem.

Figura 19: Preventório Alzira Bley, construído pelo governo do estado do Espírito Santo.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1942.



A administração do Preventório estava sob os cuidados de cinco Irmãs da Ordem de São Vicente de Paula, tendo a Irmã Superiora na direção e as outras quatro como responsáveis pelos demais setores do preventório. Além delas, existiam duas mulheres contratadas para cuidar da costura e da lavanderia. As atividades domésticas eram desempenhadas por grupos de internas mais velhas que se revezavam semanalmente na cozinha, lavanderia, creche, enfermaria, costura e limpeza. A cozinha era coordenada por uma das Irmãs, auxiliada por quatro jovens, que preparavam a alimentação para quatro refeições diárias dos internos do preventório e da granja. Entre as aulas e os trabalhos domésticos as meninas se dedicavam aos trabalhos manuais.

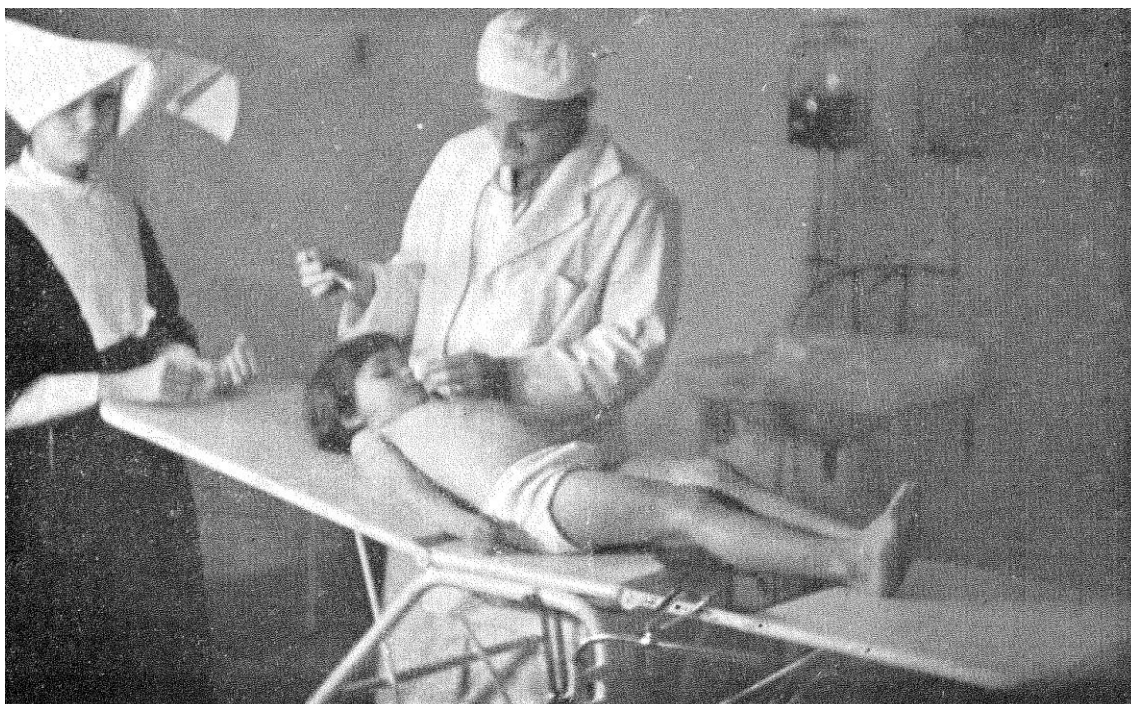
Figura 20: Irmã responsável pela cozinha é auxiliada por meninas maiores no preparo da alimentação dos internos do Preventório e da Granja.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



Figura 21: Exame periódico nos internos do Preventório realizado pelo dermatologista Dr. Soares.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, 1942.



Em maio de 1941 existiam no Preventório 62 meninas e meninos, nas seguintes faixas etárias: 7 crianças na creche, 16 com idade entre 2 e 4 anos e 39 com idade entre 5 e 18 anos. Somados aos 44 meninos que estavam na Granja, as duas instituições abrigavam 106 filhos de internos de Itanhenga. Um ano depois este número passou para 125 internos, sendo 85 no Preventório e 40 na Granja.

A manutenção do Preventório Alzira Bley e da Granja Eunice Weaver era provida pela Sociedade Espírito-santense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra de Vitória, com o auxílio do Serviço de Profilaxia da Lepra do estado. A Colônia de Itanhenga contribuía com o fornecimento de carne, a preço de custo, e com leite, medicamentos e outros materiais hospitalares, gratuitamente. Em 1941, segundo relatório do Dr. Arnaldo Zéo, foram fornecidos pela Colônia ao Preventório 8.341Kg de carne, 1.530 litros de leite e 452 itens de farmácia. Houve também, de forma gratuita, o fornecimento de lenha e diversos produtos agrícolas extraídos da Colônia. Até 1942 a Granja não tinha iniciado sua produção agrícola em consequência de uma forte praga de formigas que assolava a região.

