

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

TÂNIA MARIA DE ARAUJO

**VIVOS NO CAMPO DE ESQUECIMENTO:  
LEPRA E ISOLAMENTO COMPULSÓRIO NO ESPÍRITO SANTO (1920-1962)**

VITÓRIA

2020

TÂNIA MARIA DE ARAUJO

**VIVOS NO CAMPO DE ESQUECIMENTO:  
LEPRA E ISOLAMENTO COMPULSÓRIO NO ESPÍRITO SANTO (1920-1962)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em História.

Orientador: Professor Doutor Sebastião Pimentel Franco

VITÓRIA

2020

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de  
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

A658v Araujo, Tânia Maria de, 1965-  
Vivos no campo de esquecimento : lepra e isolamento  
compulsório no Espírito Santo (1920-1962) / Tânia Maria de  
Araujo. - 2020.  
255 f. : il.

Orientador: Sebastião Pimentel Franco.  
Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal do  
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Hanseníase - Aspectos históricos. 2. Hanseníase - Brasil -  
Isolamento compulsório. 3. Hanseníase - Espírito Santo -  
Isolamento compulsório - Colônia de Itanhenga. 4. Hanseníase -  
Estigma. 5. Política de saúde - Brasil - Hanseníase 1920-1962. I.  
Franco, Sebastião Pimentel. II. Universidade Federal do Espírito  
Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 93/99

---

TÂNIA MARIA DE ARAUJO

**VIVOS NO CAMPO DE ESQUECIMENTO:  
LEPRA E ISOLAMENTO COMPULSÓRIO NO ESPÍRITO SANTO (1920-1962)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em História.

Aprovada em 3 de novembro de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

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

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patrícia Maria da Silva Merlo  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Santos de Almeida Silva  
Instituição

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Yara Nogueira Monteiro  
Universidade de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zilda Maria de Menezes Lima  
Universidade Estadual do Ceará -UECE

Aos meus pais, Geraldo (*in memoriam*) e Adelaide,  
pelo zelo, carinho e apoio que sempre recebi.

Às inúmeras pessoas que enfrentaram a hanseníase, em especial aquelas que os  
efeitos simbólicos da doença maltrataram mais que as sequelas físicas.

## AGRADECIMENTOS

Esse momento me faz pensar nos recursos internos e apoios externos que mobilizei ao longo desse tempo de estudo. Sobre os recursos internos, o percurso exigiu de mim habilidades que precisei aprimorar e outras que sequer sabia que as possuía: a paciência para constantes recomeços, a perseverança e a generosidade para assentar a mente, o entendimento de que estou sempre aprendendo e o gosto pelo silêncio. Porém, foram os apoios externos os grandes responsáveis por me tornar capaz de iniciar e concluir o doutorado, pois ainda que a escrita da tese seja um processo solitário e de introspecção, a presença de algumas pessoas foi fundamental nesse percurso. Assim, deixo aqui meu carinho e gratidão, sobretudo

Ao professor Dr. Sebastião Pimentel Franco, por me acolher desde o primeiro contato; me conduzir e orientar de forma segura e zelosa, expressando sempre sua confiança em meu desenvolvimento;

À professora Dr<sup>a</sup> Simone Santos de Almeida Silva, pelas aulas, pela companhia, por dividir suas impressões sensíveis e inteligentes no decorrer do projeto e por sua contribuição durante a qualificação, ajudando-me no encaminhamento da pesquisa.

À professora Dr<sup>a</sup> Patrícia Maria da Silva Merlo, pelas aulas ministradas com irreverência e propriedade, por sua presença em minha qualificação, quando dedicou seu olhar atento ao meu trabalho e apontou sugestões pertinentes.

Aos colegas do doutorado, em especial Luana Frigulha Guisso, por estar próxima e compartilhar comigo das angústias comuns a todo estudante, tornando a trajetória menos solitária.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em História, em especial Dr<sup>a</sup> Adriana Pereira Campo e Dr. André Luís Lima Nogueira, pelo ensino e pela constante disponibilidade.

Aos servidores do Programa de Pós-Graduação, Michelly e Filipe, pela presteza e cortesia com que sempre nos atende.

Sou grata à Eloá Sena Guilhen Ribeiro, pelo apoio fundamental para que eu pudesse conciliar estudos e atividade profissional durante os meus últimos anos na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

Agradeço imensamente ao conjunto de pessoas que nos acolheram e deram condições para a realização da pesquisa de campo: ex-internos da antiga Colônia de Itanhenga, pela confiança em compartilhar conosco as memórias de suas experiências; Irmã Lúcia, pelo tempo dedicado a nos acompanhar durante as visitas; aos técnicos do Hospital Pedro Fontes e sua direção, Anderson Barbosa de Oliveira, por nos acolherem e nos receberem respeitosamente naquele espaço.

Entre as pessoas do meu convívio familiar, responsáveis pela rede de afeto em que diariamente encontrei suporte, sou grata a Gilton Luis Ferreira, que com toda calma do mundo me dizia que tudo estava bem, mesmo quando as coisas pareciam desabar; Lucas Araújo Ferreira, que me emprestava tranquilidade e dizia que tudo já estava dando certo; André Araújo Ferreira, pelo abraço acolhedor de onde não queria sair quando o tempo “fechava”; Marina Novis de Souza Avellar, pelas palavras carinhosas e sempre motivadoras.

Recria tua vida, sempre, sempre.  
Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça.  
*Cora Coralina*



## RESUMO

O estudo tem como finalidade analisar a política do isolamento compulsório de pessoas leprosas no Espírito Santo entre as décadas 1920 e 1960, bem como a percepção acerca da doença e do isolamento para doentes submetidos obrigatoriamente à internação. Trata-se de uma investigação de natureza exploratória em que utilizamos fontes bibliográficas, documentais e orais. O estudo apontou que a segregação dos doentes se constituiu como uma resposta política e sanitária para conter a doença, mas decretou centenas de indivíduos ao esquecimento e trouxe efeitos danosos para eles e suas famílias. A partir dos depoimentos de ex-internos da colônia, identificamos que a experiência com a doença e o isolamento trouxeram impactos como ressentimento, abandono de projetos de vida, desvinculação social e reforço do estigma, sendo essa marca uma questão não superada na atualidade. O estudo também nos mostrou a necessidade de distinguirmos, no indivíduo afetado pela política de isolamento, a capacidade de buscar estratégias para lidar com as adversidades e restabelecer novas dinâmicas para sua vida.

Palavras-chave: Lepra. Colônia de Itanhenga. Isolamento compulsório.

## **ABSTRACT**

The study aims to analyze the policy of compulsory isolation of people with leprosy in Espírito Santo between the 1920s and 1960s, as well as the perception about the disease and isolation for patients who must have undergone hospitalization. It is an exploratory investigation in which we used bibliographical, documentary and oral sources. The study pointed out that the segregation of patients was a political and health response to contain the disease, but it also resulted in hundreds of individuals to be forgotten and had harmful effects for them and their families. From the testimonies of the colony former patients, we identified that the experience with the disease and isolation brought impacts such as resentment, abandonment of life projects, social disconnection and reinforcement of stigma, which is an issue that is not currently overcome. The study also showed us the need to distinguish in the individual affected by the isolation policy, the ability to seek strategies to deal with adversities and restore new dynamics to his life.

**Keywords:** Leprosy. Itanhenga colony. Compulsory isolation.

## RÉSUMÉ

L'étude a comme but analyser la politique d'isolement obligatoire des lépreux (maladie de Hansen) dans l'Etat d'Espírito Santo, entre les années 1920 et 1960, ainsi que la perception autour de la maladie et de l'enfermement subi pour les patients. C'est une recherche exploratoire dans laquelle nous avons utilisé des sources bibliographiques, documentaires et orales. L'étude a souligné que la ségrégation des patients était une réponse politique et sanitaire pour contenir la maladie, mais elle a aussi décrété l'oubli de centaines d'individus et des effets néfastes pour eux et leurs familles. Les témoignages d'anciens résidents de la colonie nous ont permis de constater que l'expérience de la maladie et de e confinement avaient eu des répercussions telles que le ressentiment, l'abandon des projets de vie, le désengagement social et le renforcement de la stigmatisation, un problème qui n'est pas encore résolu aujourd'hui. L'étude nous a également montré la nécessité de distinguer chez l'individu touché par la politique d'isolement, la capacité à rechercher des stratégies pour faire face aux adversités et rétablir une nouvelle dynamique pour sa vie.

Mots clés: lèpre; Colonie Itanhenga; Isolement obligatoire.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Ressurreição de Lázaro, Rembrandt (1606-1669) .....	33
Figura 2	– Mapa-croquis mostrando a distribuição da lepra e seus índices de incidência em todo o mundo .....	59
Figura 3	– Imagem do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro e nota explicativa sobre a obra, exaltando seu aspecto com a atribuição do termo “magnífico” .....	73
Figura 4	– Epidemias e endemias .....	108
Figura 5	– Lepra .....	110
Figura 6	– Doentes conhecidos, doentes em leprosários e crianças em preventórios no Brasil em 1944 .....	161
Figura 7	– Demonstrativo do plano de construção de leprosários, organizado em 1935 ..	164
Figura 8	– Demonstrativo do plano de construções de leprosários para 1937 com ajustes .....	166
Figura 9	– Distribuição geográfica dos leprosos em 31 de dezembro de 1936 no Espírito Santo .....	176
Figura 10	– Cartograma dos leprosos até 31 de dezembro de 1936 no Espírito Santo .....	177
Figura 11	– Distribuição dos serviços de profilaxia da lepra em 1937 no Espírito Santo ..	180
Figura 12	– Áreas visitadas para instalação da colônia de leprosos no Espírito Santo em 1933.....	186
Figura 13	– Áreas da Colônia de Itanhenga, preventório, granja e colônia para egressos do leprosário.....	188
Figura 14	– Obras iniciais da Colônia de Itanhenga: pavilhões em 1934 .....	189
Figura 15	– Obras iniciais da Colônia de Itanhenga: avenida e pavilhões em 1934 .....	189
Figura 16	– Inauguração parcial da Colônia de Itanhenga em 1935 .....	190
Figura 17	– Pedro Fontes discursa em inauguração parcial da Colônia de Itanhenga em 1935.....	190
Figura 18	– Anúncio de excursão para cerimônia de inauguração da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo.....	192
Figura 19	– Refeitório da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo em 1937.....	194
Figura 20	– Declínio da hanseníase na Noruega .....	205

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Inauguração de leprosários na década de 1920 .....	112
Quadro 2 – Número de leprosos, suspeitos e contatos fichados nos municípios do Espírito Santo em 1932 e 1937.....	175

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística de leprosos até 31 de dezembro de 1925 no Brasil .....	114
Tabela 2 – Gastos da União em ações contra a lepra:1931-1940.....	150
Tabela 3 – Número de pacientes segundo período de ingresso na Colônia de Itanhenga: 1937-1999 .....	198
Tabela 4 – Emprego de medicamentos para tratamento da lepra na Colônia de Itanhenga/Espírito Santo entre 1946 e 1949.....	201

## LISTA DE SIGLAS

AGC	Arquivo Gustavo Capanema
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNCL	Campanha Nacional contra a Lepra
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPDOC	Centro de Pesquisa e Documentação
CPL	Comissão de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSAMS	Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FGV	Fundação Getúlio Vargas
GC	Gustavo Capanema
HPF	Hospital Pedro Fontes
IPLDV	Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas
LHPL	Laboratório de História, Poder e Linguagem
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
PDM	Plano Diretor Municipal
pi	Produção intelectual
Ufes	Universidade Federal do Espírito Santo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 “SPHYNGE INDECIFRAVEL”: PERSPECTIVAS SOBRE CAUSALIDADE E TRANSMISSÃO DA LEPROSA NAS ÚLTIMAS DÉCADAS DO SÉCULO XIX</b> .....	28
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA LEPROSA E DO ISOLAMENTO DOS DOENTES .....	29
2.2 RECONHECENDO O BACILO COMO CAUSA DA LEPROSA E O CONTEXTO DE ESTUDOS DE HANSEN .....	38
2.3 BACILO DE HANSEN: PROCESSO E AFIRMAÇÃO DA DESCOBERTA .....	45
2.4 AS DOENÇAS NOS TRÓPICOS E A LEPROSA .....	49
2.5 TRÓPICOS E MEDICINA .....	54
<b>2.5.1 Trópicos e lepra</b> .....	57
2.6 PERSPECTIVAS SOBRE CAUSALIDADE E TRANSMISSÃO DA LEPROSA: ECOS EM TERRITÓRIO NACIONAL .....	61
<b>2.6.1 Lepra no Brasil e condições tropicais</b> .....	64
<b>2.6.2 Lepra, a “sphynges indecifrável”</b> .....	72
<b>3 SAÚDE, LEPROSA E ISOLAMENTO COMPULSÓRIO NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX: A CONSTRUÇÃO DE UM FLAGELO E DE SUA PROFILAXIA</b> .....	81
3.1 PERSPECTIVAS SOBRE O CONTEXTO NACIONAL E O LUGAR DA SAÚDE PÚBLICA .....	82
3.2 MOVIMENTO SANITÁRIO, ENDEMIAS NACIONAIS E O LUGAR DA LEPROSA .....	85
3.3 LEPROSA, UM FLAGELO NACIONAL .....	96
3.4 CENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E A LEPROSA .....	102
<b>3.4.1 A lepra como uma endemia nacional</b> .....	106
<b>3.4.2 Profilaxia da lepra na década de 1920 e perspectivas sobre o isolamento</b> .....	111
<b>4 A CONSOLIDAÇÃO DO ISOLAMENTO COMPULSÓRIO COMO POLÍTICA PÚBLICA APLICADA À LEPROSA NO BRASIL</b> .....	122
4.1 APONTAMENTOS SOBRE O GOVERNO VARGAS 1930-1945 .....	122
4.2 POLÍTICA DE SAÚDE E AÇÕES DE CONTROLE DA LEPROSA NO PERÍODO 1930-1934 .....	125
<b>4.2.1 O desmantelamento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV)</b> .....	130



4.3 ORIENTAÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE O ISOLAMENTO DOS DOENTES DE LEPRA .....	134
4.4 REFORMAS NA SAÚDE SOB A GESTÃO DE GUSTAVO CAPANEMA .....	140
64.5 A GESTÃO DE GUSTAVO CAPANEMA E A EXPANSÃO DAS AÇÕES CONTRA A LEPRA .....	147
<b>4.5.1 O plano geral de combate à lepra</b> .....	151
<b>4.5.2 O censo e a construção de leprosários</b> .....	155
<b>5 VIVOS NO CAMPO DO ESQUECIMENTO: DO ISOLAMENTO E SUAS MEMÓRIAS</b> .....	169
5.1 “A LEPRA É MAIS FREQUENTE DO QUE PARECE, SÓ NÃO SENDO ENCONTRADA QUANDO NÃO PROCURADA”: A PRESENÇA DA LEPRA NO ES .....	169
5.2 “FEITO O RECENSEAMENTO DE LEPROSOS, É TEMPO DE CUIDARMOS, COM DECISÃO, DO SEU ISOLAMENTO”: OS SERVIÇOS DE PROFILAXIA DA LEPRA E O ISOLAMENTO DOS DOENTES .....	177
5.3 ISOLAMENTO, UM “DESTINO IMPLACÁVEL” .....	181
5.4 INSTALAÇÃO DA COLÔNIA DE ITANHENGA .....	185
5.5 O INGRESSO E A PERMANÊNCIA DOS DOENTES NA COLÔNIA .....	197
5.6 O ISOLAMENTO COMPULSÓRIO DEIXA DE SER OPÇÃO PROFILÁTICA: O PROCESSO NACIONAL E REFLEXOS NO ESPÍRITO SANTO.....	206
5.7 LEPRA E ISOLAMENTO COMPULSÓRIO SOB A PERSPECTIVA DE EX- INTERNOS DA COLÔNIA DE ITANHENGA.....	210
<b>5.7.1 “Naquela época não era hanseníase, era lepra”</b> .....	210
<b>5.7.2 “Nós não descobrimos. Foi eles que pegaram nós lá na roça”</b> .....	213
<b>5.7.3 “Quando fala lepra o pessoal assusta”</b> .....	217
<b>5.7.4 “Eu caí de luva de pelica”</b> .....	220
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	225
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	230
<b>APÊNDICE A – AÇÕES DE COMBATE À LEPRA CUSTEADAS PELA UNIÃO E BENEFICIÁRIOS DOS RECURSOS FEDERAIS ENTRE 1931 E 1940</b> .....	251
<b>ANEXO A – INSTRUÇÕES PARA O SERVIÇO DE CENSO DA LEPRA</b> .....	253

## 1 INTRODUÇÃO

Entre as doenças que mais aterrorizaram a humanidade em virtude do caráter crônico e mutilador e pelas associações pejorativas e de natureza moral, não seria absurdo pensarmos que a lepra é a que mais se destacou. Em sua trajetória, a doença esteve associada à vida impura e ao pecado; os doentes eram reconhecidos por seus corpos deformados e sua aparência desfigurada que despertavam diversos sentimentos e atitudes, como medo, hostilidade, piedade e rejeição. Em decorrência disso, o banimento do doente do convívio social foi uma prática que atravessou séculos sob justificativas que passavam pela expiação dos pecados até a proteção dos sadios.

Atualmente nos referimos à doença utilizando a terminologia “hanseníase”, alteração realizada com intuito de romper o preconceito atribuído à doença<sup>1</sup>. Causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, afeta principalmente nervos periféricos, olhos e pele. Acomete qualquer pessoa, independentemente da idade ou sexo e pode evoluir de forma lenta e progressiva. Quando não tratada, pode causar deformidades e incapacidades físicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Na pele, as lesões são características e quando “[...]as marcas são muito salientes e aparecem no rosto, constituem a chamada “face leonina”. Já o comprometimento dos nervos leva à anestesia [...]” (SCLIAR, 2019).

A enfermidade ainda é um problema para o Brasil, que ocupa o segundo lugar<sup>2</sup> mundial em número de casos novos diagnosticados de hanseníase, registrando 28.660 ocorrências em 2018 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019). No país, entre 2009 e 2018, foram diagnosticados 21.808 casos novos em menores de 15 anos e, devido ao longo período de incubação da doença, a ocorrência de casos nessa faixa etária indica a existência de focos de transmissão ativa. No período, o diagnóstico de 20.785 casos novos com grau de incapacidade evidencia o reconhecimento tardio dos doentes. Entre as formas de detecção, o Ministério da Saúde registra incremento na detecção feita por exames de coletividade e exames de contatos, havendo uma queda entre aqueles que buscam espontaneamente pelo serviço (MINISTÉRIO

---

<sup>1</sup> O termo “hanseníase” foi aprovado pela Lei nº 9010, de 29 de março de 1995, que dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase, proibindo a utilização do termo “lepra” em documentos oficiais da administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados membros (BRASIL, 1995).

<sup>2</sup> Em primeiro lugar está a Índia, com 120.334 casos novos em 2018 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

DA SAÚDE, 2020). Esses dados sugerem a persistência de uma doença, a dificuldade dos indivíduos em acessarem o serviço de saúde, a hesitação ou recusa em relação ao diagnóstico.

O tratamento eficaz da doença se tornou possível a partir da década de 1940 e a hanseníase é considerada curável mediante o uso adequado da medicação, sobretudo quando sua descoberta é precoce. Nesse sentido, as principais barreiras para seu controle dizem respeito à dificuldade de realização do diagnóstico dos doentes e de sua adesão ao tratamento (CASTRO; WATANABE, 2009). Apesar dos obstáculos, o desenho da atual política de controle da doença conta com a oferta de ações por meio das unidades de saúde da rede básica e unidades especializadas de referência para casos mais resistentes e grau mais complexo.

Dessa maneira, a hanseníase é uma doença inscrita num cenário contemporâneo cuja cura é comprovadamente possível, pois os recursos tecnológicos para tal intento estão disponíveis e o indivíduo submetido ao tratamento mantém sua rotina de vida e trabalho. Nesse cenário, tornou-se desnecessário e inadmissível afastar os doentes do convívio social e interná-los compulsoriamente, prática que integrava a profilaxia da lepra e foi desenvolvida com intenso vigor no Brasil a partir da década de 1930 e para a qual dirigimos nosso interesse de estudo.

Sendo assim, trataremos aqui da política de saúde pública adotada para lidar com pessoas que experimentaram a “lepra”, uma “outra” doença, pois ainda que “hanseníase” e “lepra” se refiram ao mesmo processo biológico, acarretado pela infecção do *Mycobacterium leprae* ao penetrar corpos não resistentes, são “eventos” que social e culturalmente trilharam caminhos diferentes. Nosso foco é, portanto, o isolamento compulsório dos doentes de lepra.

Segundo Costa (2007), devido ao contágio e à falta de terapêutica específica, a segregação dos doentes de lepra vinha sendo defendida em conferências internacionais desde 1897. Conforme Cunha (2005), no Brasil, o isolamento compulsório de leprosos, previsto desde a década de 1920, vigorou até 1962<sup>3</sup> e se configurou como a principal política pública para controle da doença, apesar das internações ocorrerem mesmo sem um medicamento específico para a cura. Dessa forma, essencial seria o isolamento do doente e não necessariamente seu tratamento.

---

<sup>3</sup> Pelo Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962, que instituíam normas técnicas especiais para o combate à lepra no país, o isolamento não configurava dentro das medidas profiláticas. A norma ainda alertava, em seu parágrafo único do artigo primeiro, sobre os danos da prática de isolamento: “No combate à endemia a 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” (BRASIL, 1962).

Adotado por vários países onde a doença era uma ameaça, o isolamento compulsório foi uma medida reconhecida por expressões da comunidade científica internacional e nacional. No entanto, mais que uma prescrição sanitária, segundo Serres (2009, p. 14), o isolamento “[...] deve ser entendido como resultado de uma prática social baseada num conjunto de representações — científicas inclusive — que viam na segregação, senão a única, a forma mais eficiente de combater a propagação da doença [...]”. Nesse sentido, além do desconhecimento do processo de contaminação e da inexistência da cura para a doença, a exclusão do leproso do convívio social por meio do isolamento compulsório em leprosários, foi incentivada em função das associações depreciativas relacionadas à lepra.

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a lepra começou a adquirir *status* de problema social e seu impacto e magnitude passaram a exigir uma posição oficial para seu enfrentamento (NERIS, 2014). Ao lado de outras enfermidades, como malária, ancilostomíase, tuberculose e febre amarela, a lepra se tornaria uma ameaça à civilização e à nação, um entrave ao processo de modernização de um país que se revelava enfermo (CASTRO SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Determinada pelo governo federal, a política de reclusão dos doentes foi absorvida pelos governos dos estados e pela classe médica, com o fim principalmente de expurgar os contaminados dos centros urbanos que se encontravam em processo de modernização. A internação compulsória seria a medida profilática para o mal da lepra e trataria de retirar pessoas doentes ou suspeitas da convivência social sob o pretexto de curar e tratar a enfermidade. No entanto, para Neris (2014, 2019), a preocupação com a cura estava em segundo plano, pois o objetivo central do isolamento era retirar os doentes do convívio com os sadios, constituindo-se numa medida de controle do doente e produzindo a estigmatização de centenas de pessoas. Nesse movimento, os doentes passavam de “excluídos” para o *status* de “esquecidos”.

Construídos por todo o país para a reclusão dos doentes, os leprosários, junto a outras duas instituições, os dispensários e os preventórios, formavam o tripé do sistema de enfrentamento da doença. Os dispensários eram lugares destinados à realização de exames dos comunicantes e à descoberta de novos casos de lepra, enquanto os preventórios deveriam receber e vigiar os filhos de leprosos, afastados de seus pais.

Segundo Carvalho (2015), o isolamento como medida profilática de combate à lepra estava previsto no Brasil desde a Primeira República, havendo a indicação para que ocorressem em

colônias implantadas para esse fim exclusivo, todavia o cumprimento da internação para isolamento dos doentes encontrava barreiras na insuficiência do número de colônias. Assim, para correção dessa falha, entre 1930 e 1945, foram construídos 18 novos leprosários em 15 estados brasileiros, um deles no Espírito Santo (ES).

Dentro de uma iniciativa federal de expansão do modelo profilático, em 11 de abril de 1937, na cidade de Cariacica, foi instalada a Colônia de Itanhenga para recolhimento de indivíduos com a doença ou suspeitos de tê-la contraído. Cariacica é uma das cidades que integra a Região Metropolitana da Grande Vitória, mas ainda mantém boa parte de seu território classificado como área rural pelo Plano Diretor Municipal (PDM). Segundo Milton Santos (1993), foi a partir do terceiro terço do século XX que a urbanização brasileira se tornou praticamente generalizada e é nesse mesmo período que o município começou a modificar o seu perfil de ocupação territorial em virtude do crescimento demográfico, que registrou, na década de 1960, o surgimento de diversos bairros impulsionados pelas várias rodovias estaduais e federais pavimentadas em seu território.

Ao tratar do bairro de Itanhenga, Pavani (2013) ressalta sua inserção em um município com um histórico de ocupação desordenada, com altos índices de pobreza, violência e precarização urbana. Segundo a autora, o bairro herdou essa denominação da fazenda de mesmo nome, cuja propriedade era do governo estadual, localizada na foz do rio Cariacica com vista para a baía de Vitória. Inserido pelo PDM na Região 8 — composta pelos bairros Nova Esperança, Nova Rosa da Penha I, Nova Rosa da Penha II, Padre Mathias (Itanhenga), Vila Cajueiro, Vila Progresso, Vila Progresso I e Vila Progresso II — na Macrozona Urbana de Dinamização, o bairro tem como principal eixo viário a BR101 (rodovia do contorno), que apresenta altos índices de acidentes automobilísticos e atropelamentos, principalmente nas proximidades do km9, localidade de acesso ao sítio composto pelo Educandário Alzira Bley e a Escola Estadual de Ensino Fundamental Dr. Souza-Araújo, edifícios identificados para fins de preservação do patrimônio histórico e cultural do município, juntamente com o Hospital Pedro Fontes<sup>4</sup>, as casas e os demais edifícios que compunham o leprosário e hoje constituem o bairro Pedro Fontes.

---

<sup>4</sup> Hospital Pedro Fontes é o nome atual da antiga Colônia de Itanhenga. Não identificamos o período exato em que a alteração se deu oficialmente. Localizamos correspondência emitida em 1961 pela direção do serviço em que sua denominação já aparece alterada para “Sanatório Dr. Pedro Fontes”, trazendo logo a seguir entre parênteses no nome da colônia (Ofício 37/61, do Diretor do Sanatório Dr. Pedro Fontes ao Chefe do Dispensário de Guaçuí, 28 de abril de 1961). Em Cypreste e Vieira (2014, p. 66), encontramos que, na década de 1980, o governo estadual manifestava a intenção de transformar a antiga colônia com nova denominação para Hospital Pedro Fontes.

Segundo Souza-Araujo (1937), a instalação do leprosário foi um projeto que alcançou êxito devido à persistência do médico Dr. Pedro Fontes, chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV), cujos esforços haviam resultado na publicação da Lei nº 1727, de 3 de janeiro de 1930, dando autorização ao Executivo para a construção de um leprosário.

Além da determinação do governo em recolher os doentes de lepra, que trabalhava com as estimativas de 22 leprosos em 1927 e 150 em 1928 (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 557), havia na sociedade uma expectativa de que essa prática se realizasse, conforme podemos notar em matéria publicada na revista *Vida Capixaba*, edição 00170, quando, a partir do relato de caso ocorrido em outro estado, ficou demonstrado o apoio à medida pela justificativa de que os leprosos espalhavam horror e doença pela comunidade (COUSIN, 1929, p. 29).

Assim como outros leprosários, a instalação da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo anunciava que a sociedade estaria salvaguardada da doença. Nesse sentido, a instituição retiraria homens, mulheres, trabalhadores, crianças, jovens e adolescentes do convívio. Em decorrência, desfez famílias, quebrou laços e enterrou vivos no campo do esquecimento.

Nesse sentido, acreditamos que se trata de um dos períodos de consequências mais lamentáveis da história da saúde pública no Espírito Santo, quando, em nome de uma racionalidade, decretou-se à quase morte, ou melhor, ao esquecimento como uma morte em vida, centenas de indivíduos e trouxe efeitos danosos para suas famílias, como o desarrimo, o abandono e a orfandade. No entanto, a compreensão desse momento na saúde pública estadual apresenta lacunas e algumas delas versam sobre como a lepra se tornou um problema no Espírito Santo e como o isolamento de leprosos se materializou; ainda, de que forma o diagnóstico da doença e a segregação repercutiu para os doentes, ou seja, ***como se materializou a política de isolamento dos pacientes portadores de lepra no Espírito Santo e o que a doença e a segregação significaram para os doentes?***

Assim, compreender o processo de implantação do isolamento compulsório de leprosos no Espírito Santo carece de maior aprofundamento, sobretudo sob o ponto de vista de quem a viveu. À vista disso, tomamos como objeto de estudo a política de isolamento compulsório dos doentes de lepra no Espírito Santo, que será observado a partir dos anos finais da década de 1920, momento em que iniciativas públicas estaduais foram adotadas para o dimensionamento da doença e de sua compreensão como um problema sanitário, resultando anos depois na instalação da Colônia de Itanhenga em 1937. Como marco final dessa observação, seguiremos

até os anos de 1960, quando tivemos a edição de normas federais de supressão do isolamento compulsório como medida profilática.

A pesquisa trabalhou com a hipótese de que o isolamento compulsório, instituído sob o medo do contágio e sem a garantia de tratamento e cura da lepra, propiciou o reforço ao estigma da doença. Para averiguação da pertinência desse pressuposto, o trabalho se desenvolveu com o objetivo de analisar a política do isolamento compulsório de pessoas leprosas no Espírito Santo durante o período compreendido entre as décadas de 1920 e 1960, bem como a percepção acerca da doença e do isolamento para doentes submetidos obrigatoriamente à internação na Colônia de Itanhenga. Nesse sentido, os objetivos específicos foram assim delineados:

1. Identificar diferentes perspectivas na forma de compreender a transmissão da lepra no final do século XIX e a presença dessas perspectivas no Brasil.
2. Compreender a trajetória de concepção da lepra como um problema sanitário nacional e do isolamento compulsório como medida de enfretamento da doença no Brasil nas duas primeiras décadas do século XX.
3. Analisar a consolidação do isolamento compulsório no Brasil entre 1930-1940, demonstrando o desenvolvimento e a expansão do aparato institucional para contenção dos doentes.
4. Analisar o processo de adoção da medida de isolamento compulsório no Espírito Santo, tendo em vista a instalação da Colônia de Itanhenga na década de 1930 e procurando identificar a trajetória do serviço até a destituição oficial da medida no país na década de 1960, além de compreender como o doente percebeu a doença e o isolamento compulsório em sua vida.

A pesquisa buscou observar o objeto de estudo sob escalas variadas. Conforme Jaques Revel (1998), em artigo intitulado *Microanálise e construção do social* em que aborda a questão da escala no trabalho do historiador, ao modificarmos a escala de observação, veremos surgir diferentes realidades que propiciam que outras configurações das relações sociais despontem. Trata-se de um pressuposto da micro-história, que reage a concepções e procedimentos da história social em que o historiador deveria “[...] se afastar do único, do acidental (o indivíduo, o acontecimento, o caso singular) [...]” (REVEL, 1998, p. 17). Seu investimento deveria ser em práticas capazes de imprimir cientificidade ao estudo, ou seja, naquilo que se repete e suas mutações, além das regularidades que se podem observar, pois essas teriam a competência para indução de leis.

Para o autor, a mudança de escala é essencial para a definição da micro-história, contudo é o princípio da variação que é determinante e não a definição de uma escala em particular, ou seja, o ato e a possibilidade de variar a objetiva com fim de aumentar ou diminuir o tamanho do objeto traz consigo a riqueza de modificar sua forma e sua trama, possibilitando a transformação do conteúdo da representação. Assim, encontramos aqui um pressuposto importante para o exame profundo de nosso objeto de estudo: ao considerarmos o isolamento compulsório praticado na Colônia de Itanhenga e a experiência dos ex-internos, ou seja, ao variarmos a lente de observação, temos a possibilidade de compreender o fenômeno a partir de contextos distintos.

A variação de escalas, conforme assegura Paul Ricouer (2014, p. 221), traz a ideia de que não avistamos os mesmos encadeamentos quando adotamos uma escala diferente, mas percebemos nexos que se colocavam imperceptíveis numa escala macro. Nesse sentido, de uma escala para outra, surgem novas e diferentes informações graças à observação do contexto em outro nível de organização. A atenção a esse pressuposto demonstrou que, no campo da política de internação compulsória dos leprosos, podemos identificar o conjunto de medidas que a materializaram; por outro lado, ao nos encontrarmos com os depoimentos dos sujeitos que experimentaram o diagnóstico de lepra e foram isolados, veremos um contexto repleto de novos sentidos atribuídos à doença e à internação compulsória, trazendo informações diferentes e complementares ao estudo e possibilitando outras leituras do objeto.

Por conseguinte, a mudança e a variação de escala não se propõem a produzir oposições, mas proporcionar a visão de encadeamentos de distintas configurações e causalidades; possibilita a visão do pormenor não disponível numa escala macro. Ademais, ao escolher o individual (um homem ou um grupo de homens), o enfoque micro-histórico não se propõe a se contrapor à escolha do social, mas sim tornar possível uma abordagem diferente por desafiar a acompanhar o singular e com ele a multiplicidade das relações e contextos em que esse singular se apresenta e interage.

O regime de isolamento compulsório retirou homens, mulheres, trabalhadores, crianças, jovens e adolescentes do convívio, com a imposição de transporem suas vidas para o ambiente de uma instituição fechada, porém a experiência junto ao campo de pesquisa nos permitiu também ponderar em que medida tais pessoas foram capazes de reinventar suas vidas nessa instituição. Decerto, as leituras de Certeau (2014) nos apresentam uma oportunidade interessante para análise dessa perspectiva.



A partir do que afirma o autor, em sua reflexão sobre o jogo escriturístico, podemos considerar a colônia como um texto já definido, com regras, padrões e normas, que se produziu a partir do isolamento de elementos externos e sobre os quais a colônia exerceu seu poder, pois possuía a verdade sobre como conduzir e “tratar” o doente e seu mal. Para Certeau, o consumo do texto se dá por meio da leitura, o que é considerado uma atitude passiva na sociedade contemporânea. No entanto, não se deve atribuir o caráter de passividade à leitura, pois toda ela modifica o objeto.

Em observância a pressupostos metodológicos arrolados anteriormente, encontramos na história oral<sup>5</sup> apoio instrumental necessário para alcance de parte do propósito dessa tese. Para Portelli (2016, p. 10), quando falamos em história oral, nos referimos ao uso de fontes orais como o eixo num tipo de trabalho histórico em que questões ligadas a memória, narrativa, subjetividade e diálogo modelam a agenda do historiador. Segundo o autor, as fontes orais são “cocriadas” pelo historiador, e não encontradas. Elas não existem sem o estímulo e o papel ativo do historiador na entrevista feita em campo. Assim, as fontes orais são produzidas em troca dialógica, na entrevista.

A história oral não trata de eventos, mas busca o lugar e o significado do evento na vida dos narradores. Assim, Portelli (2016, p. 12) afirma que a história oral é uma arte da escuta baseada em um conjunto de relações: entre entrevistado e entrevistador (diálogo); entre o tempo em que o diálogo se faz e o tempo histórico tematizado na entrevista (memória); entre esfera pública e privada — autobiografia e história; entre oralidade da fonte e escrita do historiador.

Desse conjunto de relações, Portelli (2016, p. 15) chama atenção para atitudes de abertura e respeito do historiador, assim como para disposição do entrevistado em falar e se expor. Afinal, a história oral confere acesso à história de vidas privadas, permitindo-nos inclusive a redefinição de noções preconcebidas sobre o espaço público e o espaço privado. Outro aspecto que se depreende desse conjunto diz respeito à memória, por meio da qual se obtém acesso à vida privada e a suas experiências. A memória é um processo contínuo de elaboração e

---

<sup>5</sup> Tendo como referência Marieta de Moraes Ferreira e Janaina Amado (2006), história oral é tomada aqui como uma metodologia e, como tal, estabelece e ordena procedimentos, atuando como um elo entre teoria e prática. Sendo assim, não se constitui uma área de estudo com objeto próprio e capacidade de gerar soluções teóricas para as questões manifestadas na prática, a exemplo de questões como as imbricações entre história e memória. A história oral é capaz de provocar questões e não de resolvê-las. Para as autoras, como metodologia, a história oral consegue revelar perguntas, mas não possui instrumental para compreender os tipos de comportamentos descritos, o que deve ser buscado em arcabouços teóricos, como a teoria da história que se dedica a pensar, entre outros temas, os conceitos de história e memória, assim como a relação entre ambos.

reconstrução de significados, pois as fontes orais não se recordam passivamente dos fatos, mas elaboram a partir deles e lhes atribuem sentidos, imprimindo os filtros da linguagem.

Da relação entre memória e história, Ricouer (2003) comenta que, considerando de um modo circular, a memória pode ser analisada sob duas maneiras “[...] antes de mais, como matriz da história, se nos colocarmos no ponto de vista da escrita da história, depois como canal de reapropriação do passado histórico tal como é narrado pelos relatos históricos [...]” (RICOUER, 2003, p. 2). Nesse sentido, ao tratar da representação do passado como memória, o autor fala do surgimento da recordação como uma imagem que, de forma espontânea, se dá como signo de qualquer coisa ausente que existiu no passado e que reúne três traços paradoxais: a presença, a ausência, a anterioridade, ou seja, “[...] Para dizer de outra forma, a imagem-recordação está presente no espírito como alguma coisa que já não está lá, mas esteve” (RICOUER, 2003, p. 2). Ainda conforme o autor, as recordações são apresentadas pelas narrativas à medida que são lembradas e, assim, trabalhamos com o testemunho que se constitui na “[...] estrutura fundamental de transição entre a memória e a história.” (RICOUER, 2014, p. 41).

O trabalho com o testemunho expresso a partir da memória fornece a possibilidade de trazermos a versão daqueles que vivenciaram o isolamento compulsório, porém é um trabalho que exige cuidado em virtude de algumas peculiaridades envoltas em torno da memória e seu uso. Conforme salientou Portelli (2016, p. 48), ao tratar da memória como incômodo, ela serve para incomodar e “[...] colocar em dúvida as certezas que nos tranquilizam”. Assim, a memória pode colocar sob ameaça “as certezas” da política implantada para controle da doença ao trazer elementos capazes de revelar efeitos não calculados e indesejáveis. Por outro lado, lidar com a memória é também lidar com o esquecimento, o que significa pensar que são processos complementares, sem oposição entre ambos. Assim,

[...] mais do que um armazém de dados, a memória é um trabalho constante de busca de sentido, que filtra os vestígios da experiência entregando ao esquecimento aquilo que já não tem significado na atualidade — mas também aquilo que tem significado demais [...] (PORTELLI, 2016, p. 47).

Nesse sentido, observando a coerência com a característica de incômodo da memória, o conteúdo que é suprimido pode perturbar e provocar o processo de descobrir e compreender melhor o vivido. Portanto, a memória dos afetados pelo isolamento compulsório nos revela que a política teve aspectos que ficaram submersos, dos quais a história não pode prescindir.

Quanto aos aspectos éticos e procedimentos metodológicos, o estudo esteve associado ao *Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do Acervo do Hospital Pedro Fontes*<sup>6</sup>, sob coordenação do Professor Dr. Sebastião Pimentel Franco, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) vinculado ao Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e obteve parecer favorável. Além disso, nosso projeto foi submetido ao CEP, obtendo igualmente parecer favorável.

Como fontes documentais, utilizamos principalmente periódicos capixabas e nacionais disponíveis na Hemeroteca Digital (Biblioteca Nacional), relatórios administrativos e correspondências, elaborados no âmbito da Colônia de Itanhenga e do Serviço de Profilaxia da Lepre do ES, localizados no acervo do atual Hospital Pedro Fontes, volumes da obra de Heráclides César de Souza-Araujo e documentos diversos do Arquivo Capanema, localizados no Centro de Pesquisa e Documentação da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC).

Sobre as fontes orais, fundamentais para compreensão da experiência com a doença e com isolamento compulsório, apoiamos-nos nos testemunhos de dez pessoas que foram levadas à Colônia de Itanhenga entre os anos 1943 e 1977. Todos assinaram *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* que assegura participação voluntária e possibilidade de desistência em participar da pesquisa a qualquer momento, além da garantia de sigilo dos participantes e de que a participação na pesquisa não implica riscos para os depoentes. Os sujeitos assinaram também o *Termo de Cessão de Direitos Sobre Depoimento Oral e Imagens*, cedendo a propriedade e os direitos autorais do depoimento ao Laboratório de História, Poder e Linguagem (LHPL) do Programa de Pós-Graduação em História.