Em 15 de novembro de 1945, o Preventório Alzira Bley inaugurou obras de expansão em três setores: o primeiro foi o “Pavilhão Roosevelt” destinado a uma ampla creche; o segundo foi um pavilhão com salas de aula, de costura e de economia culinária, destinado às moças; o terceiro pavilhão para diversas atividades recebeu o nome de Jones Santos Neves, presidente da Comissão Executiva da campanha financeira promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros no Espírito Santo em favor da construção do Preventório e da Granja. Estas obras foram executadas com verbas da União.²²⁹

4.5.3 Granja Eunice Weaver

A Granja Eunice Weaver, instituição anexa e complementar ao Preventório Alzira Bley, foi inaugurada no dia 24 de maio de 1942. Para sua construção foram

²²⁹ A NOITE, 12/11/1945, Rio de Janeiro, RJ.

arrecadados, inicialmente, 110 contos com a Campanha da Solidariedade, promovida, no Espírito Santo, pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros. A arrecadação total da Campanha ficou em 148 contos e grande quantidade de material de construção. O projeto organizado pelo Departamento de Saúde do Distrito Federal foi orçado em 600 contos, valor quatro vezes maior ao arrecadado. Por isso, o Interventor Punaro Bley solicitou aos Drs. Pedro Fontes e Souza-Araujo que refizessem o projeto para adequá-lo à verba disponível.

Desta forma, o prédio principal da Granja foi construído com dois pavimentos, possuindo no andar térreo uma sala destinada à torrefação e moagem de café, uma sala de aulas, banheiro completo com chuveiros, sala de estudos, salão de diversões, consultório médico e um pequeno refeitório reservado ao Padre-diretor, que dirige a Granja, e aos meninos maiores de 14 anos. Os meninos menores de 14 anos faziam as refeições no Preventório.

No pavimento superior existiam a biblioteca do Padre-diretor, comunicando-se com a sua cela e com uma sala de estudos privativa, dormitório dos meninos maiores com 20 camas, banheiro completo com chuveiros, uma pequena enfermaria com seis camas, dormitório dos meninos menores com 24 camas e quarto de rouparia.

A instituição não tinha nenhum empregado contratado para os serviços domésticos, sendo estes executados pelos meninos maiores, exceto o de cozinha e lavanderia, com o recebimento de uma pequena gratificação mensal. Os meninos também cuidam dos serviços externos: estábulo, pocilga, aviário e a criação de cabras e ovelhas.

No edifício da Granja funciona uma escola pública do estado com duas turmas de meninos e duas de meninas, separados em dois horários, pela manhã com uma professora pública e pela tarde com uma das religiosas.

Figura 22: Plantação de capim gordura para os animais da Granja.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1942.



Figura 23: Estábulo e pocilga da Granja Eunice Weaver.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1942.



4.6 Situação do Serviço de Profilaxia da Lepra em 1942

Em 1942, o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas ainda funcionava no mesmo prédio em que foi instalado, em Vitória, em 1927. No pavimento térreo ficava o dispensário misto para pele e doenças venéreas, sob a direção do Dr. Delmiro Coimbra, com fichário geral de sífilis e doenças venéreas, consultórios e salas de exames para homens e mulheres. No andar superior estavam a chefia do Serviço, laboratório central, fichário geral de lepra, almoxarifado e contabilidade.

Até aquela data, todos os leprosos fichados na capital foram internados em Itanhenga, exceto aqueles que preferiram sair do estado.

O Serviço Central verificava e registrava a atividade de todos os dispensários do estado e do leprosário, com a finalidade de manter estatísticas, acompanhar os tratamentos, e movimentação dos leprosos e comunicantes através de seus endereços residenciais dentro e fora do estado. Este controle possibilitava informar aos Serviços de outros estados a transferência de leprosos e comunicantes.

O laboratório central em funcionamento há 13 anos realizava exames microscópicos, sorológicos e químicos que eram solicitados pelo Departamento Estadual de Saúde e pela Santa Casa de Vitória. Podiam ser realizados exames sorológicos, mediante pequeno pagamento, de sífilis para doentes de médicos particulares e para caixas e instituições sociais.

Os oito dispensários fixos que foram instalados nos municípios com maior incidência de lepra ou próximos deles, entre 1928 e 1935, estavam em pleno funcionamento, assim como, os três postos de vigilância para o atendimento de comunicantes.

Segundo o relatório publicado pelo Dr. Pedro Fontes, referente ao ano de 1941, existiam até 31 de dezembro 1.081 leprosos fichados e 200 casos suspeitos. Dentro dos casos confirmados, 752 eram homens e 329 mulheres. Ainda entre os

casos confirmados, 1019 eram brasileiros e 62 eram estrangeiros. Quanto a naturalidade dos brasileiros, temos a seguinte distribuição:

Quadro 8: Naturalidade dos leprosos.