Os depoimentos orais foram selecionados entre as entrevistas feitas no âmbito do *Projeto de Inventário e Organização do Acervo do Hospital Pedro Fontes*, que buscou captar o maior número possível de sujeitos, uma vez que eventos naturais como doenças incapacitantes, envelhecimento e óbitos poderiam afetá-los representando, portanto, potencial risco para acesso às fontes orais. O limite para inclusão de novos participantes no referido projeto se deu mediante

---

<sup>6</sup> O referido projeto objetiva fazer levantamento do acervo documental do Hospital Pedro Fontes e realizar entrevistas com ex-internos, seus familiares, médicos, diretores e demais funcionários do antigo hospital de leprosos no Espírito Santo. Os objetivos específicos da pesquisa são: quantificar por ano a entrada de internos no Hospital Pedro Fontes; dimensionar as ações que o Estado implementou para a população de leprosos existente no Espírito da Primeira República até a década de 1980 no Espírito Santo; quantificar os internos do Hospital Pedro Fontes por sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, cor, procedência; evidenciar, a partir das entrevistas, as memórias individuais e as memórias coletivas dos internos do Hospital Pedro Fontes; evidenciar como era a vida cotidiana no Hospital Pedro Fontes e o tratamento médico disponibilizado aos internos; analisar com reagem os internos e seus familiares à sua condição de leprosos.

a percepção de que os dados obtidos passaram a representar uma certa redundância ou repetição de informações. Para nosso estudo, as entrevistas foram selecionadas com base nos depoimentos que mantiveram coerência com o cumprimento dos objetivos da pesquisa. Portanto, foram analisadas 38 entrevistas realizadas no decurso do referido projeto e desse conjunto selecionamos 10 depoimentos que apresentam conteúdos representativos necessários para responderem às questões postas no objetivo da pesquisa, ou seja, quais as percepções sobre a doença e sobre o isolamento para ex-internos da antiga Colônia de Itanhenga.

Com relação à data de ingresso dos depoentes, procuramos identificar os sujeitos ao longo de várias décadas, mas tomando o cuidado para não incluir pessoas que declararam terem chegado espontaneamente à colônia. Ao trazer os depoimentos, os nomes apresentados são fictícios para garantia do sigilo dos sujeitos.

Tendo como referência o livro organizado por Maria Cecília de Souza Minayo (2004), procuramos seguir três passos propostos pela autora na análise dos depoimentos. O primeiro deles se refere à “ordenação dos dados”, que compreende um mapeamento de todos os dados colhidos no trabalho de campo para assim termos um “mapa” do que foi possível apurar. Essa etapa, realizada após a transcrição das entrevistas, foi importante para mapeamento e organização do material disponível.

Para o segundo passo, denominado “classificação dos dados”, foi realizada uma leitura exhaustiva e repetida dos textos com constantes interrogações para auxiliar na identificação de conteúdo relevante para seleção do material que poderia responder aos objetivos da pesquisa. Com base na seleção das ideias centrais, identificamos categorias iniciais que traziam a percepção do sujeito acerca da lepra e do isolamento compulsório. Na sequência, procedemos ao terceiro e último passo, a “análise final”, procurando demonstrar a articulação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, objetivando responder ao propósito do estudo e promovendo associações entre o geral e o particular.

Desse modo, com o fim de sistematizar e responder aos propósitos da pesquisa, organizamos a tese em seis seções. A primeira e a sexta seção correspondem respectivamente à Introdução e às Considerações Finais. Para a segunda seção, partimos da necessidade de compreender as interpretações relacionadas à lepra, uma vez que elas auxiliam na demonstração da forma como a sociedade lidou com a doença e com o doente. Nesse sentido, após um alinhamento sobre a doença em perspectiva histórica, procuramos demonstrar a construção do entendimento sobre

a causalidade e a transmissão da lepra no final do século XIX, identificando diversas interpretações e como essas perspectivas reverberaram no Brasil. Tomamos o período em torno do descobrimento do bacilo até a proximidade do século XX, quando o agente foi reconhecido como única causa da doença a partir das conclusões da Primeira Conferência Internacional sobre Lepra (1897).

Na terceira seção, consideramos que, apesar das dúvidas sobre a forma de transmissão da doença, a convicção de que o doente seria o portador do bacilo fortaleceu a estratégia de conter o contato entre enfermos e sadios. Nesse sentido, analisamos o contexto nacional da saúde pública e a partir do processo que colocou o binômio saúde-doença como questão central, procuramos discutir o processo que incluiu a lepra como uma das doenças prioritárias que demandavam intervenção governamental e de que maneira o isolamento compulsório de leprosos se apresentou no Brasil nas primeiras décadas do século XX.

A seguir, na quarta seção, apresentamos uma discussão sobre isolamento compulsório como uma política desenvolvida de forma intensa no país a partir da década de 1930 e, nesse sentido, essa parte da tese tratou da trajetória de ascensão dessa medida, abordando as reformas do setor da saúde empreendidas durante o governo de Getúlio Vargas e a instalação de um arcabouço legal e institucional necessários para implantação e desenvolvimento do isolamento compulsório dos doentes, consolidado com o plano de combate à lepra sob gestão de Gustavo Capanema.

Na seção 5, analisamos o desenvolvimento da política de isolamento compulsório no Espírito Santo, considerando aspectos da instalação da Colônia de Itanhenga ocorrido em 1937 e incluindo o trabalho prévio do recenseamento dos doentes. Tratamos da dissolução oficial do isolamento compulsório no país na década de 1960 e procuramos identificar o posicionamento da gestão local frente ao fim do isolamento como medida profilática. Abordamos ainda a compreensão do doente sobre a doença e o isolamento compulsório, tratando tais conteúdos a partir da noção de lepra e de hanseníase; da vivência com a descoberta da doença e o ingresso na colônia; das abordagens sobre estigma e dos relatos que apontam estratégias de superação.

## 2 “SPHYNGE INDECIFRAVEL”: PERSPECTIVAS SOBRE CAUSALIDADE E TRANSMISSÃO DA LEPRA NAS ÚLTIMAS DÉCADAS DO SÉCULO XIX

As interpretações relacionadas à lepra revelam a forma como a sociedade lidou com a doença e com o indivíduo acometido pelo mal, num determinado tempo e lugar. Práticas que transitaram entre a compaixão e a exclusão encontraram explicações na forma como se compreendeu a lepra, uma enfermidade que, em sua trajetória, esteve associada ao pecado, à decomposição dos corpos, ao indesejado e que despertou sentimentos como medo, rejeição e piedade. Em função dessas associações, a exclusão e o isolamento dos doentes constituíram as principais medidas para conter o avanço da doença.

No Brasil, o isolamento compulsório esteve em vigor por longas décadas do século XX, fixando-se tão fortemente na prática de lidar com a enfermidade que nem mesmo a extinção oficial da política em 1962 foi capaz de aboli-la imediatamente. O isolamento dos doentes, que se apresentou como medida em texto oficial já nos primeiros anos século XX, foi apresentado submerso a lacunas na compreensão sobre como o processo de transmissão da lepra se operava. Assim, no intuito de identificar o terreno sob o qual foram instaladas as medidas públicas de controle da doença no Brasil, faz-se necessário reconhecer as ideias que as precederam e os consensos em torno da doença, pois atuam como subsídio para as intervenções sanitárias oficiais.

Portanto, com esta seção pretendemos demonstrar a construção do entendimento sobre a causalidade e a transmissão da lepra no final do século XIX, identificando uma diversidade de interpretações e como essas perspectivas reverberaram no Brasil. O marco temporal está localizado em torno do descobrimento do bacilo na Noruega<sup>7</sup> indo até a proximidade do século XX, momento em que o bacilo foi reconhecido como única causa da lepra por meio de consenso científico firmado na Primeira Conferência Internacional sobre Lepra, Berlim, em 1897.

Partiremos do descobrimento do bacilo na Noruega, tratando dos esforços científicos nessa empreitada e localizando-a no debate acerca das teorias microbianas, entretanto, ainda que já

---

<sup>7</sup> Segundo Yara Monteiro (1995, p. 120), Armauer Hansen descobriu o agente causador da lepra em 1872. No ano seguinte, mencionou sua descoberta num informe e, em 1874, publicou trabalho relatando a descoberta do *Mycobacterium leprae*. Entretanto, Bechler (2011, p. 67) menciona a o ano de 1874 como marco da descoberta com a publicação do artigo. No trabalho, Hansen analisou material leproso e descreveu a presença de microrganismos aos quais chamou de “bastões”, elementos que julgou tratar-se do agente responsável por causar a doença

estivesse evidente a existência do bacilo, conviveu-se com várias perspectivas teóricas que tentaram explicar sobre a forma de comunicação do agente com o organismo humano. Nesse sentido, abordaremos questões como determinismo ambiental, hereditariedade, contagionismo e raça, além da teoria culicidiana<sup>8</sup>. Ao longo das discussões, procuramos demonstrar como algumas dessas interpretações se fizeram presentes e circularam no Espírito Santo.

Trataremos, portanto, de um período quando se fortaleceram as pesquisas sobre a etiologia da lepra com a descoberta do seu agente causador, mas, para situar a doença em perspectiva histórica, iniciamos este tópico com tal alinhamento, tomando relatos da presença da enfermidade em focos antes de Cristo até meados do século XIX, quando a doença foi considerada um problema para o Estado, a partir de ações desenvolvidas pelo governo norueguês. Como fio condutor desse alinhamento, buscamos observar os aspectos sociais e culturais associados à doença e ao doente, manifestos no contexto analisado.

## 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA LEPROSA E DO ISOLAMENTO DOS DOENTES

Entre todos os males que afetaram a humanidade imprimindo sofrimento às populações, atingindo, direta e indiretamente, grupos e indivíduos, está a lepra. A doença integra o enredo do sofrimento humano desde os tempos imemoriais. Causando temor por razões que remontam à Antiguidade e se tornaram incisivas na Idade Média, a enfermidade era associada à vida impura, ao pecado e à desonra (CAVALIERE, s.d.). Ao longo de sua trajetória, o portador da enfermidade representou uma ameaça ao bem-estar e convívio social, pois sua imagem remetia ao corpo em decomposição a caminho da degeneração e do definhamento. Diante da sociedade, a doença despertou nos sadios os sentimentos conflitantes de piedade, medo e desconfiança, capazes de moldarem a forma como indivíduos hígidos percebiam e se relacionavam com os doentes de lepra.

A presença de focos primitivos da moléstia é relacionada ao século VI a. C. na Índia, na China e no Egito, onde foram identificados esqueletos antigos com a marca da doença. Sua origem,

---

<sup>8</sup> Vertente teórica que considera a participação de mosquitos hematófagos na transmissão de doenças. O termo “culicidiano(a)” advém de “culicídeo” que designa família de insetos que pertencem à ordem dos dípteros. Nessa família, são encontrados os conhecidos pernilongos, mosquitos e muriçocas. Disponível em: [https://www2.ib.unicamp.br/profs/eco\\_aplicada/arquivos/artigos\\_tecnicos/aplica\\_granulado.pdf](https://www2.ib.unicamp.br/profs/eco_aplicada/arquivos/artigos_tecnicos/aplica_granulado.pdf). Acesso em 23 jul. 2018.

portanto, teria ocorrido no Oriente e, a partir de lá, foi carregada para outras regiões (SCLIAR, 2019, p. 1).

Exércitos persas e romanos a teriam levado para Europa Oriental. Sarracenos e cruzados também contribuíram para sua disseminação na Europa. Na costa do Mediterrâneo, a doença teria sido levada pelos fenícios e depois as expedições de Alexandre, o Grande, a teriam disseminado na bacia oriental (AGRÍCOLA, 1960, p. 11).

Segundo Opromolla (2000, p. 1), a entrada da lepra nas Américas parece ter sido pelos colonizadores entre os séculos XVI e XVII, sendo que franceses a levaram para os Estados Unidos e, na América do Sul, teria sido trazida por espanhóis e portugueses. A esse respeito, Rogers e Muir (1937, p. 7) afirmam que os povos nativos do ocidente eram indenes da doença antes da chegada dos europeus, sendo observado que todos os primeiros casos na Colômbia ocorreram em 1543 com os espanhóis da região de Andaluzia, no Brasil com os portugueses e em Cuba, nos meados do século XVIII, a partir de uma família espanhola de Valencia. Os autores ainda mencionam a participação do tráfico de escravos vindos das zonas centrais da África, onde a presença da lepra era intensa.

No entanto, sobre a época do aparecimento da doença, Opromolla (2000, p. 1) alerta sobre a dificuldade em afirmar quando e onde uma moléstia surge com base em textos antigos, por não haver uma descrição razoável dos aspectos distintivos da enfermidade e estarmos sujeitos a considerar suposições e dados fragmentados de traduções. No caso da lepra, muitos dos escritos são citações de fontes que a descrevem sem os aspectos mais peculiares: deformidades e sinais de comprometimento neurológico ou dermatoneurológico, como manchas, ou distúrbios de sensibilidades em regiões cutâneas. Além disso, muitos deles são traduções equivocadas de termos que designavam diferentes doenças.

Nesse sentido, observando tais preocupações, Opromolla (2000, p. 1) destaca que a doença era conhecida na Índia em 1500 a. C., e no *Regveda Samhita*, um dos primeiros Vedas que eram os livros sagrados da Índia, a doença é denominada *Kushta* com relatos de anestesia local, deformações nas extremidades, ulcerações, quedas de dedos e desabamento da pirâmide nasal. Na China, foram feitas referências em um dos tratados médicos mais antigos, o *Nei Ching Su Wen*, atribuído ao imperador Huang Ti, que viveu entre 2698 e 2598 a. C., com termos para designar paralisia grave, queda de sobrancelhas, nódulos, ulceração, dormência, mudança de cor da pele e desabamento do nariz. Já na Babilônia e no Egito, os dados são confusos; no



primeiro caso, a palavra traduzida como lepra significava “cheio de pó” ou “escamoso”, enquanto no Egito o termo se referia a uma “[...] queixa de um caráter externo para o qual era prescrito um unguento” (OPROMOLLA, 2000, p. 1).

Assim, a diversidade nos significados do termo “lepra” e a pouca especificidade no relato dos sintomas clássicos da doença contribuem para produção de dúvidas sobre a origem da enfermidade. Tal observação é válida para análise da presença da moléstia a partir da tradução do termo nos escritos bíblicos, pois, segundo Opromolla (2000, p. 1), a Bíblia seria uma outra fonte de confusão quanto à existência da doença entre judeus na época do Êxodo<sup>9</sup>, uma vez que a palavra lepra surgiu da tradução do termo *tsara'ath*, que significa no hebraico uma condição anormal da pele dos indivíduos, das roupas ou moradias, que precisavam de purificação.

Assim, nas traduções bíblicas do hebraico para o grego por volta de 300 a. C., o termo empregado genericamente para designar condições vinculadas à impureza religiosa, foi traduzido como *lepra* para o grego, propiciando uma das associações estigmatizantes mais difundidas da lepra. Nesse sentido, parcela da concepção de que o leproso é objeto de exclusão e, ao mesmo tempo, de piedade, está relacionada à tradução bíblica e conseqüentemente à herança judaico-cristã recebida pelo Ocidente (CLARO, 1995, p. 31; MACIEL, 2007, p. 28).

O termo *tsara'ath*, segundo esclarece Stanley Browne (2003), seria um estado atribuído somente à intervenção divina e a lepra uma marca do poder ou contrariedade de Deus. No texto bíblico Levítico, nos capítulos 13 e 14, o vocábulo sugere uma “[...] aparência desfigurada e aterrorizante de uma superfície — a pele humana, uma vestimenta, couro, ou as paredes de uma casa — que deixa a pessoa ou o objeto cerimonialmente impuro” (BROWNE, 2003, p. 22).

Para os atingidos pela *tsara'ath*, o isolamento estava prescrito no Antigo Testamento, em Levítico, capítulo 13, versículos 45 e 46, que apresenta a lei sobre o leproso: “Quem for declarado leproso, deverá andar com as roupas rasgadas e despenteado, com a barba coberta e gritando: ‘Impuro! Impuro!’ Ficarà impuro enquanto durar sua doença. Viverá separado e morará fora do acampamento” (BÍBLIA, 1990, p. 129).

No entanto, Stanley Browne afirma que a tradução do termo *tsara'ath* como “lepra” é imprecisa. Para o autor, “[...] muitos estudiosos consideram as palavras (das Escrituras em

---

<sup>9</sup> Referência ao período em que os judeus, sob o comando de Moisés, deixam o Egito onde viviam como escravos. A trajetória é tratada no livro Êxodos que integra o Antigo Testamento.

hebraico e grego) intraduzíveis, visto que elas abrangem conceitos incompreensíveis para falantes das línguas atuais” (BROWNE, 2003, p. 16). De qualquer forma, o autor admite que nenhuma outra doença recebeu tanto destaque na Bíblia assim como a lepra.

Na mesma linha de raciocínio, Yara Monteiro (1995, p. 9) afirma que “[...] o ‘Tsara’ath’ tinha um significado muito abrangente que englobava praticamente tudo que significasse ‘grosseirão’ ou mesmo ‘impureza’ podendo reunir diferentes doenças [...]”. Para Abraão Rotberg (1975, p. 295), a "tsara'ath" apresentada nos livros sagrados hebreus significava degradação moral em razão de alterações da pele, que bem poderiam referir-se a parasitoses, piodermites, psoríase, vitiligo e pênfigos.

De qualquer forma, a despeito dessas inconsistências, o fato é que as narrativas bíblicas influenciaram a representação do leproso e o tema é bastante explorado em obras de arte, como aborda Tronca (2000, p. 57) ao lembrar a tela atribuída à Rembrandt, denominada *Ressureição de Lázaro*. Em sua análise, em que também discute o sofrimento de Jó, que é afetado pelas pústulas da doença, uma “moléstia moralizada” associada a culpa, pagamento de pecados ou transgressões, Tronca comenta que a imagem de Lázaro se levantando do sepulcro sob o comando de Jesus (Figura 1) é uma das mais expressivas da iconografia cristã, pois está envolta “[...] em alegorias cujo referente central é um mal divino na forma de doença. Somente a um poder sobrenatural, mágico, seria dada a faculdade de vencer a lepra, identificada com a própria marca da punição enviada por Deus [...]” (TRONCA, 2000, p. 57).

Figura 1 – Ressurreição de Lázaro, Rembrandt (1606-1669)



Fonte: Coleman-Aller (2018).<sup>10</sup>

Curi (2010, p. 54) defende que as condições apontadas no texto bíblico não se referem à atual hanseníase, pois na Bíblia a lepra estava ao mesmo tempo nas pessoas, nas casas, nas vestes e nos objetos. Sinal de impureza e sujeira, diferenciava-se das doenças e compreendia também a possibilidade de reintegração para o leproso. Assim, após analisar diversas passagens do texto sagrado<sup>11</sup>, o autor defende que a lepra se tratava de uma categoria de exclusão social.

Tudo isso permite concluir que nenhuma dessas situações condiz com a atual hanseníase que não afeta paredes, nem objetos e, até o século XX, uma vez externados seus sintomas, não havia possibilidade de reversão. Só isso já autoriza dizer que aquilo

<sup>10</sup> Disponível em: <http://www.casa-museumediosealmeida.pt/pecas/ressureicao-lazaro-destaque-marco-2018/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

<sup>11</sup> Curi (2010, p. 55-6) argumenta a partir de três constatações que corroboram a tese de que a lepra dos textos bíblicos não é a atual hanseníase: “[...] Primeiro, o texto do Levítico, rico em detalhes, não cita, entre os sintomas da lepra, a presença de anestesia no local da pele do ‘afligido’, característica distintiva da hanseníase. Segundo, a ‘lepra bíblica’ era curável, em intervalos variados, alguns relativamente curtos, como no caso de Miriã, sete dias, o que certamente não era hanseníase. Terceiro, a incidência da lepra poderia ocorrer inusitadamente em paredes, pedras e vestes, o que não ocorre, sem dúvida alguma, com a hanseníase.”

que os hebreus entendiam como lepra era uma categoria social de exclusão e não uma doença (CURI, 2010, p. 54).

Outro ponto abordado por Curi (2010, p. 54) e que também seria uma demonstração de que a lepra bíblica não era a doença hoje conhecida por hanseníase diz respeito ao conhecimento da doença nos primeiros séculos da Era Cristã. Para o autor, os gregos já a conheciam, mas a denominavam *elephas* (elefas) ou *elephantíase* (elefantíase) e não lepra.

Nesse sentido, a imprecisão na identificação da doença resultou em sua confusão. A elefantíase foi descrita, no primeiro século depois de Cristo, por Rufus de Éfeso como uma nova enfermidade de sintomas semelhantes ao da lepra lepromatosa<sup>12</sup>, com produção de aspectos físicos comparados a um elefante ao deixar a pele grossa, áspera, insensível e fissurada. Uma doença completamente diferente, uma infecção parasitária nos vasos linfáticos que ocasiona inchaço extremo de algumas partes do corpo. A confusão entre as duas moléstias acarretava muitos problemas e, a partir do século VII, médicos ocidentais conseguiram distinguir a diferença entre ambas. A designação “lepra” foi então adotada por ocasião da tradução do *Canon* de Avicenna<sup>13</sup> para o latim, em 1187 (ZYLBERMAN, 2016, p. 20).

Na Idade Média, o terror associado à lepra dificilmente pode ser comparado ao medo de outras doenças. Para Rosen (2006, p. 59), a lepra “[...] representou a grande praga, a sombra sobre todos os dias da humanidade medieval [...]” e nem mesmo a peste negra no século XIV ou a sífilis no final do século XV foram capazes de produzir tanto horror. Conforme descreve o autor, o indivíduo leproso amedrontava e, por sua doença incurável, era banido da sociedade após a cerimônia de seu funeral realizada em vida. Na cerimônia, em que receberia a benção da morte física, o doente era vestido por uma mortalha, lia-se a missa para os mortos e jogavam-lhe terra. Na sequência, era conduzido para fora dos limites da comunidade. Os leprosos eram proibidos de entrar em mercados, hospedarias e tavernas, além de ser necessário o uso de vestimentas especiais e de anunciar previamente sua chegada por meio de sons emitidos por corneta, guizo ou badalo.

---

<sup>12</sup> Até 1948, a lepra foi classificada em lepromatosa (tipo maligno) e nervosa (ou tuberculóide, tipo benigno), quando foi aprovada a Classificação Sul-Americana, proposição de autoria de Eduardo Rabello, feita uma década antes (MACIEL, 2007, p. 203)

<sup>13</sup> Avicenna é reconhecido como influente estudioso, cientista e filósofo islâmico do mundo medieval. Seu *Cânone da Medicina* tornou-se referência de autoridade sobre medicina na Idade Média, não somente no mundo islâmico, como também em traduções em latim, na Europa. Disponível em: <https://www.wdl.org/pt/item/9718/>.

Carlo Ginzburg (2012, p. 27-29), a partir da interpretação de crônicas datadas dos anos 1300, discorre sobre o aumento da perseguição sofrida pelos leprosos. Em uma das crônicas, os doentes eram acusados de envenenarem fontes de água para contaminar pessoas sãs e uma vez descobertos o fim seria a fogueira ou a prisão. Noutra passagem, relata casas de leprosos sendo travadas e incendiadas com os indivíduos em seu interior.

Conforme Scliar (2019), as instituições para abrigar doentes de lepra começaram a surgir no século IV e se proliferaram pela Europa cristã. O número de leprosários chegou a 19 mil, conforme cronistas da época, mas o cálculo pode ter sido exagerado, assim como provavelmente ocorreu com os números de casos da doença, muitas vezes confundidas com sífilis. No entanto, Zylberman (2016, p. 21) menciona que a construção de casas para leprosos teve início no final do século XI e alcançou seu ápice um século mais tarde. Entre o final do século XI e 1350, existiam 320 na Inglaterra, significando que um quarto de todos os hospitais do país destinava-se a leprosos.

Sournia e Ruffie (1984, p. 141) afirmam com segurança que a doença grassou por toda Europa Ocidental do século XII ao XIV inclusive, mas nenhuma fase epidêmica foi descrita. O declínio da doença se deu a partir do início do século XV e pouco a pouco ocorreu o fechamento das leprosarias. Os bens inalienáveis que essas estruturas possuíam foram retirados de sua administração e “[...] bispos, curas e conventos apropriaram-se deles e os hospitais que tinham falta de dinheiro associaram-nos aos seus próprios bens” (SOURNIA; RUFFIE, 1984, p. 141). Nesse sentido, Foucault (1978, p. 9) salienta que a queda da doença fez com que os leprosários entrassem em decadência, mas a importância econômica deles deu razão a diversos conflitos.

O que permaneceu por mais tempo que a doença “[...] são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão [...]” (FOUCAULT, 1978, p. 9). Quanto aos leprosários vazios dos seus doentes, suas estruturas de segregação foram destinadas a outros jogos de exclusão, retomados séculos mais tarde, para pobres, vagabundos, presidiários e loucos os ocuparem, assumindo o papel daqueles doentes, seus primeiros ocupantes (FOUCAULT, 1978, p. 10).

O declínio da doença na Europa reúne algumas explicações possíveis. Para alguns, o agente da doença teria sido desalojado de seu nicho evolutivo pelo agente da tuberculose. Para outros, a explicação estaria em melhores condições de alimentação, habitação ou imunidade crescente (ZYLBERMAN, 2016, p. 23). Segundo Maciel (2007, p. 31), a queda da doença também pode

ser explicada pela letalidade de doenças epidêmicas como a peste, dizimando igualmente os leprosos e fazendo com que a lepra tivesse aparentemente desaparecido da Europa.

Somente no final do século XIX, a Europa se reencontrou com a lepra, pois sua permanência circunscrita a alguns pontos do continente produziu a crença em sua eliminação a partir do século XVI. Entre os focos da doença, estava a Noruega, que não reconhecia a doença como um problema sanitário, embora possuísse as estatísticas de maior incidência. Esse quadro se reverteu após 1820, quando a economia norueguesa esteve ameaçada pela conjuntura da guerra napoleônica e o país desenvolveu medidas de enfrentamento da doença e de melhoria das condições sanitárias da população rural (CABRAL, 2013, p. 32-3).

A transformação de problemas sanitários em questões de relevância política para os governos se tornou uma realidade na segunda metade do século XIX, impulsionada pelos efeitos do industrialismo e do crescimento urbano que acentuaram as precárias condições de vida da população pobre. No caso da Noruega, o país aliou questão sanitária e nacionalismo político tomando a luta contra a lepra como uma bandeira do Estado em prol de melhores condições de vida da população do campo, unindo doença e construção simbólica da nação (CABRAL, 2013, p. 33-4).

Segundo Bechler (2008, p. 19), eleito o principal problema social da Noruega, a lepra foi pela primeira vez tomada por um Estado como um problema científico cuja conotação aliou limites clinicamente específicos e matemáticos. A lepra seria praticamente um número a ser eliminado e assim o governo se dispôs a financiar a formação da primeira classe de médicos especialistas na enfermidade a partir da década de 1830, depositando no grupo a esperança de obter os primeiros conhecimentos técnicos sobre a doença.

Dando seguimento à ação norueguesa diante do problema da doença, autoridades do país adotaram algumas medidas que visavam reconhecer sua extensão e contê-la, como a realização de censos nas décadas de 1830 e 1840, a criação do cargo de médico-chefe para coordenação central do trabalho em 1854, a adoção de medidas profiláticas desenvolvidas em nível local pelos distritos de saúde, com acompanhamento das comissões de saúde criadas em 1856, e a fundação de hospitais para atendimento dos leprosos (CABRAL, 2013, p. 36; BECHLER 2008, p. 20).

Conforme Rogers e Muir (1937, p. 21), em 1857 medidas profiláticas moderadas foram adotadas no país e, em 1885, o declínio considerável da doença levou à adoção da segregação compulsória sob coordenação de Armauer Hansen<sup>14</sup>. Na descrição do programa norueguês, os autores demonstram o desenvolvimento de uma ação persistente.

Em 1885, uma lei mais eficiente era decretada, pela qual qualquer comunidade podia mandar seus leprosos para um asylo á expensa publica e as auctoridades locais tinham poderes para remover os leprosos de suas casas se condições razoáveis de isolamento não eram obtidas ahi, incluindo suas proprias camas e medidas de alimentação; aos outros membros da familia era prohibido usar as roupas do leproso, os lavradores camponezes recebiam instrucção referente aos perigos de frequentar casas de leprosos e todos os casos com permissão de isolamento domiciliar ficavam sob rigorosa inspecção medica [...] (ROGERS; MUIR, 1937, p. 118).

O programa de controle da lepra na Noruega, com ponto crucial na institucionalização obrigatória, ganhou atenção de todo mundo. Como consequência, o número de leprosos isolados obrigatoriamente aumentou e, segundo Hansen, para o isolamento dos casos cabia o emprego da forma e seria justificado em virtude da proteção da comunidade. Hansen via a segregação em termos autoritários, pois os doentes tinham obrigações e, para o bem maior, o leproso deveria suportar as desvantagens do isolamento e se colocar fora da comunidade (PANDYA, 2003, p. 166).

Rogers e Muir (1937, p. 117-9), ao discutirem os resultados da segregação em diversos locais, mencionam que a Noruega apresentou medidas mais persistentes e de maior sucesso que em outros lugares. Relatando o aumento do total de leprosos isolados, com proporções indo de 8,2% em 1856 para 63% em 1910, e o declínio nos focos de infecção de casos ainda presentes na comunidade, as análises dos autores concluíram pela eficácia dos métodos adotados, o que animou outros países. Os casos novos “[...] vieram a ser relativa e absolutamente menos, mostrando em decréscimo de novas infecções devido aos casos remanescentes em seus domicílios serem continuamente reduzidos [...]” (ROGERS; MUIR, 1937, p. 120).

A discussão em torno desse sucesso deve ser observada com cautela. Para Bechler (2008, p. 22) o sucesso com o decréscimo dos casos apresentados pela Noruega é questionável, pois a cura clínica era uma utopia à época e até mesmo o assistente de Hansen por mais de uma década, H.P. Lie, também não tinha resposta sobre os fatores que haviam levado ao declínio da enfermidade. A partir de análise de pronunciamentos de Hansen durante Conferência Internacional de Lepra em Berlim (1897), Bechler (2008, p. 30) identifica verdadeiro descaso

---

<sup>14</sup> A participação de Hansen na trajetória de doença será abordado em tópico adiante nesta seção.

com os doentes nos leprosários. O país, após isolar a maior quantidade possível de doentes e confiná-los sob a responsabilidade do governo, não se preocupava com o que ocorria dentro dos estabelecimentos, e outras doenças e infecções os decretavam à morte. Nesse sentido, o governo norueguês não teria despendido

[...] recursos financeiros e mesmo energéticos em cuidar da saúde e do bem-estar de pessoas que se sabia não possuírem futuro social. Era de seu conhecimento que os doentes que fossem internados em leprosários não tinham chance de lá saírem curados. O que acontecesse dentro dos muros dessas instituições, assim, não deveria mesmo ser objeto de tanta preocupação governamental [...] (BECHLER, 2008, p 30,

No entanto, a exclusão dos leprosos como forma de combater a doença — estratégia apregoada desde tempos antigos — foi remodelada com a experiência da Noruega, difundida e aplicada em diversos países. A experiência mantém a imagem do doente relacionada ao desprezo e ao medo, mas nos apresenta duas expressões importantes na trajetória histórica da doença: a moléstia passou a ser uma questão da ciência e do Estado e a segregação dos doentes, nomeada de “isolamento”, incorporou-se como uma resposta médico-política para o problema.

No transcurso do século XIX, além do ressurgimento da enfermidade no cenário europeu, vamos identificar dois elementos importantes no percurso histórico da doença e que produziram impacto sobre seu conhecimento. Um deles se refere aos avanços científicos nas pesquisas sobre a causa da lepra, cujo ápice foi a descoberta do bacilo por Hansen; outro diz respeito à epidemiologia da doença, que revelava sua presença em áreas colonizadas.

O impacto no conhecimento sobre a doença produzido por tais elementos gerou dissonâncias ao que estava assentado no período quanto à forma de contrair a doença, uma vez que a vinculava à ação de um microrganismo e não ao pecado ou a uma ação divina; segundo, ao frustrar a expectativa de que a doença estivesse debelada. Assim, o descobrimento do bacilo e a expansão da doença foram tópicos relevantes no cenário da lepra no século XIX e decisivos para a implantação de medidas públicas segregacionistas dos doentes em diversos países, entre os quais o Brasil.

## 2.2 RECONHECENDO O BACILO COMO CAUSA DA LEPRA E O CONTEXTO DE ESTUDOS DE HANSEN

A descoberta do bacilo, um dos elementos que contribuiu para causar instabilidade ao entendimento assentado sobre a doença no século XIX, foi um processo transcorrido num



período de conflito entre paradigmas explicativos distintos sobre a causa das doenças, além de estar imerso num cenário de disputa no meio científico sobre quem lograria prioridade na descoberta.

Anterior à descoberta do bacilo, o empenho científico em direção ao esclarecimento da lepra produziu estudos que contribuíram para compreensão da enfermidade e foram proveitosos para o questionamento das crenças acerca da causa da doença. Um dos trabalhos reconhecidos é *Om Spedalskhed (Sobre a Lepra)*, no final da década de 1840, de Daniel Cornelius Danielsen e Carl Boeck<sup>15</sup> que, fundado na larga experiência dos leprólogos e no estudo anatomopatológico da doença, trouxe a descrição da célula leprosa (COSTA, 2007; BECHLER, 2009).

Entretanto, o esclarecimento do processo saúde-doença da lepra como o conhecemos hoje teve seu marco com a descoberta do agente etiológico pelo norueguês Gerhard Henrick Armauer Hansen, porém é imprescindível notar que os estudos de Hansen se passaram num contexto de profusão de debates e descobertas em torno da existência e ação de agentes microbianos atuando na causalidade das doenças e que o processo empreendido por ele foi rivalizado com outras personalidades científicas em busca de reconhecimento e glória. Nesse sentido, antes de tratarmos da afirmação de Hansen frente à descoberta do agente etiológico da doença, vamos nos deter no contexto de seus estudos.

Nesse sentido, Rosen (2006, p. 211) esclarece que, no início do século XIX, já eram antigas as teorias contagionistas e anticontagionistas<sup>16</sup> sobre o princípio e a expansão das doenças de caráter infeccioso, originando uma e outra de um processo de mescla de conceitos e observações empíricas, produto de uma história de instabilidades, flutuações e domínio. Porter (2004) reafirma essa opinião ao dizer que a discussão acerca da etiologia da doença era uma das principais questões não esclarecidas para a medicina. Diz ainda que, apesar de muitos

---

<sup>15</sup> Segundo Bechler (2011), Daniel Cornelius Danielsen (1815-1894) foi médico e cientista norueguês que assumiu a liderança técnica dos estudos sobre a lepra na Noruega, emergindo em seu país em 1839 após investimento do governo numa classe de cientistas capazes de formular e implantar soluções para o preocupante avanço da doença. Foi médico-chefe do Hospital St. Jörgens, transformado em leprosário estatal, onde recebeu o profissional Carl Boeck (1808-1875) com a determinação oficial de juntos desenvolverem o plano de erradicação da lepra no país. Para tal incumbência, acordou-se que Danielsen ficaria à frente das pesquisas no próprio hospital e Boeck viajaria por centros científicos de outros países buscando identificar o uso de novas técnicas no enfrentamento do mal. Em razão desses empreendimentos, os médicos publicam *Om Spedalskhed*, em que consideram a lepra uma doença hereditária.

<sup>16</sup> Flavio Edler (2011, p. 27) chama atenção para os exageros da estrita divisão do campo médico entre contagionistas e anticontagionistas. O conceito de miasma, por exemplo, acumulou camadas de conotações ao longo do tempo e contracenou em harmonia com algumas formas de contágio. Assim, nossa pretensão aqui é apresentar essas vertentes sem incorrer na visão dicotômica.

defenderem a teoria miasmática (a doença se origina de eflúvios e outras emanções do solo e do ar) e outros serem adeptos da teoria do contágio (doença como algo transmitido de pessoa a pessoa), havia na verdade uma “[...] multiplicidade de variações e combinações dessas ideias e nenhuma delas prevalecia.” (PORTER, 2004, p. 108).

No entanto, segundo Rosen (2006), as concepções contagionistas e anticontagionistas se fundiram com o decorrer do tempo e, na maior parte do século XIX, três posições se distinguiram: a teoria dos miasmas postulando que condições sanitárias gerariam um estado atmosférico responsável por causar doenças, a visão contagionista estrita defendendo que os contágios específicos seriam os únicos causadores de doenças e a terceira proposição que tentava conciliar as anteriores na vertente denominada pelo autor de contagionismo limitado segundo a qual, embora as doenças infecciosas fossem ocasionadas por agentes contagiantes, parte desses agentes só agiriam na presença de outros elementos como atmosfera, solo ou condições sociais. Por sua capacidade de abrigar uma variedade de elementos, essa concepção prevaleceu até as últimas décadas do século XIX.

Segundo as análises de Erwin Ackerknecht<sup>17</sup> produzidas originariamente em 1948, a teoria do contágio era considerada especulativa e sem base consistente na primeira metade do século XIX. Seu desenvolvimento esteve repleto de altos e baixos, de aceitação e objeções, mas, entre 1870 e 1880, a teoria recebeu novos incrementos (ACKERKNECHT, 2009, p. 7-8). Dina Czeresnia, na obra *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico* (1997)<sup>18</sup>, trata sobre a relação entre o conceito de transmissão e a gênese do conhecimento epidemiológico, se debruça na trajetória do pensamento sobre como são engendradas as epidemias e apoia-se no mesmo texto de Ackerknecht ao afirmar que, na primeira metade do século XIX, “[...] As teorias hegemônicas acerca das doenças epidêmicas eram, até então, derivadas da releitura da tradição hipocrática. [...]” (CZERESNIA, 1997, p. 52).

<sup>17</sup> Trata-se do artigo *Anticontagionism between 1821 and 1867*, publicada no *Bulletin of the History of Medicine*, v. 22, p.562-593, 1948. Para esta tese, consultamos o artigo reapresentado pelo *International Journal of Epidemiology* em 2009.

<sup>18</sup> Dina Czeresnia (1997, p. 13) esclarece, com base no *Dicionário etimológico da língua portuguesa*, de A. G. Cunha (1982), que, até o século XV, os termos contágio e contato mantiveram-se associados, empregados com o sentido de tato. A partir do século XVI, a forma verbal *contaminar* passou a ser utilizada com o entendimento de contagiar, ao passo que o termo *contato* não teve sua acepção alterada. A partir do século XIX é que *contágio* passou a ser tratado como transmissão de patologia entre indivíduos (CZERESNIA, 1997, p. 94).

Corroborando os autores, Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) afirmam que havia, no período, o predomínio da teoria miasmática entre os paradigmas explicativos para os problemas de saúde esclarecendo “[...] importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquele momento histórico”.

Nas circunstâncias apontadas, a noção de miasma já agregava outros elementos, não estando restrita aos odores fétidos, às emanações pútridas provenientes de matéria orgânica em decomposição nos solos e lençóis freáticos. Ainda que permanecessem vagos, os miasmas consideravam as “[...] condições objetivas de vida construídas no espaço social.” (CZERESNIA, 1997, p. 55). Nesse sentido, as doenças se relacionavam com o ambiente e as relações sociais que o produziam.

O período em que Hansen esteve dedicado aos estudos sobre o agente etiológico da lepra foi favorecido pelas pesquisas dos bacteriologistas Koch<sup>19</sup> e Pasteur<sup>20</sup> sobre a ação de microrganismos na produção das doenças. Sournia e Ruffie (1984) inserem a descoberta do bacilo de Hansen no início da época pasteuriana<sup>21</sup>, deixando evidente que o feito se colocava diante do assentamento de um novo momento para a ciência com as formulações da teoria bacteriológica:

[...] e foi um norueguês, Hansen, que identificou o germe causal, *Mycobacterium leprae*, bastante próximo do bacilo de Koch, em 1873, mesmo no início da época

---

<sup>19</sup> Robert Koch (1843-1910), médico de origem alemã, foi um dos fundadores da microbiologia e dos estudos relacionados à epidemiologia das doenças transmissíveis. Uma de suas grandes contribuições ocorreu em 1876, ao demonstrar o ciclo de vida do bacilo de antraz, o primeiro agente microbiano cujos efeitos patogênicos foram comprovados pela bacteriologia. Em 1882, Koch descobriu o bacilo da tuberculose e, além de cultivá-lo fora do organismo humano, conseguiu provocar a doença em animais com o produto dessa cultura. A partir do experimento, postulou as exigências que considerava necessárias para a verificação da etiologia bacteriana de qualquer doença. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/personas/koch.html>. Acesso em: 31 jul. 2018.

<sup>20</sup> Louis Pasteur (1822-1895) foi cientista, químico e bacteriologista francês que se dedicou ao estudo dos métodos de combate às infecções. Doutor em Ciência, assumiu aos 32 anos a reitoria da Faculdade de Ciências de Lille. Em decorrência de estudos na indústria vinícola, desenvolveu a teoria da fermentação como consequência da ação de micróbios. A partir de tais estudos, descobriu o processo de conservação de alimentos que se tornou conhecido como “pasteurização”. Em 1862, foi eleito membro da Academia Francesa de Ciências. Convencido de que as moléstias infecciosas eram provocadas por micróbios, em 1881 viu a confirmação de sua teoria isolando o micróbio de uma doença bovina — o carbúnculo. Em 6 de julho de 1885, aplicou pela primeira vez sua vacina contra a hidrofobia — “raiva”, salvando um menino de 9 anos. Disponível em: [https://www.ebiografia.com/louis\\_pasteur/](https://www.ebiografia.com/louis_pasteur/). Acesso em: 5 mar. 2019.