Fonte: FONTES apud SOUZA-ARAUJO, 1942, p.33

Naturalidade	Leprosos
Espírito Santo	527
Minas Gerais	287
Rio de Janeiro	136
Ceará	8
São Paulo	8
Bahia	7
Pernambuco	5
Sergipe	5
Distrito Federal	4
Paraná	2
Acre	1
Piauí	1
Alagoas	1
Ignorada	27
Total	1019

No quadro acima podemos observar que quase a metade do total de leprosos fichados (492) não tinha naturalidade do Espírito Santo. Segundo observação contida no relatório, deduzindo os falecidos, os recambiados para seus estados de origem, os que mudaram e os que tiveram paradeiro ignorado, ficaram sob o controle do Serviço 729 leprosos.

Um levantamento efetuado em 1942 apontou que Alegre, Colatina, João Pessoa (atual Mimoso do Sul), Siqueira Campos (atual Guaçuí) e Vitória continuavam a ser os municípios com maior incidência de leprosos fichados em comparação aos levantamentos efetuados entre 1935 e 1937, sem causa determinada.

4.7 Relatos de quem viveu na Colônia de Itanhenga

Para complementar as informações de Souza-Araujo e Pedro Fontes serão apresentados, a seguir, trechos de entrevistas com alguns ex-internos da Colônia de Itanhenga, que foram concedidas à jornalista Francine Simonelli Spinasse, em 2007.²³⁰

Os entrevistados, de forma geral, foram encaminhados à Itanhenga após passarem por alguma avaliação médica, como foi o caso de Seu Pedrinho, que nasceu em 1939 e foi para a Colônia aos 10 ou 11 anos de idade:

A minha mãe, todos os meses, ia lá em São Francisco fazer exame de prevenção. Levava os meninos tudo. Era obrigatório. Chegava lá, eles chamavam: “Fulano de tal”. Ia minha irmã pra vê se tinha mancha. Eu ia e demorava. Porque eles sabiam que eu era doente. O médico esquentava um negocinho e perguntava: “Tá quente?”. Não. “Tá frio?”. Não. “Tá morno?”. Não. Iche! Não sentia nada. Aí ele falou que ia me mandar lá pra onde estava meu pai. Eu pensei: “Que bom!”.²³¹

Na família de Seu Pedrinho já tinham sido identificados casos de lepra em seu pai e em seus avós, o que aumentava ainda mais a vigilância sobre sua família. A sua mãe que não tinha contraído a doença, mensalmente, levava os filhos para avaliação. Desta forma, assim que foi detectada a doença, Seu Pedrinho foi imediatamente encaminhado para o isolamento compulsório.

O mesmo ocorreu com Seu Osias²³², Dona Anadir²³³ e Seu Marcelino²³⁴. Porém, podem ter acontecido situações análogas a que foi vivenciada por Dona

²³⁰ A transcrição destas entrevistas faz parte da monografia apresentada por Francine Simonelli Spinasse ao curso de graduação de Jornalismo, da Faculdade Estácio de Sá de Vitória, em 2007. SPINASSÉ, Francine Simonelli. **Memorial Descritivo: Depois dos Portões**. 2007. 110f. Monografia (Graduação) – Faculdade Estácio de Sá de Vitória, Comunicação Social com ênfase em Jornalismo, Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá, Vitória, 2007.

²³¹ SPINASSÉ, 2007, p. 46.

²³² Natural do Rio de Janeiro, Seu Osias foi encaminhado à Colônia de Curupaiti aos 8 ou 9 anos de idade, onde permaneceu até 14 anos de idade quando teve permissão para visitar a família e não regressou ao leprosário. Após casar e ter filhos buscou internação em Curupaiti, mais uma vez. Para ficar mais próximo da família, que residia no Espírito Santo, conseguiu ser internado em Itanhenga, em 1976. – SPINASSE, 2007, p. 66-73.

Maria Meloni, que chegou ao leprosário pouco tempo depois de sua inauguração. Originária de Conceição de Muqui, distrito de Mimoso do Sul, ela e suas irmãs foram levadas para Itanhenga por fazendeiros da região, devido à suspeita de existência de leprosos em sua família. Mais tarde, outros membros da família também foram encaminhados para o isolamento. No entanto, Dona Maria Meloni não era portadora da doença, o que pode ser confirmado posteriormente através de exames. Mesmo assim, ela viveu durante muitos anos como interna por não ter condições de retornar a sua família que ficou completamente desorganizada. Com este exemplo, podemos perceber o impacto causado nas famílias onde existiram casos confirmados de lepra, em consequência do forte estigma da doença.