<sup>21</sup> Refere-se ao período de estudos e pesquisas de Pasteur no campo da microbiologia e sua aplicação na medicina, considerando a tese da ação direta de microrganismos no surgimento de grande parte das doenças contagiosas e dos processos infecciosos. Pasteur sustentava a necessidade de descobrir o micróbio responsável por cada enfermidade para então determinar um modo de combatê-lo. Sua descoberta da vacina antirrábica e aplicação pela primeira vez em humano no ano de 1885 pode ser considerada o primeiro resultado de grande repercussão da microbiologia aplicada à medicina. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/personas/pasteur.html>. Acesso em: 31 jul. 2018.

pasteuriana e antes mesmo da descoberta por Koch (1883) do bacilo tuberculoso, outra microbactéria vizinha (SOURNIA; RUFFIE, 1984, p. 141).

Robert Koch e Louis Pasteur trouxeram aportes e descobertas que atestaram a presença de agentes biológicos na transmissão das enfermidades, contribuindo decisivamente para afirmação de novo paradigma na explicação do processo saúde-doença. De maneira que, em meados de 1870, alcançou-se um conjunto de conhecimentos e técnicas para o estudo das bactérias e das doenças bacterianas e, nas duas décadas seguintes, os avanços vieram

[...] numa rapidez quase explosiva e, em geral, ao longo de duas linhas. Uma, característica do trabalho de Koch, levou ao desenvolvimento de técnicas para o cultivo e o estudo de bactérias; e Pasteur e seus colaboradores dirigiram sua atenção para os mecanismos da infecção, e para as consequências desse conhecimento na prevenção e no tratamento das doenças contagiosas (ROSEN, 2006, p. 230).

Pasteur, que era um extraordinário microscopista interessado pelos microrganismos, não pode ser considerado o inventor da teoria de que a doença é causada pela invasão do corpo por minúsculos e invisíveis organismos vivos, uma vez que a ideia já era veiculada<sup>22</sup>. Entretanto, ele foi o primeiro a demonstrar experimentalmente que certos micróbios causavam determinadas doenças em animais e humanos. Apesar de seu interesse ter sido direcionado para o potencial terapêutico da teoria microbiana, os vínculos que estabeleceu entre doenças específicas e várias bactérias dos gêneros estreptococos e estafilococos inseriram a bacteriologia<sup>23</sup> no campo da ciência (PORTER, 2004, p. 108).

No entanto, a solidez da bacteriologia está associada aos estudos de Robert Koch que, graças à elaboração do método de cultura e coloração de bactérias, descreveu espécies diferentes desses

<sup>22</sup> Corroborando a afirmativa de Porter (2004, p. 108), encontramos em Rosen (2006, p. 221-230 *passim*) a nomeação de diversos estudiosos que, nesse momento de construção de um novo paradigma em torno do processo saúde-doença, contribuíram para o desenho da teoria bacteriana: Jacob Henle mostrou a lógica da existência de um ser vivo como agente causal das doenças infecciosas e defendeu que somente por meio da observação e da experimentação seria possível alcançar a natureza da doença contagiosa e assim formulou postulados de prova para demonstrar ser um organismo a causa de determinada doença: presença constante do parasito, isolamento em meios externos e reprodução da doença desde o parasito isolado (1840); Casimir Davaine e Pierre Rayer fizeram um comunicado à *Société de Biologie* de Paris relatando a transmissão do antraz através da inoculação de sangue de animais moribundos em carneiros sadios, contribuindo para que as bactérias entrassem na lista de possíveis causadores de doenças (1850); Antoine Villemin, médico do exército francês, que demonstrou, apesar de não ter conseguido isolar o microrganismo causador da tuberculose, ser possível transmitir a doença de um animal a outro por inoculação (1865); Ferdinand Cohn, um dos mais notáveis investigadores de bactérias de seu tempo, reconheceu a necessidade de classificação das bactérias segundo gêneros e espécies (décênio de 1870).

<sup>23</sup> Conforme Miguel e Nogueira (2009), bacteriologia é uma especialidade da biologia, sendo uma subdivisão de microbiologia dedicada ao estudo de espécies bacterianas abordando os aspectos da morfologia, da taxonomia (classificação) e da estrutura desses microrganismos. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap3.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019. Segundo Bertolli Filho (1996? p. 12), quando o termo surgiu referia-se ao estudo de todos os tipos de micróbios.

microrganismos e confirmou a teoria microbiana da causa das doenças. Em função de seu trabalho, a bacteriologia teve grande desenvolvimento com a identificação de agentes etiológicos de várias espécies, como tétano, peste, difteria e outras (REZENDE, 2009, p. 192).

Assim, Koch estabeleceu a diferença entre bactérias distintas, relacionou microrganismos específicos a infecções determinadas e procurou comprovar que as bactérias causavam tais infecções, sedimentando o que Pasteur havia demonstrado. Em 1882, a descoberta do bacilo da tuberculose lhe garantiu respeito da comunidade científica internacional e, na publicação sobre essa descoberta, enumerou quatro quesitos que deveriam ser satisfeitos para identificação do agente etiológico das doenças infecciosas (REZENDE, 2009, p. 91).

Os “Postulados de Koch”, como ficaram conhecidos tais quesitos, comprovariam que o microrganismo específico seria capaz de produzir determinada patologia infecciosa. Alunos e rivais que o sucederam utilizaram seus métodos para identificar micróbios causadores de diversas doenças, entre as quais a lepra. Tais métodos supunham que, para associação causal entre um agente específico e a doença sob investigação, deve ser invocada a verificação dos seguintes princípios:

1. o organismo específico tem que estar presente em todos os casos da doença infecciosa;
2. o organismo deve ser passível de cultivo numa cultura pura;
3. a inoculação de um animal experimental com a cultura deve reproduzir a doença; e
4. os organismos podem ser recuperados do animal inoculado e novamente reproduzidos numa cultura pura (PORTER, 2004, p. 111).

Portanto, no contexto das experiências que levaram à descoberta do bacilo causador da lepra, as concepções que derivavam das tradições hipocráticas com ênfase na importância dos fatores ambientais vão se deparar com os achados da bacteriologia, introduzindo elementos assertivos para explicação do processo de adoecimento. Assim, embora os estudos de Hansen sobre a etiologia da lepra estivessem afinados com a trajetória da teoria bacteriológica, eles estavam imersos num período de transição de um paradigma em crise para um novo em marcha para pleitear a hegemonia na concepção sobre a causalidade dos processos patológicos.

Nesse sentido, é interessante que observemos esse processo a partir de alguns elementos da obra de Kuhn (1998), que, ao discorrer sobre a trajetória do pensamento científico, compreendeu que o período de transição e de crise de paradigmas é caracterizado por um momento de

[...] reconstrução da área de estudos a partir de novos princípios, reconstrução que altera algumas das generalizações teóricas mais elementares do paradigma, bem como muitos de seus métodos e aplicações. Durante o período de transição haverá uma grande coincidência (embora nunca completa) entre os problemas que podem ser resolvidos pelo antigo paradigma e os que podem ser resolvidos pelo novo (KUHN, 1998, p. 116).

Logo, o processo de estabelecimento da teoria bacteriológica pode ser compreendido como consequência de uma revolução científica e instituição de um novo *paradigma*. O termo é conceituado como “[...] realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modulares para uma comunidade de praticantes de uma ciência [...]” (KUHN, 1998, p. 13), ou seja, o paradigma seria um conjunto compartilhado de fundamentos, prescrições e discursos científicos acumulados e em vigor num certo tempo.

Dessa forma, o ambiente em que as pesquisas de Hansen transcorriam estava permeado por uma atmosfera de disputa e convivência de paradigmas explicativos distintos para a causa das moléstias. Pela natureza dos achados indicando a existência de um microrganismo na origem da moléstia, seus estudos seguiam no sentido de afirmar a propriedade de um novo paradigma para os fundamentos e discursos médico-científicos.

Estudos conduzidos na segunda metade do século XIX sobre a lepra, bem como acerca de outras doenças, estavam envoltos nessa atmosfera de “crise” de paradigmas com novas explicações fomentadas pelos estudos da bacteriologia dividindo opiniões com a tese da hereditariedade. Foi um período de muita intensidade para pesquisas que objetivavam esclarecer a origem das enfermidades infecciosas. Como fruto dessa intensidade, além da descoberta do *Mycobacterium leprae*, assistiu-se a de tantos outros agentes patogênicos causadores de diversas moléstias, como febre tifoide, malária, tuberculose, cólera, difteria, tétano e botulismo (ROSEN, 2006, p. 231). Nesse sentido, o período vivido por Hansen foi profícuo para tais revelações e, demonstrando-se um estudioso atento e determinado no propósito de comprovar que a doença seria contagiosa, o pesquisador inseriu-se num processo de competição pela descoberta, por e sua glória e seu reconhecimento.

### 2.3 BACILO DE HANSEN: PROCESSO E AFIRMAÇÃO DA DESCOBERTA

Segundo Bechler (2011), Armauer Hansen se aproximou dos estudos acerca da lepra em 1868 na condição de estudante de medicina, quando se vinculou à Daniel Cornelius Danielsen, médico e líder técnico nas pesquisas sobre lepra na Noruega, defensor da hereditariedade como explicação para a origem da doença. No entanto, Hansen trilhou um caminho cujas investigações o afastaram dessa premissa. Ao integrar a equipe, recebeu a incumbência de atualizar os conhecimentos científicos sobre a lepra na Noruega e, para tanto, realizou viagens de cadastramento dos doentes pelo interior do país, quando teve oportunidades de contato com camponeses pobres vivendo sob condições insalubres.

Além das frágeis condições de vida dos camponeses, interpretadas por Hansen como propícias para a instalação de doenças, o pesquisador se incomodou com a percepção daquelas pessoas sobre o próprio adoecimento, pois consideravam a doença como resultado da determinação divina contra a qual nada restava fazer, senão a aceitação. Essa percepção era apropriada ao tempo em questão, mas insuficiente para Hansen, que, por razões pessoais, apresentava abalos em suas convicções religiosas e julgava que o argumento da manifestação da lepra por designio divino era reforçado pela teoria da hereditariedade da doença. Assim, Hansen encontrava nessa experiência elementos para repelir a referida teoria (BECHLER, 2012a).

As suspeitas sobre o caráter transmissível da lepra ganharam sustentação durante sua estadia em Bonn e Viena entre os anos 1870-1871. De acordo com Bechler (2011), Hansen foi especialmente influenciado pela leitura do livro *Natural Evolution*, de Charles Darwin, sobretudo pela ideia de que a condição de vida humana é de responsabilidade do próprio homem. Assim, essa nova experiência foi fundamental para ajudá-lo a responder questões provocadas pela anterior, ou seja, seu desconforto diante do argumento de que a doença e o sofrimento dela decorrente se passavam por vontade de Deus.

Bechler (2012b) contextualiza o processo de produção do conhecimento sobre a lepra como uma doença bacteriológica, conforme caracterizado anteriormente, contudo, ainda que processo esteja bastante vinculado à Hansen por ser reconhecido como autor da descoberta do bacilo, ele não foi um caminho solitário, além de ter se apresentado como uma disputa deflagrada entre cientistas na busca por respostas sobre uma doença cujo retorno alarmava a Europa em meados do século XIX.

O problema apresentava-se então do seguinte modo: a lepra, doença tão estigmatizada e temida, era novamente encontrada em números consideráveis e alarmantes, até mesmo na Europa. Respostas científicas tornavam-se urgentes. Estava deflagrada a competição entre cientistas para a obtenção dessas respostas (BECHLER, 2012b, p. 818).

Nessa disputa em que se destacaram Albert Neisser<sup>24</sup>, Robert Koch e Rudolf Virchow<sup>25</sup>, vamos deparar com um processo conturbado vivido por Hansen, um médico determinado a garantir sua autoridade no meio científico com relação à lepra. Nesse sentido, a descrição dos fatos ao redor da “descoberta” contribuiu para relativizar uma “verdade absoluta” que atribui à Hansen o feito do descobrimento do bacilo, pois, como bem apontado por Bechler (2009, p. 197), “[...] a contemporânea historiografia da ciência têm tentado re-interpretar esse ‘descobrimto’ do médico norueguês. [...]”.

Como ponto de partida desse processo, tomemos a publicação do artigo de Hansen, publicado em 1874, onde apresentou análise microscópica de célula com material leproso e descreveu microrganismos parecidos com bastões, indicando que poderiam ser o agente etiológico da lepra. Apesar da importância do trabalho para o conhecimento sobre a etiologia da lepra, seu caráter pouco conclusivo atribuído à ausência de métodos e regras acadêmicas para validar suas considerações renderam críticas por parte dos adeptos da teoria da hereditariedade (BECHLER, 2012b).

Por outro lado, ainda que de reconhecido valor, a descrição de Hansen sobre o que supunha ser o agente da lepra não era tema inédito, pois já havia sido tratado por Danielsen e Boeck no trabalho intitulado *Om Spedalskhed*. O trabalho reconheceu a célula leprosa em tecidos, e os autores definiram a lepra como uma entidade patológica, discutiram os sinais clínicos e anatômicos em seus pormenores, caracterizaram as formas nodular e anestésica da doença, além

---

<sup>24</sup> Albert Ludwig Neisser (1855-1916), médico alemão dedicado à dermatologia e venereologia, ficou conhecido por ser o descobridor do gonococo que causa a gonorreia, entretanto alguns autores consideram que suas contribuições no conhecimento da hanseníase e sífilis foram superiores. Também se dedicou a investigar doenças dermatológicas tais como *lupus vulgaris*, mormo, antraz, actinomicose, psoríase e pênfigo. Neisser reservava especial interesse em diagnósticos diferenciais. Disponível em: <https://historiadelamedicina.wordpress.com/2013/02/23/albert-ludwig-neisser-1855-1916/>. Acesso em: 8 mar. 2019.

<sup>25</sup> Rudolf Virchow (1821-1902), patologista alemão, recebeu o grau de médico aos 22 anos de idade e aos 26 já era livre-docente. Fundador da revista *Virchow Archiv*, um dos mais renomados periódicos médicos até os dias atuais. Foi ao mesmo tempo professor de anatomia patológica, pesquisador, sanitarista, político, antropólogo, historiador e editor da revista por ele fundada. Dirigiu Instituto Patológico de Berlim por mais de quarenta anos (REZENDE, 2009, p. 187).



de descreverem e discutirem aspectos epidemiológicos da enfermidade (COSTA, 2007; BECHLER, 2009).

Em 1879, Hansen recebeu em seu laboratório a visita de Albert Neisser, jovem médico alemão assistente de Robert Koch, de quem havia recebido a incumbência de empreender estudos na área de leprologia. Em sua visita, Hansen lhe apresentou o estado de suas pesquisas buscando convencê-lo de que o microrganismo descrito era, de fato, a bactéria causadora da doença. Neisser não se mostrou convencido diante de Hansen, mas motivou-se a entrar na disputa pela descoberta do bacilo. Ao seu favor, contava com o fato ter se aproximado dos estudos científicos mais atuais à época sobre a lepra e ter obtido material leproso cedido pelo próprio Hansen. Assim, retornou à Alemanha com recursos para ingressar na competição por reconhecimento científico (BECHLER, 2012b; BECHLER; DELIZOICOV, 2015).

Ainda conforme os autores, Neisser publicou pouco tempo após seu retorno uma descrição da bactéria com mais detalhes do que o fez Hansen. Para esse episódio, foi fundamental a orientação de Robert Koch, que desenvolvia a teoria da coloração bacteriana. Numa atitude questionável, Neisser não mencionou que teria recebido material do próprio Hansen. Nesse artigo, assumiu uma postura agressiva em relação a Hansen e Danielsen, afirmando que suas discussões eram improdutivas. Em segundo artigo publicado no início de 1880, Neisser apresentou tom menos agressivo e, reconhecendo a participação de Hansen no processo, reivindicou o feito de ter provado a existência do agente causador da lepra.

No entanto, a reivindicação pela descoberta não foi acolhida pela comunidade científica, pois as revelações de Neisser, embora com maior consistência metodológica e de resultados mais plausíveis, não alcançaram a notabilidade desejada, mesmo tendo o médico se debruçado

[...] intensamente nesse material até conseguir classificá-lo como uma bactéria de acordo com os parâmetros aceitos à época. Em termos práticos, é factível afirmar que Albert Neisser chegou primeiro aos resultados aceitáveis quanto à classificação do agente etiológico da lepra (BECHLER; DELIZOICOV, 2015, p. 25).

Como se conhece até os dias atuais, a notoriedade pela descoberta do bacilo foi atribuída à Hansen. Esse reconhecimento está relacionado à publicação de diversos artigos na principal revista científica europeia, a *Virchows Archiv*<sup>26</sup>, cujo editor era Rodolf Virchow, amigo e aliado

<sup>26</sup> Conforme Bechler e Delizoicov (2015), a origem da *Virchows Archiv* está em 1847 com a fundação do periódico *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin* por Rudolf Virchow e Benno Reinhardt. Cinco anos depois, com a morte de Reinhardt, Virchow assumiu sozinho a edição da revista até 1902, ano de seu falecimento. O periódico acabou se tornando uma das principais revistas médicas

de Hansen, mas que mantinha relações difíceis com Koch. No primeiro artigo, datado de 1880, Hansen mencionou a visita de Neisser e a cessão dos materiais biológicos que lhe fez, pretendendo deixar claro sua prioridade na descoberta do bacilo. Neisser conseguiu publicar na *Virchows Archiv* no ano seguinte<sup>27</sup> e, na oportunidade, renunciou aos louros pela descoberta do bacilo (BECHLER, 2012b).

Assim, a divulgação dos trabalhos de Hansen no periódico de alta reputação conferiram visibilidade e credibilidade diante da comunidade científica, consolidando-o como descobridor do bacilo, mas a descoberta do bacilo como parte do empenho em demonstrar o caráter contagioso da lepra não bastou para esclarecer outros aspectos relativos ao processo da doença, pois, para a comprovação de que uma doença seria de fato contagiosa e resultado da ação de determinado organismo, os Postulados de Koch deveriam ser satisfeitos. Desse modo, lacunas não respondidas sobre o processo de comunicação da doença fariam com que a tese do contagionismo da lepra encontrasse o desafio de sobreviver ao lado de outras formas de explicá-la.

Assim, diante da permanência de processos ainda por decifrar, a comunidade científica manteve-se mobilizada na busca por respostas entre as quais estava a forma de contágio e de transmissão do agente etiológico, seja para a lepra, seja para outras doenças. “À proporção que esses organismos vinham à luz, surgiam questões relativas aos mecanismos da ação microbiana. Como se produz a infecção bacteriana? Como preveni-la? Como tratar suas consequências?” (ROSEN, 2006, p. 231).

Assim, compreender como ocorria o processo de introdução de microrganismos infecciosos patogênicos no corpo humano era uma questão fundamental para indicar quais medidas profiláticas e terapêuticas seriam mais apropriadas, sobretudo num cenário em que a epidemiologia da doença indicava a existência de focos ativos na Europa e sua expansão para áreas colonizadas.

---

européias do período e, com o passar do tempo, passou a se chamar “*Virchows Archiv*”. Ainda segundo os autores, o que torna a revista singular é o fato de que suas páginas continham não apenas discursos técnicos, fórmulas e procedimentos de laboratório cada vez mais em voga no período. Ela apresentava elementos de popularização da ciência, pois não tinha apenas o público médico como seu único alvo. A revista permanece como grande referência científica atualmente. No período de janeiro/março de 2019, publicou o volume 474, disponível *online* junto com volumes anteriores lançados desde 1847.

<sup>27</sup> O artigo fora intitulado *Weitere Beiträge zur Aetiologie der Lepra* (Outras contribuições para a etiologia da lepra). Sua publicação ocorreu no volume 84 de junho de 1881. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01937671>. Acesso em 11 mar. 2019.

## 2.4 AS DOENÇAS NOS TRÓPICOS E A LEPROSA

Em finais do século XIX, o conceito de lepra foi influenciado não só pelas pesquisas em torno do agente causador da moléstia, mas também por sua presença em territórios periféricos e colonizados. Nesse período, a lepra e outras patologias infecciosas atuaram como elementos de instabilidade para o desenvolvimento dos interesses expansionistas das nações europeias nas zonas tropicais. Trata-se de um momento em que o desenvolvimento da medicina foi marcado pela teoria microbiana de Louis Pasteur e Robert Koch, trazendo elementos fundamentais para a conexão entre microrganismos patogênicos e doenças infecciosas. Por outro lado, apesar de refutar a associação entre clima e doença, argumento básico na compreensão das doenças nas zonas tropicais, a microbiologia carecia de elementos para explicação das doenças de ocorrência nos trópicos.

Explicações tradicionais para doenças de ocorrência nos trópicos, relacionadas aos conceitos ambientais miasmáticos ancorados nos ensinamentos hipocráticos, ou seja, na produção de putrefação pela ação do calor trazendo emanções pútridas — miasmas — com produção de febres apavorantes, eram contestadas sobretudo com as observações do pioneiro Patrick Manson, ao apontar a presença de organismos parasitários como agentes das doenças tropicais (PORTER, 2004, p. 113).