Os entrevistados informaram que exerceram uma ou mais atividades profissionais, como funcionários do estado ou por iniciativa própria. Seu Pedrinho, por exemplo, trabalhou como faxineiro, fiscal e vigia (guarda interno) impedindo fugas e resgatando fugitivos que eram encaminhados para a prisão após a captura. Todas essas atividades eram pagas pelo estado.²³⁵

A esse respeito, Seu Marcelino relatou:

Eu trabalhava na barbearia do Estado. E era muito trabalho. Comecei como ajudante. Aí eles tiraram o chefe e me botaram pra cortar o cabelo desse povo todo. Eu tinha trabalho na barbearia, na sexta andava por aí para cortar cabelo nas casas dos acamados. Já andava com a muleta e a caixa de ferramentas debaixo do braço. Quando era dia de sábado, trabalhava até meio-dia. E era rígido, porque se chegasse atrasado, o fiscal vinha e perguntava se eu estava doente. O salário ia aumentando de dois em dois anos (*sic*).²³⁶

Em 1978, Seu Marcelino foi impedido de trabalhar pelos médicos de Itanhenga porque foi necessário amputar um de seus pés.

²³³ Dona Anadir chegou à Colônia de Itanhenga aos 23 anos de idade. Moradora de Vargem Alegre, pouco tempo antes do nascimento de sua filha, apresentou sintomas da lepra. Sua filha ficou sob a guarda de outra família. – SPINASSÉ, 2007, p. 75-79.

²³⁴ Seu Marcelino nasceu em 1932 e chegou na Colônia em 1965, junto com seu irmão mais velho, que também tinha contraído lepra. – SPINASSÉ, 2007, p. 81-85.

²³⁵ SPINASSÉ, 2007, p. 48.

Dona Maria Meloni, por sua vez, atuou na área agrícola da Colônia.

[...] Trabalhei muito aqui dentro. Na lavanderia, na roça. Tinha tanta lavoura aqui dentro. Plantava café, banana. Depois que eu casei, cada pedacinho dessa terra era plantado. Colhi maçã, uva, tudo o que plantava dava. Hoje não tem muita gente, mas de primeiro era cheio de gente aqui. Tudo trabalhando (*sic*).²³⁷

O relato apresentado acima, confirma a intensa produção agrícola da Colônia durante seu período de atividade.

Os relacionamentos conjugais ou extraconjugais vivenciados pelos entrevistados foi algo que chamou a atenção em seus depoimentos. Alguns mantiveram vários relacionamentos ao mesmo tempo, outros casaram mais de uma vez, após a separação ou morte do cônjuge. Este comportamento pode ser explicado pela própria necessidade de restabelecimento da vida social dos internos, que em alguns casos deixavam seus relacionamentos amorosos, cônjuges e filhos fora dos limites dos leprosários. A formalização de casamentos era apoiada e incentivada pela direção da instituição e por seus auxiliares diretos. Segundo Seu Marcelino, uma Irmã de Caridade tentou promover o seu casamento com uma moça que era residente da Colônia, porém como ele pensava que iria morrer em consequência da doença, preferiu manter-se solteiro.²³⁸

É provável que um dos objetivos do apoio à formalização das relações conjugais, na Colônia de Itanhenga, fosse diminuir a promiscuidade entre os internos. Na Colônia Santa Izabel o casamento entre internos estava previsto no regulamento da instituição, conforme as exigências do Código Civil.²³⁹ No Hospital Colônia Itapuã, as Irmãs e a direção estavam apoiados na Campanha de Profilaxia

²³⁶ Ibid., p. 83.

²³⁷ SPINASSÉ, 2007, p. 55.

²³⁸ Ibid., p. 84.

²³⁹ CARVALHO, K. A., 2012, p. 62.

contra a Lepra Nacional que objetivava fixar os doentes no leprosário e resolver o problema das relações sexuais.²⁴⁰

O estigma da doença ainda é uma presença nas vidas dos entrevistados. Eles sofreram e ainda sofrem o preconceito por terem sido leprosos e pelas sequelas físicas e sociais deixadas pela doença. Para confirmar o quanto isto ainda é verdadeiro, encerro este item com a resposta de Dona Anadir à pergunta da jornalista sobre este assunto.

A senhora sentia muito o preconceito das pessoas?

Ainda tem muita gente assim. Não dá nem pra te falar se naquela época era pior, porque a gente nunca teve contato com o mundo lá fora.

Algumas vezes, quando a gente vai consultar começamos a conversar com quem está do lado. Igual nós duas estamos aqui. Sempre tem aquele papo: “Você mora aonde?”. Eu respondo: “Moro no Hospital Pedro Fontes”. “Onde fica isso?”. Às vezes a gente fala mentira: “Fica lá em Cariacica, pertinho de lá mesmo”. Mas quando fala a verdade e a pessoa logo se assusta e fala: “Nossa, lá onde moram os leprosos?”. Aí eu fico com raiva: “Você não assiste televisão, não? Agora o nome mudou, agora é hanseníase”. “Mas naquele tempo era lepra, né?”. “Era, mais agora não é mais não. Fala hanseníase, que pode ser até a mesma coisa, mas é um nome mais bonito do que esse aí que você falou”.