Assim, tratou-se também de um período conhecido pela introdução de conceitos que associavam o acometimento de certas doenças no homem à ação de parasitas, constituindo-se em abordagens importantes para o meio médico, sobretudo quando interessado em doenças de ocorrência nas zonas tropicais (BENCHIMOL, 1999; CAPONI, 2003).

Patrick Manson trabalhou como oficial médico no litoral sudeste da China a partir de 1866, estudou a elefantíase e demonstrou que sua origem estava vinculada a um verme nematóide — a filária —, transmitido ao homem através de um vetor<sup>28</sup>. Esse modelo explicativo tornou-se poderoso e Manson apontou a participação de organismos parasitários como agentes de doenças

---

<sup>28</sup> Conforme definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (2010, p. 36), o vetor é “[...] um inseto ou qualquer portador vivo que transporta um agente infeccioso desde um indivíduo ou seus excrementos até um indivíduo suscetível, sua comida ou seu ambiente imediato. O agente infeccioso pode ou não se desenvolver, propagar ou multiplicar dentro do vetor”. Dessa forma, a agente é transmitido ao indivíduo de forma indireta ao utilizar-se do vetor para se instalar no organismo, como ocorre com a transmissão do vírus da dengue que se dá com a participação do mosquito *Aedes aegypti*. Disponível em [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=950-modulos-principios-epidemiologia-para-controle-enfermidades-mopeco-modulo-2-0&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=950-modulos-principios-epidemiologia-para-controle-enfermidades-mopeco-modulo-2-0&Itemid=965). Acesso em: 21 mar 2019.

tropicais. Uma série de parasitas foram relacionados à origem de doenças como a esquistossomose, disenteria, doença do sono, malária e febre amarela (PORTER, 2004, p. 114).

Assim, por intermédio de suas pesquisas, Manson apresentou contribuições para explicação de doenças identificadas nas áreas tropicais para as quais a teoria “[...]clássica da microbiologia, que orientara os protocolos de investigação metropolitanos sobre os germes desde 1890, começava a dar sinais de insuficiência na [...]” (AMARAL, 2012, p. 1276).

Para a empreitada colonialista, no entanto, a associação entre trópicos e doença constituiu-se numa ameaça que requeria proteção das comitivas europeias e dos próprios países de origem, ameaçados com o regresso de homens contaminados por patologias relacionadas àquelas zonas.

[...] Com o advento da expansão colonial, em direção à América do Norte e às regiões tropicais, bem como com a descoberta de novas doenças como a febre amarela, o tétano, a framboesia, a elefantíase, o piã, o maculo, o *mal-coeur*, o ainhum, dentre outras, reforçou-se a crença da relação estreita entre determinadas afecções e as condições ambientais de certas localidades, definidas preponderantemente em termos climáticos [...] (EDLER, 2011, p. 61).

Ao tratar do papel das doenças na expansão europeia no Novo Mundo, Crosby (2002) tece o argumento de que os europeus foram responsáveis por trazerem consigo os germes, sendo estes mais mortíferos do que as armas que portavam. Os germes, seres minúsculos e invisíveis, responsáveis por doenças e capazes de subjugar os povos nativos, eram entidades dotadas de “tamanho, peso e massa” que viajaram nas caravanas marítimas, assim como as ervas e os animais (CROSBY, 2002, p. 174). Sob tal ponto de vista, o problema das enfermidades nas áreas colonizadas deu-se pela importação de doenças do homem europeu e esse processo teria se passado de forma unilateral e unidirecional, afetando drasticamente a vida das populações nativas.

O intercâmbio de doenças infecciosas — isto é, de germes, coisas vivas dotadas de um ponto de origem geográfico como qualquer outra criatura visível — entre o Velho Mundo e suas colônias americanas e australianas foi espantosamente unilateral, tão unilateral e unidirecional quanto o intercâmbio de pessoas, ervas e animais [...] (CROSBY, 2002, p. 191).

No mesmo sentido, Porter (2004, p. 113) defende que o homem branco teria sido responsável por tornar os trópicos insalubres, embora esse conceito tenha sido convenientemente posto de lado, pois prevaleceu a ideia de os trópicos seriam lugares perigosos, como “túmulos” para o homem branco, onde doenças como febre amarela e malária barravam projetos comerciais e imperialistas.

Com argumentos que nos levam à mesma direção, Caponi (2003, p. 119) indica que determinadas doenças denominadas tropicais já haviam sido notadas junto ao homem europeu desde tempos remotos, não se limitando necessariamente às zonas de clima tórrido.

Da mesma forma, Diamond (2001) argumenta que os micróbios são produto da seleção natural tanto quanto os seres humanos e aponta para essa unilateralidade da troca de germes defendendo que várias doenças infecciosas provenientes do Velho Mundo se alojavam no Novo Mundo, pois “[...] talvez nem um único assassino importante da América chegou à Europa [...]” (DIAMOND, 2001, p. 212) sendo provavelmente a sífilis uma exceção polêmica quanto ao local de origem. Assim, considera o autor ter havido uma troca desigual de germes perigosos entre a América e a Europa.

Nesse sentido, fundamentando a troca desigual, as doenças específicas das Américas e por vezes desagradáveis e fatais “[...] não ‘viajam’ bem e nunca se estabeleceram no Velho Mundo [...]” (CROSBY, 2002, p. 192). Assim, em defesa da ocorrência de um processo unilateral de envio de patógenos, Crosby (2002) também afirma que as doenças específicas das Américas não se fixaram no Velho Mundo, existindo um desequilíbrio do intercâmbio que operou devastadoramente em prol dos invasores europeus e em profunda desvantagem dos povos colonizados.

“[...] A Europa foi magnânima na quantidade e qualidade dos tormentos que enviou para além das suturas da Pangeia. Em contraste, as suas colônias, epidemiologicamente mal dotadas para começar, hesitaram em exportar até mesmo os poucos patógenos que possuíam (CROSBY, 2002, p. 192).

Para Diamond (2001, p. 214), a ação de germes, denominados como “presente sinistro da Europa”, é considerada fundamental para explicar a vantagem dos imigrantes europeus sobre os nativos das Américas e de outros continentes. Por outro lado, tais zonas amedrontavam não somente pela entrada e adaptação de patógenos importados, mas também pela presença de germes considerados “assassinos tropicais”, responsáveis por doenças como o cólera, a febre amarela e a malária (DIAMOND, 2001, p. 214).

O argumento que considera a unilateralidade da disseminação de germes patogênicos e o pensamento de que o europeu sempre esteve ao lado das doenças deve ser observado com cautela. Segundo Vital (2011), apesar de parecer evidente num primeiro momento, a análise de Crosby é pouco sustentável, já que várias doenças infecciosas representaram problema para o europeu no Novo Mundo, assim como para a Europa. Para o autor, pode representar um

problema “[...] analisar o processo de troca biológica entre a Europa e o novo mundo como dotado de movimento unidirecional e unilateral [...]” (VITAL, 2011, p. 22). Sua análise é construída a partir do historiador ambiental Donald Arnold, crítico do determinismo ecológico de Crosby por valorizar os aspectos biológicos em detrimento do fazer humano consciente, lançando uma perspectiva de que a superioridade biológica europeia seria inevitável diante dos nativos americanos, o que se aproxima de um posicionamento darwinista.

Portanto, é difícil sustentar o argumento acerca da superioridade biológica europeia, visto que, em diversos momentos entre os séculos XVI e XIX, as próprias atividades econômicas europeias contribuíram para a disseminação de germes desconhecidos do homem europeu, o que contribuiu para a morte de milhares deles, ou seja, nem sempre as doenças estiveram ao lado dos colonizadores (VITAL, 2011, p. 25).

Com isso, Vital (2011) aponta a necessidade de debater outras categorias, sobretudo a ideia de que a expansão imperial significou “trocas”, e propõe pensar a doença como uma construção sociocultural.

Se pensarmos que a expansão imperial tem por consequência trocas culturais e de percepção acerca de agentes causadores de doenças e males que atormentam tanto nativos quanto europeus, ou seja, pensando a doença também como uma construção sociocultural, é possível obter resultados mais expressivos em termos analíticos (VITAL, 2011, p. 27).

Embora identifiquemos razoabilidade nas críticas feitas ao argumento da unilateralidade na propagação dos germes, o fato é que, em finais do século XIX, vigorava a ideia de que os trópicos eram territórios profícuos para disseminação de doenças, ocasionadas pela presença de agentes patogênicos invisíveis que acessaram as colônias através dos navegantes europeus, bem como eram próprias ao ambiente das colônias. Assim, os trópicos eram lugares atraentes, mas também assustadores.

No entanto, a visão de que eram zonas perigosas não estava restrita apenas ao fato de estarem correlacionadas a temíveis doenças e parasitas. Essa correlação também se ancorava no entendimento de que os trópicos seriam áreas de pouca civilização e de condições sociais rudimentares.

Segundo Skidmore (1976), ideias vigentes na segunda metade do século XIX, apoiadas na ciência natural, reforçavam a autoridade intelectual dos europeus do Norte ao defenderem que a superioridade do poder econômico e político estava atribuída à hereditariedade e ao ambiente favorável daqueles povos. Em contraposição, povos de outras raças e habitantes de zonas de condições climáticas tórridas estavam em patamar inferior.

Em resumo, os europeus do Norte eram raças “superiores” e gozavam do clima “ideal”. O que, por certo, implicava em admitir, implicitamente, que raças mais escuras ou climas tropicais nunca seriam capazes de produzir civilizações comparativamente evoluídas. Alguns autores excluíram, de maneira explícita, a viabilidade civilizadora em áreas carentes das referidas condições europeias. Não por coincidência, tal análise era dirigida à área que tinha sucumbido à conquista europeia a partir do século XV: África e América Latina ( SKIDMORE, 1976, p. 44).

Especificamente sobre o Brasil, assistimos a um rebatimento dessas ideias no período. O próprio Skidmore (1976) aborda essa influência presente no pensamento de alguns intelectuais brasileiros, entre os quais Silvio Romero (1851- 1914), para quem toda nação seria o reflexo da relação entre seu povo e o *habitat* natural, sendo o Brasil uma região cujo “[...] calor opressivo e a seca periódica contribuíram para tornar o brasileiro ‘indiferente e apático’ [...]” (SKIDMORE, 1976, p. 50). Silvio Romero tomou como referência a obra *História da Civilização na Inglaterra*, do historiador inglês Henry Thomas Buckle (1821-1862), em que, em oito páginas dedicadas ao Brasil, analisou precipitação, topografia, sistema hidrográfico e regime dos ventos, tecendo uma visão pessimista a partir de relatos de viagens de outrem e sem nunca ter visitado o país.

Para além do determinismo ambiental, os trópicos eram alvos de teorias raciais que fundamentavam a associação dessas terras e suas gentes à inferioridade, à improdutividade e à falta de civilização. Segundo Slenes (1998), o período entre 1870-1920 foi o auge do imperialismo, do darwinismo social e do racismo científico<sup>29</sup>. Intimamente ligadas, abordavam a hierarquização das raças e atuaram como justificativa para o expansionismo europeu e norte-americano.

Naxara (1998) alude que, no século XIX, ainda que os fatores relacionados ao meio tenham permanecido nas análises sobre as diferenças entre os povos, tais análises se modificaram “[...] em favor da valorização racial como principal fator de diferenciação entre os povos [...]”

---

<sup>29</sup> Segundo Bolsanello (1996), o darwinismo social pode ser definido como a aplicação das leis da teoria da seleção natural de Darwin na vida e na sociedade humanas. O filósofo Herbert Spencer (1820-1903) foi seu principal mentor e autor da expressão “sobrevivência dos mais aptos”, que mais tarde seria adotada por Darwin. O darwinismo social considera que há uma desigualdade natural entre os seres humanos, ou seja, possuem aptidões inatas, algumas superiores outras inferiores. Assim, viver em uma sociedade humana implica uma luta “natural” pela vida, portanto é normal que os aptos tenham acesso ao poder social, econômico e político; da mesma forma, é normal que menos aptos fracassem. As ligações entre darwinismo social com o racismo “científico” foram estabelecidas pelo antropólogo francês Georges Vacher de Lapouge (1854-1936), para quem as raças eram divididas em superiores (arianos) e inferiores (judeus, negros etc.). Seu primeiro grande teórico foi o Conde Joseph Artur Gobineau (1816-1882), defensor da superioridade da raça ariana.

<sup>30</sup> A Escola de Londres foi criada quase simultaneamente com a Escola de Tropical Medicina em Liverpool e com o Instituto Oswaldo Cruz. A pesquisa em malária tem sido central para a escola desde seu início e Patrick Manson foi o primeiro professor de Medicina Tropical (RILEY, 2000).

(NAXARA, 1998, p. 42), havendo uma mudança de enfoque. Em sua reflexão sobre o Brasil, a autora aponta a confluência dessas percepções ao concluir:

[...] A dominância do meio e da natureza, num país onde a técnica e o conhecimento e, portanto, o progresso ainda não haviam avançado, possibilitou a visão de uma fraqueza do homem diante da hostilidade do meio, fraqueza esta acentuada pela aceitação, também, da sua inferioridade racial (natural) e cultural [...] (NAXARA, 1998, p. 44).

Assim, o conjunto de atributos negativos relacionados aos habitantes e ao ambiente natural dos trópicos conferiu um lugar desqualificado a essas regiões, requerendo medidas que sustentassem o projeto de expansão do domínio europeu. Entre os recursos que dotariam os trópicos de condições favoráveis à fixação do homem branco, imbuídos de tornar a empreitada colonialista próspera, esteve o saber médico especializado voltado para compreensão dos processos patológicos específicos e a necessária intervenção, seja no corpo do indivíduo doente, seja no ambiente insalubre dos trópicos.

## 2.5 TRÓPICOS E MEDICINA

A partir de meados da década de 1860, a geografia médica começou a encontrar elementos para corroborar a noção de que os miasmas e os parasitas poderiam esclarecer a existência de doenças restritas a algumas localidades. Na base desse processo, estavam também o intercâmbio comercial e a política colonialista europeia demandando a compreensão das razões pelas quais as doenças se apresentavam com diferentes padrões de endemicidade e de impacto em determinadas regiões do globo (EDLER, 2011, p. 59).

Sob a concepção de que os trópicos reuniram as condições favoráveis para difusão de doenças, dada a existência de parasitas capazes de veicular patologias, as cobiçadas terras tropicais foram consideradas ambientes desfavoráveis para instalação do homem branco, comprometendo o avanço dos projetos comerciais imperialistas. Nesse contexto, a medicina tornou-se fundamental para viabilizar as empreitadas colonialistas, fornecendo segurança para a estadia do homem branco nas zonas tropicais, bem como seu retorno em condições saudáveis e sem representar perigo aos países de origem. Aos médicos militares das missões foi atribuído o encargo de prover estratégias para garantir higidez do homem branco e assim auferir sucesso ao empreendimento colonialista.

Entonces, poco a poco, en esas colonias de ultramar los médicos militares comenzaron a adquirir una función cada vez más valorada y preciosa. A ellos les era concedido el



privilegio de convertir a esas regiones “palúdicas” en espacios habitables por el hombre blanco [...] (CAPONI, 2003, p. 114).

Por outro lado, a noção de uma espacialidade nosológica circunscrita às regiões tropicais que promovia a redefinição dos problemas médicos dessas zonas a partir dos aspectos ambientais esteve condicionada não só por questões políticas e econômicas, mas também “[...] pela competição jurisdicional interna e externa à profissão médica [...]” (EDLER, 2011, p. 55). Tais circunstâncias indicariam um vínculo entre a geografia médica e a empreitada colonialista europeia com estudos de topografia médica versando sobre relações entre doença e as características sociais, ambientais e higiênicas da população e seu território (clima, plantas, animais, água, hábitos alimentares, estilo de vida, ocupação dos habitantes, condições sanitárias).

Assim, a concepção que associava os trópicos à presença de doenças, muitas delas desconhecidas e fatais, colocou a questão sanitária dos trópicos como um desafio para o saber médico na produção de um conhecimento específico da medicina sobre as colônias no intuito de torná-las apropriadas para a presença do homem branco (CABRAL, 2013; ZAMPARONI, 2017). Diante desse contexto, a medicina pôde contribuir para imprimir um ritmo mais acelerado à expansão comercial europeia, além de fornecer-lhe instrumentos para o encargo de sanear os trópicos. Afinal, “[...] não era parte da missão do homem branco levar a medicina aos trópicos mortíferos? [...]” (PORTER, 2004, p. 113).

Interessada em investigar a história epistemológica das doenças infecciosas transmitidas por intermédio de vetores artrópodes, Caponi (2002) destaca duas vertentes explicativas possíveis e que nos auxiliam na compreensão de como o saber médico específico foi impulsionado em direção às questões sanitárias dos trópicos. A primeira vertente, que se passa entre o final do século XIX e início do XX, se refere ao movimento dos institutos bacteriológicos de Koch e Pasteur, ao enviarem estudiosos às colônias africanas e asiáticas para desenvolverem estudos nas zonas tropicais. O intuito seria produzir e aperfeiçoar protocolos para responder questões obscuras em relação à transmissão de enfermidades que ameaçavam a população branca envolvida num projeto de expansão comercial e colonização dos trópicos.

A segunda remete a um conjunto de estudos baseados no modelo das investigações relacionadas à malária, que contribuiu para a emergência da medicina tropical como um campo teórico e uma nova disciplina científica surgida com a fundação da *The London School of Tropical*

*Medicin* em 1898<sup>30</sup>, por Patrick Manson. Nesse caso, há uma confluência entre os estudos microbianos clássicos e os estudos sobre as enfermidades das zonas tropicais, o que auxiliou no aprimoramento de protocolos de investigação da microbiologia. Nesse sentido, “[...] la medicina tropical surge del encuentro entre bacteriología y medicina militar ya que entonces la guerra al microbio se aliaría con las guerras colonialistas [...]” (CAPONI, 2002, p. 113).

No entanto, médicos militares das colônias europeias durante as últimas décadas do século XIX expressavam temor ao depararem com terras, costumes, animais e habitantes daqueles territórios, pois tamanha diversidade “[...] representaba una clara amenaza a la salud de los colonos europeos que deseaban establecerse en ultramar.” (CAPONI, 2003, p. 114). Assim, as narrativas médicas tentavam produzir explicações para o desconhecido, ao mesmo tempo que deixam perceber a existência de uma visão desalentadora dos médicos das empreitadas colonizadoras europeias diante das características das regiões tropicais. Assim, a despeito dos interesses econômicos que representavam, as zonas tropicais ensejavam intranquilidade para o homem branco quando observadas em suas precárias condições sanitárias, cabendo à medicina um papel importante na adaptação, no sucesso do empreendimento colonialista e no suporte para sobrevivência do europeu nos trópicos.

A dificuldade de aclimação<sup>31</sup> do homem branco nas inóspitas terras tropicais fomentou a construção de um conhecimento médico dedicado a uma forma de encarar a doença e seu controle contando com as inovações da bacteriologia e com a identificação de vetores que transmitiam muitas das doenças classificadas como tropicais. No conjunto das doenças que apavoravam os trópicos, encontrava-se a lepra, mal considerado extinto dos países europeus, mas que, nas áreas de colonização, se tornava endêmica.

---

<sup>30</sup> A Escola de Londres foi criada quase simultaneamente com a Escola de Tropical Medicina em Liverpool e com o Instituto Oswaldo Cruz. A pesquisa em malária tem sido central para a escola desde seu início e Patrick Manson foi o primeiro professor de Medicina Tropical (RILEY, 2000).

<sup>31</sup> Edler (2011, p. 95) descreve um quadro clínico atribuído tipicamente ao processo de aclimatação dos europeus nos trópicos, ou seja, “[...] nos europeus, o contato com a luz ardente de uma atmosfera quente e umidade acarretaria inicialmente uma superexcitação singular. As atividades musculares pareciam aumentar, junto com o apetite, mas, no fim de algumas semanas ou de alguns meses, as manifestações fisiológicas se extinguiriam. O estado de saúde daria lugar a uma languidez. Os corpos ganhariam peso, a vivacidade seria sucedida pela indolência. As funções excretoras aumentariam, a secreção biliar e a transpiração, sobretudo, seriam os principais indícios. As forças declinariam sensivelmente, a tez se empalideceria, os diferentes tecidos se descolorariam, as atividades intelectuais cairiam em uma espécie de torpor. Em uma palavra, o indivíduo apresentaria um estado conhecido como caquexia, hipoemia ou anemia tropical, que o predisporia a adquirir todas as afecções endêmicas e epidêmicas próprias ao lugar onde ele se encontrava. Alguns autores afirmariam que, ao alcançar esse estado, o indivíduo encontrar-se-ia aclimatado.”

### 2.5.1 Trópicos e lepra

Diferentemente da primeira metade dos Oitocentos, quando se presenciaram, pequenos focos endêmicos de lepra resistindo em muitos dos países europeus, foi seu caráter endêmico nas áreas de colônia que despertou o interesse de médicos e autoridades, “[...] fornecendo-nos os elementos necessários para compreensão do conceito da doença nas décadas finais do século XIX.” (CABRAL, 2006, p.36).

Assim, imersa no contexto das colônias europeias localizadas em zonas tropicais também existia a lepra. A doença estaria inclusa num conjunto de enfermidades que ameaçavam os trópicos, terras que, na percepção dos países colonizadores europeus, seriam férteis para o aparecimento e a fixação da lepra pela suposição de que abrigavam uma tendência natural para seu desenvolvimento: incipiente civilização e higiene, condições precárias de moradia, promiscuidade sexual, alimentação deficiente, além das características de umidade, calor e densidade populacional. Portanto, as terras tropicais que amedrontavam pelas enfermidades novas, como malária e febre amarela, também eram temidas por velhas conhecidas como a lepra e a febre tifoide que “[...] reaparecían en los trópicos con una fúria mortal inexplicable.” (CAPONI, 2003, p. 114).

Em vista disso, concomitantemente ao processo de expansão da doença pelos trópicos em fins do século XIX, a lepra referendou uma articulação entre trópicos, doença, raça e civilização, como também figurou como uma das moléstias de interesse no meio científico, que se mostrava empenhado na construção de um protocolo de pesquisa voltado para investigação das doenças dos trópicos (CABRAL, 2013, p. 51).

Segundo Souza (2009), a lepra foi incluída por Patrick Manson em seu manual *Tropical diseases: a manual of diseases of warm climate*, considerado um marco para a determinação das doenças tropicais em fins do século XIX. Conforme a autora, Manson afirmou que doenças como a lepra e a peste, apesar de não dependerem de condições climáticas e ambientais, são predominantes nos trópicos pelo “[...] grau de civilização, como fator que influencia a propagação das doenças, e o relaciona ao clima quente” (SOUZA, 2009, p. 28).

Tomando como referência outros autores, Patrick Manson sublinha que a falta de higiene e a pobreza eram fatores relacionados à predominância da lepra em determinados locais. O raciocínio indica a forma peculiar de enxergar as regiões tropicais por Manson e autores

contemporâneos ao fazerem relações entre clima quente e atraso social das populações dessas zonas (SOUZA, 2009, p. 30).

Numa interpretação de Reinaldo Bechler (2008, p. 11), Diana Obregon, na obra *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia* (2002), considera esse período da história da doença como um momento “colonial” ou “tropical” no sentido de ter ocorrido um olhar etnocêntrico europeu, associando o regresso da enfermidade à expansão comercial imperialista, quando as colônias seriam convertidas em potentes propagadores da doença. Também no caso da lepra, o clima quente desses territórios seria atributo indiscutível para ocorrência da doença, apesar da moléstia nunca ter sido debelada dos países de clima frio europeus como a Noruega, fato sempre menosprezado pelos cientistas.

Autores de um estudo clássico sobre a lepra, obra que espelha o pensamento de patologização dos trópicos, os médicos Leonard Rogers e Ernest Muir<sup>32</sup>, ao discorrerem sobre a propagação da lepra no Ocidente, afirmam que, ao mesmo tempo que a enfermidade declinava na Europa, ela era “transportada” para o Ocidente a partir das descobertas das Índias Ocidentais e do continente americano e que os povos que se “[...] estabeleceram longe do íntimo convívio com os imigrantes europeus, africanos e asiáticos permaneceram livres da lepra [...]” (ROGERS; MUIR, 1937, p.7). Os médicos elaboraram quadro e mapa a partir de consulta a obras produzidas entre o final do século XIX e as duas primeiras décadas subsequentes para demonstrar a incidência da doença por 1000 habitantes e sua distribuição mundial (Figura 2).

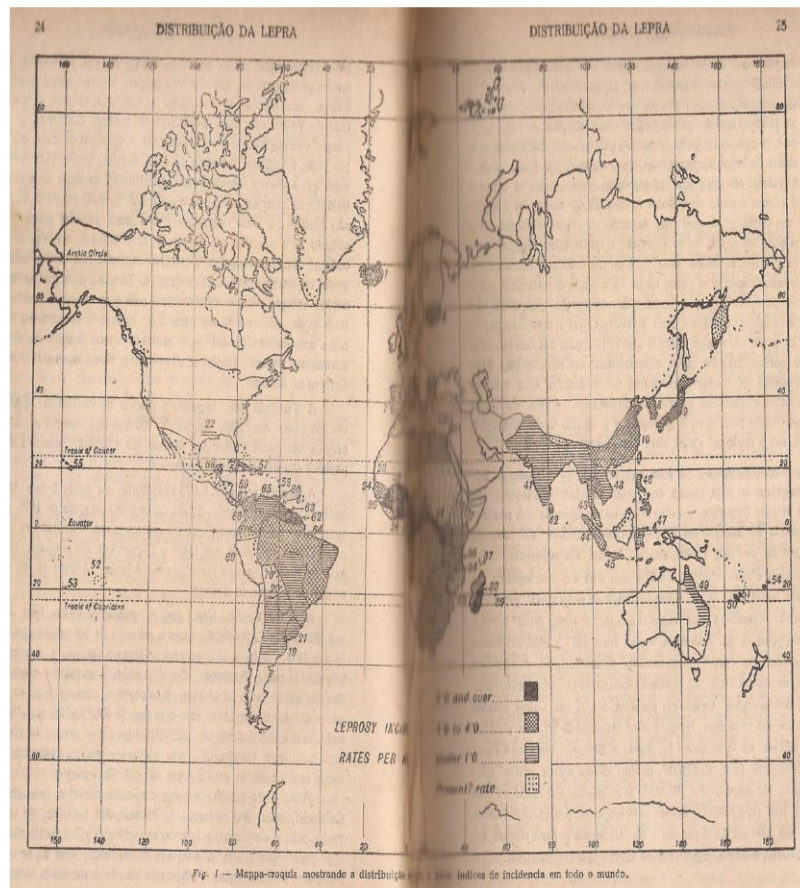
Os autores concluíram que “[...] o facto mais notavel evidenciado no mappa e nos quadros é que, todo paiz com mais elevado índice de 5 a 60 por mil está situado dentro dos trópicos [...]” (ROGERS; MUIR, 1937, p. 12). Quanto às características desses países, mencionam as grandes chuvas com produção de um clima quente e úmido; locais habitados pelas “raças de cor”, de

---

<sup>32</sup> Leonard Rogers e Ernest Muir foram médicos nascidos no Reino Unido, mas que se estabeleceram na Índia e lá cursaram um caminho de estudos dedicados à lepra no decorrer das duas décadas iniciais do século XX. Nascido em 1868, Rogers ingressou no Serviço Médico da Índia em 1893. Estudou várias doenças tropicais, mas a lepra lhe despertou maior interesse por questões sociais e científicas. Seu trabalho foi fundamental para construção da Escola de Medicina Tropical de Calcutá em 1914. Deixou a Índia em 1920 por questões de saúde, tornando-se professor na *London School of Tropical Medicine* no ano seguinte e fundador da *British Empire Leprosy Relief Association* (BELRA) em 1923. Em 1925, publicou a obra *Leprosy* em parceria com Ernest Muir, escocês nascido em 1880 que iniciou trabalhos como missionário médico na Índia em 1908. Na década de 1920, Muir vinculou-se à Escola de Medicina Tropical de Calcutá para a realização de um inquérito sobre a lepra. Ambos interessaram-se pela investigação da eficácia do óleo de chaulmoogra no tratamento da doença e pelos aspectos da epidemiologia e profilaxia da lepra. Disponível em: <http://leprosyhistory.org/database/person42>; <http://leprosyhistory.org/database/person6>. Acesso em: 11 fev. 2018.

um baixo grau de civilização, morando em casas pequenas, primitivas e demasiadamente lotadas, reunindo, portanto, todas condições favoráveis à disseminação da lepra. Tais descrições indicam a vinculação entre lepra e trópicos num decurso de tempo que adentra o século XX.

Figura 2 – Mapa-croquis mostrando a distribuição da lepra e seus índices de incidência em todo o mundo



Fonte: Rogers e Muir (1937).

Apesar das ressalvas quanto à escassez dos dados, pois na maior parte dos países apenas os casos mais avançados e característicos eram conhecidos e contabilizados, Rogers e Muir identificaram e classificaram as zonas de maior incidência. A primeira delas foi a África Equatorial, com as mais altas taxas do mundo, a exemplo do distrito de Ebolawa e Costa do Marfim Francesa, com índices de 130 e 60.7 por mil habitantes<sup>33</sup>, respectivamente; em seguida, foi relacionada a zona Indo-Malaya-Oceania, onde estavam incluídos os Estados Malayos, regiões da Índia, Indochina e províncias da China Meridional, Ilhas da Oceania, Ilhas Marquesas e Hawaii; finalizando as regiões de maior incidência, os autores mencionam a zona

<sup>33</sup> Os autores deixam dúvidas quanto à métrica utilizada. Em todo o trecho em que discutem as taxas de incidência, a medida é apresentada em determinado número de casos por mil habitantes, entretanto, no parágrafo específico sobre a África Equatorial, o iniciam falando em “porcentagens”. No caso, por considerarmos mais coerente com o utilizado pelos autores ao longo de sua análise, julgamos ser mais pertinente o uso da medida por 1000.

das Índias Ocidentais e o Norte da América do Sul, “[...] com índices de 1.7 em Trinidad e 0.83, 19.1 e 25 por mil nas Guianas Inglesa, Francesa e Holandesa, assim como uma alta incidência na Colômbia (1.31) e regiões do Brasil” (ROGERS; MUIR, 1937, p. 13).

Leonard Rogers e Ernest Muir afirmavam que as condições que se mostravam favoráveis à lepra, ou seja, locais de civilização e higiene rudimentares como as verificadas nas áreas tropicais, tinham semelhanças às precárias condições de vida da Europa no período entre os séculos XI e XV, quando a lepra experimentou maior incidência naquela região.

Um baixo grau de civilização, acompanhado de grandes deficiências higiénicas é o mais importante fator de influência na predominância da lepra, como está evidenciado pela extensa infecção da Europa, na Idade Média, pois vimos já (p.4) que um dos factores no desaparecimento da lepra como doença autóctone, da maior parte da Europa, foi o real melhoramento das condições sob as quais vivia o povo. Além disso, nas regiões tropicais e subtropicais nas quais a lepra é agora mais predominante, tais como a África Central, Índia, China Meridional, Maláia, Oceania e América do Sul, as condições sob as quais vivem os numerosos e paupérrimos habitantes são quase semelhantes daquelas da Europa durante o período de maior frequência da lepra pelos séculos 11 a 15 (ROGERS; MUIR, 1937, p. 57).

Ao continuar na descrição das condições que favoreceriam a incidência da doença, os médicos Rogers e Muir, além de arrolarem as casas defeituosas e sua superlotação, identificaram também a promiscuidade geral e sexual; a influência de certos costumes sociais, como o de comer no mesmo prato ou fumar o mesmo cachimbo; a deficiência de alimentação e o hábito de andar descalço. Ao tratar de cada um deles, os médicos destacaram como tais condições eram comuns entre os pobres dos climas tropicais.

A respeito da contagiosidade da lepra, Rogers e Muir discutem a participação de insetos em sua transmissão. Relacionam estudos ocorridos entre 1903 e 1922 envolvendo pesquisas com moscas, parasita da sarna, piolhos e carrapatos. As pesquisas investigavam a presença do bacilo nos intestinos, fezes ou patas desses insetos e a relação com a transmissão da lepra.

[...] Os meios pelos quais os insetos podem possivelmente transportar os bacilos da lepra do doente para o sadio, compreendem: 1º - Transporte mecânico dos bacilos, de um leproso ulcerado para uma ferida ou efração de uma pessoa sã, pelas moscas; 2º - Insetos perfuradores tais como o “*Acarus scabei*” podem conduzir bacilos de lepra através da pele ou proporcionar vias de acesso aos germes para os tecidos conjuntivos sub-cutâneos; 3º - Insetos sugadores de sangue, tais como os mosquitos, carrapatos, piolhos e percevejos, podem tirar bacilos de lepra dos tecidos cutâneos leproso e depositá-los na superfície do corpo de pessoas sadias, descarregando os bacilos pelas suas excreções na visinhança das minúsculas lesões causadas por suas picadas, permitindo assim o método contaminativo da infecção [...] (ROGERS; MUIR, 1937, p. 107).

Os médicos ainda afirmam que há a possibilidade de que qualquer inseto “picador” produza punções da pele propiciando aos bacilos avançar na superfície do corpo e procurar acesso para se alojar e multiplicar. Vinculam essa possibilidade às condições de “[...] estreita afinidade que se julga existir entre calor e humidade e a alta incidência da lepra [...]” (ROGERS; MUIR, 1937, p. 107).

Nesse sentido, o grupo de argumentos postos pelos autores demonstra que os trópicos reuniam um conjunto de condições explicativas para a disseminação da doença. Tais territórios forneciam elementos para o estudo da enfermidade, ao mesmo tempo que propiciavam a vinculação da lepra às condições ambientais, como clima e umidade, mas sobretudo à falta de civilização e aos hábitos e costumes dos nativos das terras tropicais. Assim, a compreensão da lepra como um problema dos trópicos, portanto, dos outros, coloca tais regiões em posição inferior.

No Brasil, no decurso dos Oitocentos, presenciamos a associação da lepra aos aspectos apresentados pela geografia médica a respeito das enfermidades de ocorrência nas áreas tropicais, mas observamos principalmente muitas incertezas sobre a origem e a transmissão da doença. Médicos e cientistas brasileiros conduziram suas pesquisas e debates afinados com as discussões internacionais numa tentativa de compreender o mecanismo da moléstia e quais medidas poderiam frear sua disseminação. Nesse sentido, pesquisas sobre as formas de transmissão da lepra, a discussão da hereditariedade, a possibilidade da participação de vetores e a influência do meio físico e dos costumes foram questões que povoaram os debates entre os estudiosos e dinamizaram instituições principalmente na segunda metade do século XIX.

## 2.6 PERSPECTIVAS SOBRE CAUSALIDADE E TRANSMISSÃO DA LEPROSA: ECOS EM TERRITÓRIO NACIONAL

Ao longo do século XIX, a lepra foi sendo percebida como uma doença de importância dentro do quadro nosológico brasileiro e o tema reuniu esforços para construção de conhecimentos alusivos à determinação das causas da doença, seu quadro clínico, sintomas, terapêutica, profilaxia e diagnóstico diferencial em relação a outras enfermidades, como a sífilis e as elefantíases. Os empenhos empreendidos no sentido de esclarecer essas questões revelaram incertezas e os discursos produzidos acerca da transmissão e etiologia da doença contemplaram os elementos da raça, eugenia, ambiente, hereditariedade e contágio. No entanto, toda essa

diversidade de perspectivas interpretativas presentes nos discursos sobre a doença foi coerente com os paradigmas científicos do período e com os debates estrangeiros sobre a enfermidade.

Assim, na tentativa de perceber essa diversidade de interpretações sobre o aspecto da etiologia e da transmissão da doença, trataremos de algumas contribuições enunciadas por estudiosos no Brasil, considerando o período em torno do descobrimento do bacilo até a proximidade do século XX, quando o micróbio foi reconhecido como única causa da doença por meio de consenso científico firmado na Primeira Conferência Internacional sobre Lepra, Berlim, em 1897.

Trabalhamos com relatórios dos médicos João Pereira Lopes (1869) e José Jerônimo Azevedo Lima (1880), ambos do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro. O contato com tais documentos foi possível a partir da obra de Souza-Araújo<sup>34</sup> — *História da lepra no Brasil* —, que transcreveu os relatórios na íntegra no primeiro volume de seu trabalho (1946). Também foram utilizadas publicações feitas em periódicos de divulgação de matéria médica da época: *Annaes de Medicina Brasiliense* (1845), *O Brazil Médico* (1893) e *Gazeta Médica da Bahia* (1888, 1897), além de periódicos de circulação local, no intuito de perceber a veiculação das ideias sobre causalidade e transmissão da doença em âmbito regional: *O Estado do Espírito Santo* (1899) e *O Cachoeirano* (1913), cujos artigos são apresentados por indicarem que a força das ideias as fez adentrar o século XX.

Assim, buscando perceber a construção da lepra como objeto de preocupação e estudo para a medicina, Cabral (2006) afirma que, na primeira metade do século XIX, as discussões em torno do diagnóstico e da descrição da lepra marcaram o processo de sua compreensão como uma entidade patológica distinta. A doença tornou-se tema regular no meio médico e foi integrada

---

<sup>34</sup> Heráclides César de Souza-Araújo (1886-1962) concluiu o curso de Farmácia pela Escola de Farmácia de Ouro Preto em 1912 e, no ano seguinte, ingressou no curso de Medicina da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e no Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Por indicação de Adolpho Lutz, de quem foi aluno, especializou-se em dermatologia sanitária na Universidade de Berlim, onde apresentou trabalho sobre a lepra no Brasil. Estagiou no Hospital de Lázaros e atuou na implantação de programa de contra a lepra no Paraná em 1917. Entre 1936 e 1958, foi professor de Leprologia em diversas universidades. Ministrou cursos de atualização para leprologistas pelo Departamento Nacional de Saúde, após criação do Serviço Nacional de Lepra em 1941. Contribuiu para a criação da Sociedade Internacional de Leprologia, onde ocupou o cargo de vice-presidente entre 1932 e 1956. Foi perito da Organização Mundial da Saúde em leprologia entre 1957 até a data de seu falecimento. Disponível em: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/heraclides-cesar-de-souza-araujo>. Acesso em: 21 maio 2018. Em sua obra *História da Lepra no Brasil*, Souza-Araújo não só registrou seus pareceres, como também reproduziu na íntegra documentos e artigos originais de relevância para a trajetória histórica da doença no país, propiciando contato com fontes que nos fornecem elementos para compreender a construção cultural da enfermidade, as medidas de política pública e as intervenções e interpretações médicas. O arco temporal da obra completa abrange desde 1500 até 1952, demonstrando o fôlego e o investimento do autor.



ao contexto científico nacional partir de 1840. A evolução dos estudos e das pesquisas sobre sua etiologia e os cuidados terapêuticos foi registrada em debates nos espaços acadêmicos, nas sociedades científicas e nos periódicos médicos (CABRAL, 2006).

A presença e a circulação do tema nesses dispositivos foram influenciadas também pelo cenário da enfermidade, que já se fazia notar em todo território nacional segundo artigo publicado por Azevedo Lima em 1897. Tomando por base os levantamentos feitos no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, o autor do trabalho afirma que em todas as unidades da confederação havia registros de doentes leprosos admitidos pelo hospital. Em estatística sucinta que considera o ingresso de doentes desde o início do século até a data de 30 de junho de 1897, Azevedo Lima<sup>35</sup> contabilizou 2.090 pessoas internas, das quais 1.247 homens e 843 mulheres. Apesar de afirmar que a doença se encontrava em todas as unidades, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo tinham maior representação de ingressos no hospital, o que é justificado pela proximidade geográfica com o nosocômio. Quanto à faixa etária, a mais frequente estava entre 18 e 50 anos, embora o hospital tivesse recebido pacientes com idades entre 2 e 80 anos (LIMA, 1897, p. 267). A estatística desse serviço dá uma dimensão da abrangência territorial da doença, uma vez que o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro era referência para a enfermidade, sendo espaço de experimentação terapêutica e pesquisas reconhecido pelo meio médico científico à época.

Segundo Curi (2002, p. 71), o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro teve origem por meio da doação da Casa dos Jesuítas de São Cristóvão em 1763 pelo Rei de Portugal, com a aceitação da Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária em administrar o hospital. Dadas tais condições objetivas, foi instalado o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, que recebeu 52 leprosos que estavam recolhidos em asilo inaugurado em 1741 pelo governador e capitão general Gomes Freire de Andrade.

---

<sup>35</sup> José Jeronymo Azevedo Lima (1850-1912), médico dedicado aos estudos e tratamento da lepra e da tuberculose, assumiu a direção do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro em outubro de 1879 (SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 482). Permaneceu na direção até 1900 e seu período na instituição marcou uma ruptura na abordagem que o problema da lepra tivera anteriormente no Hospital dos Lázaros, sendo um defensor da contagiosidade da doença. Durante a década de 1880, experimentou no hospital inúmeros medicamentos de efeitos e propriedades diferentes, como ácido fênico, ácido ginocárdico, iodureto de potássio, ácido pyrogálico, salicilato de sódio, crysaborina, bálsamo de gurjun e o óleo de chalmoogra. Azevedo Lima patrocinou, no Hospital dos Lázaros, as pesquisas desenvolvidas por Adolfo Lutz sobre a morfologia do *Bacillus leprae* e as tentativas de cultura *in vitro* e de transmissão experimental da lepra para animais (COSTA, 2007).