Sempre perguntam se eu não tenho medo e eu respondo: “Medo de que? De mim mesmo?”. Aí elas se assustam: “Por que? Você tem a doença? Mas você não tem marca. Como é que falam que a lepra não tem dedo, não tem pé e na televisão fala que a hanseníase é só uma manchinha?”. Eu falo: “Vai lá um dia pra você vê de perto”. Todo mundo aqui gosta de receber visitas. Gostamos de conversar, de ter companhia.

Mas essas pessoas não vêm de jeito nenhum. Quem tem medo, tem. Já me abati muito pela doença. Já vai fazer 29 anos que cheguei aqui, não são 29 dias. (*sic*)²⁴¹

²⁴⁰ PROENÇA, 2005, p. 117.

²⁴¹ SPINASSÉ, 2007, p. 79.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que tenho constatado através das diversas leituras efetuadas a respeito do combate à lepra, é que a questão do estigma, tão forte, em relação a doença não se mostrou como o verdadeiro motivo para que ocorresse o isolamento compulsório dos portadores do bacilo de Hansen. O objetivo maior era conter o crescimento do número de casos que eram confirmados e a segregação dos doentes parecia ser a melhor solução, como se mostrou na Europa. Os médicos, no Brasil e no exterior, efetivamente, não sabiam muito a respeito da doença. Apesar da identificação da bactéria, na segunda metade do século XIX, ainda pairavam muitas questões sobre os mecanismos de sua transmissão. Atualmente, ainda existem perguntas que não foram respondidas.

Assim sendo, por não saber como impedir a disseminação da doença pela sociedade, para proteger os que ainda eram tidos como sãos e, de certa forma, para tentar cuidar daqueles que por ela já tinham sido contaminados, a alternativa mais indicada era o isolamento do doente. Porém, não temos como desconsiderar o que esta interrupção, ocorrida de forma tão abrupta na vida dos leprosos e de seus familiares, causou em sofrimentos e deixou marcas profundas em suas vidas.

Os relatos apresentados por Souza-Araujo e Pedro Fontes, e pelo noticiário dos jornais pesquisados não demonstram que o isolamento tivesse sido tratado de forma extremamente compulsória, que houvesse necessidade mesmo do uso de força policial para encaminhar um leproso à colônia. Da mesma forma, não foram registradas fugas em número elevado, segundo os relatórios publicados. Algumas vezes, o leproso fichado tinha a opção de sair do estado, sendo recambiado para outro leprosário ou buscar isolamento residencial. É possível que estas situações tenham sido formas de escapar ao isolamento.

Com relação a organização das políticas de saúde, e em particular para organização do combate à lepra, o papel desempenhado pelo Governo Vargas se mostrou muito eficiente, conseguindo estruturar adequadamente suas ações. O

próprio Vargas viajou por todo o país, registrando suas impressões sobre os lugares que visitou em um diário que manteve entre 1930 e 1942. O apoio do presidente à campanha contra a lepra foi fundamental para que Gustavo Capanema, com sua capacidade de organização e articulação política, pudesse planejar e implementar suas decisões.

Um aspecto a ser ressaltado é a atuação do Dr. Heráclides Cesar de Souza-Araujo na pesquisas, discussões e orientações sobre o combate à lepra. Ele foi, indubitavelmente, uma verdadeira referência a respeito do assunto no Brasil e no exterior. Além disso, sua produção técnica e acadêmica se tornou um importante legado para que, hoje, possamos entender e remontar a história da luta contra a lepra no país. Seus diversos trabalhos, na forma de livros e artigos, são utilizados como fonte de pesquisa para todos os trabalhos relacionados ao tema.

Para o Espírito Santo, a chegada de Pedro Fontes para assumir a chefia do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas foi preponderante para revelar a real situação da endemia no estado. Os censos realizados, sua organização administrativa, sua capacidade técnica e a sua persistência foram os elementos necessários para tornar possível a instalação do leprosário de Itanhenga.

Neste processo também foi muito importante a disponibilidade do interventor federal João Punaro Bley para a implementar as políticas de combate à lepra, sugeridas por Souza-Araujo e Pedro Fontes. Bley interviu na esfera estadual, federal e junto à sociedade civil, obtendo recursos necessários para encaminhar adequadamente o problema da lepra no Espírito Santo. Neste sentido, a população em geral, empresários, comerciantes, fazendeiros, não se furtaram em participar das campanhas promovidas pela Federação e pela Sociedade de Assistência aos Lázaros para angariar recursos voltados para erguer e manter o leprosário e o preventório.

A estrutura da Colônia de Itanhenga e do preventório, conforme a descrição detalhada de Souza-Araujo, possibilitou que a permanência de seus internos ocorresse de forma digna, apesar das dificuldades decorrentes do isolamento

compulsório. Nas consultas realizadas aos jornais do Espírito Santo e do Rio de Janeiro, não foram encontradas notícias sobre problemas ocorridos aos internos de ordem material, assistencial ou social. Por outro lado, é provável que se os remanescentes da Colônia, que ainda residem no Hospital Pedro Fontes, forem entrevistados, possam surgir insatisfações e dificuldades sofridas naquela época.

Mesmo com as limitações existentes, a Colônia de Itanhenga, o Preventório Alzira Bley e os dispensários cumpriram seu papel adequadamente, de acordo com o modelo tripé, que buscava erradicar a lepra no Espírito Santo.

Em 22 de janeiro de 1943, João Punaro Bley deixou o cargo de interventor federal do Espírito Santo para fazer parte da primeira diretoria constituída da Companhia Vale do Rio Doce, sendo nomeado para substituí-lo Jones dos Santos Neves, que permaneceu como governador até o fim do Estado Novo.²⁴²

Cabe ressaltar que não foi possível utilizar fontes primárias para elaboração deste trabalho porque não consegui localizá-las. Em visita à Itanhenga, atual Hospital Dr. Pedro Fontes, fui informado pelo pessoal da administração que a documentação da antiga Colônia foi totalmente incinerada. Também procurei informações na Secretaria Estadual de Saúde, no Arquivo Público de Cariacica e no Arquivo Público Estadual, também sem sucesso. Assim, esta pesquisa está baseada, em grande parte, nos trabalhos publicados pelo Dr. Souza-Araujo que trazem muitos detalhes e considerações, porém apresentam uma visão particular do processo. Apesar disto, acredito que foi possível resgatar as ações significativas efetuadas por Pedro Fontes e João Punaro Bley, que atendendo às orientações de Gustavo Capanema e Souza-Araujo, buscaram controlar e eliminar a lepra do estado do Espírito Santo.

²⁴² A NOITE, 23/1/1943, Rio de Janeiro, RJ.

FONTES

Fundo Documental

Arquivo Gustavo Capanema – CPDOC/FGV

Periódicos

Hemeroteca Digital Brasileira – Biblioteca Nacional

Artigos e livros

AGRICOLA, Ernani. A lepra no Brasil – resumo histórico. In: **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (DNS/SNL), 1960. p.11-29.

MAURANO, Flavio. História da Lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. In: **Tratado de Leprologia**: volume I - tomo 1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (DNS/SNL), 1950. p.13-168.

SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. A lepra e as organizações anti-leprosas do Brasil em 1936. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**. 1937a, vol.32, n.1, pp.111-160. ISSN 0074-0276.

_____. A lepra no Espírito Santo e sua prophylaxia: A “Colônia de Itanhenga” – Leprosário modelo. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**. 1937b, vol.32, n.4, pp.551-605. ISSN 0074-0276.

_____. **Colônia de Itanhenga**: Preventório Alzira Bley, Granja Eunice Weaver. Rio de Janeiro: Gráfica Milone, 1942.

_____. **História da lepra no Brasil**: volume I – períodos colonial e monárquico (1500-1889). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

_____. **História da lepra no Brasil**: volume III – período republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956.

REFERÊNCIAS

ACHIAMÉ, Fernando. **O Espírito Santo na Era Vargas (1930-1937)**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

ANDRADE, Marcio Magalhães de. **O princípio do mal: a ameaça leprosa no Rio de Janeiro colonial**. 2005. 102f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Jun 2003, vol.36, n.3, p.373-382. ISSN 0037-8682.

BENCHIMOL, Jaime. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de A. Neves (Orgs.). **O Brasil Republicano: o tempo do liberalismo excludente**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. p.231-286.

BÉNIAC, Françoise. O medo da lepra. In: LE GOFF, Jaques. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1991. p.127-145.

BOMENY, Helena (Org.). **Constelação Capanema: intelectuais e políticas**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

BRAGA, Andrea Baptista Freitas. **“O que tem de ser tem força”**: Narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955). 2006. 203f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase – versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CABRAL, Dilma. A terapêutica da lepra no século XIX. **Revista Esboços**, Florianópolis, v.13, n.16, p.35-61, 2006.

CABRAL, Sebastião. **Saúde pública no Espírito Santo: da colônia aos dias atuais**. Vitória: Ed. Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo, 1992.

CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. História e análise de textos In: _____ (Org.). **Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia**. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p.375-399.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi**. São Paulo: Cia das Letras, 2006.

CARVALHO, Keila Auxiliadora. **Colônia Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960)**. 2012. 245f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

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

COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. **Entre ideias e ações: medicina, lepra e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)**. 2007. 410f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: Origem das políticas de saúde do Brasil**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Cia das Letras, 1999.

CUNHA, Vivian da Silva. **Do isolamento compulsório em questão**. Políticas de combate à lepra no Brasil. (1920-1941). 2005. 142f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

CURI, Luciano Marcos. **“Defender os sãos e consolar os lázaros”**. Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976. 2002. 231f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

D'ARAUJO, Maria Celina. **A era Vargas**. São Paulo: Moderna, 1997.

EDLER, Flavio Coelho. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.25-46.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. 6. ed. São Paulo: EDUSP, 1998.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25.ed. São Paulo: Graal, 2012.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 39.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil:** do Brasil-colônia a 1930. Ouro Preto: UFOP, [s.d.].

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

GOMES, Angela de Castro (Org.). **Capanema:** o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

GRAZZIOTTI, Marinete Simões. **Dever do estado e direito do cidadão:** as políticas públicas no governo varguista no Espírito Santo (1930-1945). 2006. 162f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento:** as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.

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

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce Chaves (Org.). **Repensando o Estado Novo.** Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p.73-93.

LE GOFF, Jacques. Uma história dramática. In: LE GOFF, Jaques. **As doenças têm história.** Lisboa: Terramar, 1991. p. 7-8.

MACIEL, Laurinda Rosa. “A solução de um mal que é um flagelo”. Notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças.** Brasília: Paralelo 15, 2004. p.109-125.

_____. **”Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”:** uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil. (1941-1962). 2007. 380f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

MARQUES, Eduardo Cesar. Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento do Rio de Janeiro. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, jul-out, p.51-67, 1995.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi; VELLOSO, Mônica Pimentel; GOMES, Ângela Maria Castro. **Estado Novo:** Ideologia e poder. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

PANDOLFI, Dulce Chaves. Os anos 1930: as incertezas do regime. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de A. Neves (Orgs.). **O Brasil Republicano:** o tempo do nacional-estatismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p.13-37.

PONTE, Carlos Fidélis. O Brasil no microscópio. In: PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.49-72.

PONTE, Carlos Fidélis; LIMA, Nísia Trindade; KROPF, Simone Petraglia. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. In: PONTE, Carlos Fidélis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.75-110.

PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. **Os escolhidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã – (1930-1940).** 2005. 145f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RIOS, Maria Zilma. **Sanatório Getúlio Vargas: medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967).** 2009. 148f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, vol. 10: (suplemento 1): 415-26, 2003.

_____. **Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate a lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945).** 2006. 163f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS NEVES, Maria Clara Medeiros. **Além das aparências: memória da dermatologia no Espírito Santo.** Vitória: Sociedade Brasileira de Dermatologia, regional Espírito Santo, 2003.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças.** Brasília: Paralelo 15, 2004. p.13-30.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes.** São Paulo: Brasiliense, 1984.

SPINASSÉ, Francine Simonelli. **Memorial Descritivo: Depois dos Portões.** 2007. 110f. Monografia (Graduação) – Faculdade Estácio de Sá de Vitória, Comunicação Social com ênfase em Jornalismo, Sociedade de Ensino Superior Estácio de Sá, Vitória, 2007.

VIEIRA, Alda; CYPRESTE, Dora Martins. **Evolução histórica da hanseníase no Brasil e no estado do Espírito Santo:** da internação compulsória à atenção básica. 2005. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família/Sanitarista) – Centro de Pós-Graduação, Faculdades Integradas São Pedro, Vitória. 2005.

ANEXO 1 – Decreto Nº 4.443, de 31 de janeiro de 1934

DECRETO N.º 4.443.

Desapropria terreno para construção do Hospital-Colônia de Itanhenga.

O Interventor Federal no Estado do Espírito Santo, tendo em vista o disposto no artigo 1.º da Lei estadual N.º 1,727, de 3 de Janeiro de 1930 e, ainda considerando que a lepra constitue «o maior problema de medicina preventiva do Brasil» e que ao Estado compete, zelando pela saúde da população, organizar a sua prophylaxia;

considerando que a Sociedade das Nações por iniciativa do nosso sabio patricio Carlos Chagas tem incentivado essa benemerita campanha, realizando-se sob os seus auspicios as conferencias de Bangkok e Manilha, cujas conclusões estão sendo universalmente acceitas;

considerando que o Governo da Republica e de varios Estados estão, orientados por essas conclusões, providenciando no sentido de combater esse flagello social, não devendo o Estado do Espírito Santo ficar indifferente a esse bello movimento de solidariedade humana;

considerando que o Serviço de Prophylaxia da Lepra e das Doenças Venereas neste Estado já realizou o recenseamento dos leprosos, tendo identificado e fichado 430 doentes, que precisam de assistencia;

considerando que o «isolamento é um dos meios essenciaes e nas condições particulares de Brasil, o mais importante, no conjuncto das medidas hygienicas que devem regular a prophylaxia da lepra», consoante as conclusões da Conferencia Nacional de Leprologia, reunida no Rio de Janeiro, em Setembro do corrente anno;

considerando que elle deve ser feito, de preferencia, em leprosa-rios-colonias;

considerando que um leprosa-rio virá completar o aparelhamento tecnico deste Estado, onde a Prophylaxia da Lepra já dispõe de oito Dispensarios, laboratorios e outros serviços correlatos;

considerando que o logar denominado «Itanhenga», pela sua salubridade, facilidade de isolamento, transporte e abastecimento, está em condições de ser transformado em uma colonia de leprosos;

usando das attribuições que lhe são conferidas pelo § 1.º do Artigo 11 do Decreto Federal N.º 19.398, de 11 de Novembro de 1930,

DECRETA

Art. 1.º — Ficam declarados de utilidade publica nos termos do N.º 1, § 2.º, do artigo 590 do Codigo Civil e desapropriados os terrenos, com todas as bemfeitorias, situados no logar denominado «ITANHENGA», no municipio de Cariacica, comarca de Victoria, numa área de trezentos e cinquenta (350) hecares, limitando-se ao Norte, com os terrenos que forem de propriedade de José Rodrigues e Carolino Firme; ao Sul, com

o rio Cariacica até á barra; a Léste, com os mangues do estuario do rio Santa Maria, na bahia de Victoria, e, a Oéste, com os terrenos de Virgilio Schwab.

Art. 2.º — A área de que trata o artigo anterior será aproveitada para o «Hospital-Colonia de Itanhenga», destinado ao isolamento e tratamento dos leprosos neste Estado.

Paragrapho unico. — Os leprosos recém-chegados, provenientes de outros Estados, serão reconduzidos aos Estados donde tiverem vindo.

Art. 3.º — Revogam-se as disposições em contrario.

Victoria, 31 de Janeiro de 1934.

JOÃO PUNARO BLEY

Asdrubal Soares.

Fonte: SOUZA-ARAUJO, 1937b, p.576-577

ANEXO 2 – Decreto Nº 5.967, de 07 de março de 1935

DECRETO N.º 5.967

Crêa a Colonia de Itanhenga para Leprosos.

O Interventor Federal no Estado do Espirito Santo, usando de attribuições que, por lei, lhe são conferidas e

Considerando que o problema da lepra neste Estado, como no Paiz, está exigindo organizações definitivas que possam, com efficiencia, deter a expansão dessa endemia e solucionar definitivamente a questão da sua prophylaxia;

Considerando que o Serviço de Prophylaxia da Lepra e Doenças Venereas, que o Estado mantem em collaboraçãõ com a União, precisa de um leprosario para completar o seu aparelhamento tecnico;

Considerando que já estão concluidas as obras do leprosario que o Estado está construindo em Itanhenga, no municipio de Cariacica, e nas quaes foram tambem invertidos os auxilios entregues ao Governo pela União e pelo Serviço de Prophylaxia da Lepra, que os obteve do Departamento Nacional do Café e da Prefeitura Municipal de Victoria;

Considerando que o orçamento do Estado para o exercicio vigente consigna a verba de Rs. 200:000\$000 para esse leprosario;

DECRETA :

Artigo 1.º — Fica creada e pertencente ao patrimonio do Estado a Colonia de Itanhenga, com a área de duzentos e setenta e seis hectares quatro mil seiscientos e setenta metros quadrados, medida e demarcada pela Secretaria de Agricultura, em terreno desapropriado pelo decreto N.º 4.443, de 1934, destinado ao tratamento de leprosos.

Artigo 2.º — Serão recolhidos á Colonia de Itanhenga os leprosos residentes neste Estado, quando precisarem de isolamento.

Artigo 3.º — A direcção technica e administrativa da Colonia de Itanhenga fica subordinada ao Serviço de Prophylaxia da Lepra e Doenças Venereas.

Artigo 4.º — Revogam-se as disposições em contrario.

Victoria, 7 de Março de 1935.

JOÃO PUNARO BLEY
Wolmar Carneiro da Cunha
Mario Aristides Freire.

ANEXO 3 – Decreto Nº 6.049, de 02 de abril de 1935

DECRETO N.º 6.049.

Isenta das taxas de agua e telephone da Colonia de Itanhenga e dá outras providencias.

O Interventor Federal no Estado do Espirito Santo, usando da attribuição que lhe confere o Decreto Federal n.º 19.398, de 11 de Novembro de 1930, e

Considerando que o Governo do Estado, em officio de 5 de Fevereiro de 1934, pediu auctorização ao Conselho Consultivo para conceder á Colonia de Itanhenga isenção de pagamento das taxas de agua e telephone e tomar ao seu cargo o pagamento de luz e energia electrica da mesma Colonia;

Considerando que o Conselho Consultivo do Estado concedeu, em 20 de Fevereiro do mesmo anno, essa auctorização;

D E C R E T A :

Art. 1.º — Fica concedida isenção de taxas de agua e telephone á Colonia de Itanhenga, creada pelo Decreto n. 5.967, de 7 de Março do corrente anno.

Art. 2.º — Fica a cargo do Estado o pagamento de luz e energia electrica que forem fornecidas á Colonia de Itanhenga.

Art. 3.º — Revogam-se as disposições em contrario.

Victoria, 2 de Abril de 1935.

*JOÃO PUNARO BLEY
Wilmar Carneiro da Cunha
Mario Aristides Freire
Alvaro Sarlo.*