Nas últimas décadas do século XIX, período de mudanças significativas na condução do tratamento e nas pesquisas sobre a doença, o hospital despontou como o centro mais importante nessa área (COSTA, 2007, p. 87). Seu Laboratório Bacteriológico foi instalado em meados dos anos 90 (1894) com “[...] instrumentos, utensílios e medicamentos [...]” importados da Alemanha (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 5) e, com esse incentivo, o Hospital dos Lázaros qualificaria os estudos ali desenvolvidos, alinhando-os aos protocolos científicos mais atuais para o período, com ampliação dos esforços para que o conhecimento sobre a lepra no Brasil se consolidasse.

Nesse sentido, além da situação epidemiológica da doença, os debates, os estudos e as pesquisas relativos a suas causas, sintomas, terapêutica e profilaxia contribuíram para que a moléstia fosse incorporada ao quadro nosológico nacional. Todo esse processo envolveu personalidades do meio médico, mas também provocou a (re)organização de instituições, como o caso do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, ambiente que extrapolou o aspecto assistencial e se tornou referência para a produção do conhecimento sobre a doença. Essa produção contemplou perspectivas sobre causalidade e transmissão da lepra nem sempre confluentes, a que nos dedicaremos a seguir.

### **2.6.1 Lepra no Brasil e condições tropicais**

O debate sobre a etiologia da lepra no século XIX reuniu no Brasil elementos da anatomopatologia, do higienismo e da climatologia, de maneira que diferentes fatores postularam a explicação para a etiologia da doença: hereditariedade, clima quente e úmido, alimentos, bebidas, ar ou habitação (CABRAL, 2013, p. 93).

Repercutiram-se no Brasil as análises que associavam a doença às zonas tropicais, de maneira que vinculações da lepra ao clima, aos hábitos alimentares e aos costumes estiveram presentes, sugerindo que a doença estaria associada a um contexto civilizatório inferior, como o encontrado em países europeus em séculos passados. Estivemos sob efeito do que Edler (2011) denominou de “metáfora tropical”, ou seja, impactados por uma alusão aos trópicos que demarcou mais uma vertente na especialização do conhecimento médico com a climatologia médica dando ênfase a “[...] um grupo de doenças mais comuns naquela região, aliada às disciplinas microbiológicas emergentes no meio médico: parasitologia, helmíntica, protozoologia, microscopia e bacteriologia.” (EDLER, 2011, p. 108).

Conforme Edler (2011, p. 32), o século XIX manteve acesa a tradição científicista de que o entendimento da história humana passaria pela compreensão das influências mesológicas, ou seja, das interferências do meio natural nessa trajetória histórica. Segundo o autor, a ressonância de tais ideias no ambiente cultural brasileiro se fez sentir na segunda metade do século XIX.

Assim, sob essa vertente de patologização dos trópicos, vamos perceber a exposição e a defesa de argumentos médicos no Brasil, articulados ao conhecimento produzido no contexto europeu, que reconheciam as zonas de climas tórridos como portadoras de condições e costumes propícios para desenvolvimento de patologias. Tal discurso afetou a compreensão das doenças que acometiam os brasileiros e a lepra não foi uma exceção. Assim, hábitos alimentares, costumes sociais e clima quente foram temas associados ao seu desenvolvimento.

Em *Reflexões sobre a Morphea*, publicado em 1845 nos *Anaes de Medicina Brasiliense*, o médico Francisco de Paula Candido (1805-1864)<sup>36</sup> abordou a importância dos alimentos entre as causas da lepra, em especial os pinhões, os frutos da sapucaia e o mendubi, relacionando-os às condições climáticas:

A composição oleosa, e farinácea destes fructos é certamente a causa de seu funesto predicado, a produção da morphêa. Sem dúvida em outros climas e latitudes, nem estes fructos nem outros igualmente oleosos, como nozes, amêndoas, castanhas &c, produzem as elephantiasis, reservada aos paizes quentes, ou intertropicaes: a razão é que n'essas outras latitudes, nesses climas frios a respiração reduz pela oxidação o excesso dos elementos combustíveis, que os princípios immediatos dos óleos, ou outros alimentos communicam ao sangue [...] (CANDIDO, 1845, p. 254).

Na descrição de Paula Candido, os hábitos alimentares relacionados à produção da lepra são potencializados pela ação do clima e latitude tropicais, que, articulados, desempenham particular intervenção nos corpos para o desfecho da patologia. Mais adiante em seu texto, Paula Candido declarou estar “persuadido” de que a morfeia poderia provir do uso prolongado dos alimentos e relaciona em primeiro lugar o café, a cerveja, o vinho, os licores, a pimenta da Índia.

---

<sup>36</sup> Francisco de Paula Candido nasceu em 2 de abril de 1805, província de Minas Gerais. Frequentou cursos superiores em Paris entre os anos de 1825 e 1832, tendo obtido em 1829 o grau de bacharel em Letras e, pouco tempo depois, o de bacharel em ciências médicas. Desenvolveu estudos sobre a morfêa, o cólera-morbus e a etiologia da febre amarela. Participou da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro desde seus primeiros anos e foi o primeiro presidente da Junta de Higiene Pública, criada 1850. Destacou-se pelo enfrentamento à epidemia de cólera-morbus que atingiu a província do Rio de Janeiro, em 1855. Faleceu em 5 de abril de 1864 na cidade de Paris. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/ah/pt/verbetes/canfranpa.htm#trajetoria>. Acesso em: 15 maio 2018.

No Espírito Santo, mesmo num lapso temporal de mais de 50 anos após a comunicação de Paula Candido, a veiculação de ideias fazendo alusão a hábitos alimentares relacionados à lepra pode ser percebida em texto extraído da obra *Cultura dos Campos*, de autoria de Assis Brasil, publicado no periódico *O Estado do Espírito Santo*<sup>37</sup>, em 1899. No texto, o autor faz uma rápida retrospectiva sobre a origem do milho, seu cultivo por civilizações americanas avançadas e sua importância alimentar, além da vasta utilidade de todas as partes do vegetal, entretanto pondera que a ingestão do milho pode estar associada à “pellagra”, doença que, segundo o autor, se inicia como uma lepra. Independentemente da coerência entre as enfermidades, a inclusão da lepra numa associação entre doença e alimento se faz notar.

Há populações inteiras na América, e mesmo na Europa, que fazem do milho a base da sua subsistência. Existe, porém, um sério perigo nesse systema de alimentação — è o aparecimento da terrível enfermidade chamada *pellágra*. Esta doença, muito commum nos povos que se alimentam quasi exclusivamente de milho, começa como uma especia (sic) de lepra nas partes descobertas do corpo — cara, pescoço e mãos [...]. (BRASIL, 1899, p. 1).

A transmissão da doença, ancorada na tese da hereditariedade, encontrou árdua defesa em Paula Candido em *Reflexões sobre a Morphea*. O médico demonstrou-se confiante na transmissão entre as gerações, porém sua convicção não foi suficiente para explicar casos em que descendentes de pais adoentados não apresentavam a enfermidade.

Que a morphêa se transmite de pai a filhos, é factó que só poderá negar quem não praticou no Brasil a medicina; quem ainda não observou este mal, perpetuar-se entre os descendentes de morpheticos. Não queremos com isto dizer que o descendente do morphetico esteja irrevogavelmente sentenciado á este horrendo mal, nem tambem, que só ao descendente de parentes morpheticos pertença exclusivamente tão medonho destino; mas o certo, o inegavel é, que em inúmeros doentes nenhuma causa se encontra senão a hereditariedade: convençam-se as autoridades d’esta asserção admitida ao menos por todos os médicos brasileiros (CANDIDO, 1845, p. 258).

Em seu resumo sobre a transmissão da doença, enfatiza, além dos alimentos e clima quente, a transmissão hereditária ou pelas amas africanas morféticas. Aconselha o médico que, por ser a hereditariedade “[...] factó incontestável, para evitar o perpetuar-se uma geração de infelizes, forçoso é não só embaraçar os lados conjugaes, como impedir o trafico sexual clandestino; assumpto delicadíssimo!! [...]” (CANDIDO, 1845, p. 274).

<sup>37</sup> Periódico fundado em 15 de março de 1882 por José de Melo Carvalho Muniz Freire e Cleto Nunes Pereira, com o título de *A Província do Espírito Santo*. Em 1889, com o advento da República, passou a denominar-se *Diário do Espírito Santo* e, no ano seguinte, *Estado do Espírito Santo*. Suas publicações eram em grande parte reproduzidas de jornais nacionais, sobretudo do Rio de Janeiro e São Paulo; de notícias internacionais (Itália, Alemanha, França e Inglaterra), além de transcrições de matérias de revistas estrangeiras (ZANETTI, 2005).

Nina Rodrigues<sup>38</sup> (1862-1906) em artigo denominado *Contribuições para o Estudo da Lepra na Província do Maranhão*, publicado na *Gazeta Médica da Bahia* (1888, p. 112), ao descrever a ocorrência da lepra na localidade de Anatajuba, Maranhão, dedica-se a nomear características do local e dos hábitos da população relatando que “[...] Em relação à alimentação, os habitantes de Anajatuba são verdadeiros ichthyophagos. O peixe e a farinha de mandioca constituem os elementos básicos da alimentação [...]”. Sua descrição sobre as condições de moradia e ambiente de uma população exposta ao risco da lepra sugere situações propícias para a ocorrência do mal.

Em relação às habitações, procuraram os habitantes para evitar a humidade adaptar as construcções ás condições particulares do termo e foram resuscitar de alguma forma os palacetes, edificando casas sobradadas sobre columnas de madeira, verdadeiros jurões de grande solidez. Infelizmente, porém, nem todos podem gozar os benefícios desta edificação mais dispendiosa, nem os poucos que as possuem podem aproveitá-las, consentindo que por baixo abriguem-se animais domésticos com grave infracção das regras hygienicas. Têrreas e pela maior parte cobertas de palha, pode-se dizer que, em regra geral, na estação invernososa as casas deixam os moradores expostos a todos os rigores da humidade (RODRIGUES, 1888, p. 113).

Nina Rodrigues reconhece que o problema da lepra teve merecido empenho da ciência nos estudos sobre as causas da manifestação da doença, da etiologia e propagação do mal pela herança e contágio, dos efeitos curativos ou preventivos da terapêutica clínica ou da higiene. Entretanto, demonstra certa frustração com os reais avanços obtidos sobre o tema no Brasil e aponta lacunas no conhecimento produzido que ao seu ver é incompleto.

Os profissionaes da Bahia, do Rio de Janeiro, de S. Paulo, particularmente os Srs. professor Pacifico Pereira, Drs. Silva Lima, Júlio de Moura e Lutz têm procurado, cada um de per si, trazer ao esclarecimento da questão o valioso contingente dos seus trabalhos. Apesar de tudo isso, porem, persistem grandes lacunas no conhecimento que temos da lepra no nosso paiz. Desde a sua geographia real até as particularidades de evolução e manifestações clínicas, o conhecimento que temos da lepra no Brazil é, de facto, fragmentário (RODRIGUES, 1888, p. 105).

Não sendo um estudioso dedicado ao tema da lepra, Nina Rodrigues o fez por estar convicto de que a extensão do território brasileiro e as dificuldades de estudo nos centros despovoados das províncias tornavam difícil uma exata compreensão da magnitude da moléstia. Acreditava que o “[...] conhecimento completo da lepra no Brazil está destinado a se formar por meio das

---

<sup>38</sup> O médico Nina Rodrigues é reconhecido por seus trabalhos e pesquisas, sobretudo na área da antropologia criminal. Segundo Lilia Schwarcz (2015), em finais do século XIX, no contexto conturbado que marcou a abolição da escravidão e a proclamação da República, Nina Rodrigues empreendeu esforços na construção de uma teoria e uma prática que apontariam para a existência de diferenças ontológicas entre raças, além de preocupar-se pela demonstração do risco da degeneração em um país de população mestiça.

contribuições parciais que forem prestando aquelles a quem as circunstancias e a dedicação à sciencia collocarem em condições de poder fazel-o.” (RODRIGUES, 1888, p. 106).

Entre os expoentes dedicados ao esclarecimento de questões relacionadas à lepra, mencionados por Nina Rodrigues, tomemos a contribuição de Adolpho Lutz<sup>39</sup> (1855-1940), cientista que se tornou uma das maiores autoridades sobre lepra no Brasil, investigando a doença até os últimos dias de sua vida. Coerente com a percepção de que tivemos diversas perspectivas de interpretação sobre a lepra, Benchimol e Sá sustentam que, no período em que o médico se interessou pela patologia, o debate que a cercava estava permeado de “[...] grandes turbulências teóricas e práticas, envolvendo concepções conflitantes sobre sua etiologia, seu modo de transmissão e sua profilaxia” (BENCHIMOL; SÁ, 2004, p. 27).

Adolpho Lutz divulgou seu primeiro estudo sobre o micróbio da lepra quando estava na Alemanha, em 1886, na *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, importante revista de repercussão internacional que tratava de experiências clínicas e laboratoriais sobre doenças dermatológicas, reunindo profissionais de vanguarda em pesquisas nas áreas de histologia, anatomopatologia e bacteriologia da doença. Nesse estudo, Lutz defendia que o agente causador da lepra não pertencia à categoria dos bacilos e que seu componente elementar se assemelhava a um coco. Sua análise o fez propor que o bacilo de Hansen fosse chamado de *Coccothrixleprae*, proposta superada dez anos depois quando cientistas incluíram os agentes da lepra e da tuberculose ao gênero *Mycobacterium* (BENCHIMOL; SÁ, 2004).

Para Diltor Opromolla, autor do prefácio de *Adolpho Lutz: obras completas* (2004) e pesquisador do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru/SP, desde o início dos estudos sobre a enfermidade, Lutz defendia que a transmissão da lepra ocorria por ação do mosquito, entretanto foi ao longo de toda sua permanência no Havaí, entre 1889 e 1892, que tais estudos foram amadurecidos. Lutz sustentava que a transmissão da doença não dependia de fatores hereditários e que o contágio seria atribuído à picada de mosquito do gênero *Culex*. Em sua estada no Havaí, Lutz também despendeu parte de seu tempo ao tratamento de pacientes

---

<sup>39</sup> Adolpho Lutz (1855-1940), natural do Rio de Janeiro, médico formado pela Universidade de Berna com importantes contribuições nas áreas de parasitoses de animais silvestres e domésticos, lepra, ancilostomíase, febre amarela, tuberculose, doenças de pele e do intestino. De 1893 a 1908, esteve à frente do Instituto Bacteriológico de São Paulo, onde se destacou como o quadro mais experiente e preparado de um grupo de médicos que foram, no Rio de Janeiro e em São Paulo, a vanguarda dos processos de instituição das medicinas pasteuriana e tropical. No mesmo período, desenvolveu pesquisas importantes e engajadas nos domínios da bacteriologia, epidemiologia, entomologia e parasitologia. Em 1908, ingressou no Instituto Oswaldo Cruz (IOC), abandonando o instituto paulista. Um dos capítulos mais interessantes de sua obra diz respeito à lepra, tornando-se uma das maiores autoridades no Brasil (BENCHIMOL, 2003).

internados no leprosário em Molokai, destinado às pessoas com diagnóstico confirmado da doença, considerados, portanto, incuráveis. A experiência tão próxima aos doentes em muito contribuiu para seu estudo, que era bastante coerente e “[...], também estava de acordo com a época, em que se mostrou que grandes endemias como a febre amarela e a malária estavam relacionadas à ação de pernilongos. [...]” (OPROMOLLA, 2004, p. 16).

A discussão que Lutz trazia estava, portanto, em conformidade com outras observações no meio científico, que atribuíam ao mosquito a veiculação de microrganismos patogênicos, pois, de acordo com Rosen (2006, p. 235), na década final do século XIX e nos anos iniciais do século XX, diante da necessidade de ampliar o conhecimento sobre as origens e formas de infecção, “[...] uma série de investigações revelaram a parte desempenhada por vetores, ou intermediários, na transmissão [...]” de algumas doenças em que novos casos se davam sem que se identificasse o contato direto com uma pessoa doente, sugerindo a presença de outro fator no processo de disseminação. A hipótese de participação de vetores na transmissão da lepra foi cogitada por décadas, demonstrando a vitalidade do argumento, tendo em vista a permanência de incertezas sobre o processo de transmissão do bacilo.

No Espírito Santo, artigo intitulado *A mosca doméstica*, matéria reproduzida de *O Estado de S. Paulo* pelo jornal *O Cachoeirano*<sup>40</sup>, declarava que a mosca doméstica vinha merecendo atenção dos homens de ciência e que em toda parte, como nos Estados Unidos da América do Norte, havia o empenho no extermínio de tal inimigo:

Se nos lembrarmos de que a mosca transmite a tuberculose, o cholera, a dysenteria, a diarrhéa infantil, o typho e, segundo uma comunicação publica no “Bulletin do Institut Pasteur”, de Paris, até a lepra, a horrível e lendaria (sic) lepra, acharemos que é pouco todo o ardor na lucta contra um tal inimigo [...] (IGLESIAS, 1913, p. 1).

Com Souza-Araujo (1941), temos a descrição de sua experiência em pesquisas envolvendo a participação de carrapatos. O leprologista registrou a existência de bacilos considerados vivos em intestinos desses parasitas, declarando que a espécie estudada (*Amblyomma*) poderia ser um vetor ocasional da doença. Considera que diante da “[...] abundancia de carrapatos em todo o

---

<sup>40</sup> Segundo Santos (2013), *O Cachoeirano* foi um periódico de Cachoeiro de Itapemirim, fundado em 1877 por Luiz de Loyola e Silva. Refletiu a história do movimento republicano e da República no Espírito Santo. Até 1890, o jornal se intitulava “órgão do partido republicano”. Após junho de 1890, passou a ser o órgão oficial do Clube Republicano 4 de Maio e, logo após, da União Republicana Espírito-Santense, partido de oposição criado no mesmo ano.

Brasil e sendo a lepra endemo-epidêmica nas zonas rurais de certos Estados, é de urgente necessidade o esclarecimento definitivo desses fatos” (SOUZA-ARAÚJO, 1941, p. 583).

Insistentemente defendida por Lutz, a transmissão pelo mosquito foi tema durante a Conferência de Unificação da Campanha contra a Lepra em 1933. O cientista estava convencido de que lacunas na explicação de processos em que a doença foi adquirida poderia ser suprida pela presença de “transmissores”.

Já chamei a atenção sobre o fato de que a maneira de transmissão de uma moléstia infecciosa, mas não contagiosa, em determinados lugares indica claramente que ali faltam transmissores ou, pelo menos, que são muito raros, ao passo que nos focos epidêmicos são muito abundantes. Eis por que a lepra não se transmite nas grandes capitais da Europa. Eis também por que um ou poucos doentes podem provocar, em alguns anos, uma epidemia considerável em certas localidades, enquanto em outras muitos doentes convivem com grande número de pessoas sadias, sem infeccioná-las (LUTZ, 1933).

Outra perspectiva explicativa para compreensão da lepra em finais do século XIX diz respeito à correlação da doença ao aspecto racial. Embora Cabral (2013, p. 156) afirme que, nos trabalhos em que analisou a doença não esteve circunscrita ao viés de raça, em Nina Rodrigues (1888) podemos perceber que o tema do paradigma racial circulou nos debates relacionados à lepra. O médico discorre sobre duas fontes às quais devem ser atribuídas a enfermidade e apoia-se em posições de outras personalidades com quem partilhava a percepção de que a doença no Brasil tinha um caráter racial, atribuindo sua introdução no país aos colonizadores portugueses e aos escravos africanos.

A duas fontes devemos atribuí-la: aos colonos portugueses entre os quaes ainda hoje a lepra é tão freqüente, como já nos havia feito notar o Sr. Dr. José Lourenço e tivemos ocasião de observar no Rio de Janeiro e aqui mesmo em menor escala; e aos africanos cujo elemento ethnico na população brasileira é tão importante e que, na phrase do professor Leloir, são uma raça infectada de lepra (RODRIGUES, 1888, p. 107).

O tema já tinha sido discutido anteriormente quando Paula Candido (1845, p. 258) afirmou que “desgraçadamente” a transmissão hereditária não era a única a debilitar a população brasileira, pois o leite e o “prolongado contato” com as amas, principalmente morféticas africanas, “[...] se não igualam a hereditariedade, excedem na rapidez da propagação [...]” (CANDIDO, 1845, p. 258). O autor acreditava então que as amas negras atuariam na disseminação da doença de maneira mais contundente e continua seu artigo afirmando que a cor das mulheres esconderia os primeiros sinais de um mal que se tornaria crônico e seria descoberto somente mediante rigoroso exame, ou seja, as marcas da doença seriam camufladas pela cor do órgão sede da doença, a pele.



A origem da doença sempre foi objeto de polêmica, mas, entre os médicos brasileiros do século XIX, era comum a afirmação de que a moléstia não existia entre os indígenas, conforme discorre o Dr. José Jerônimo Azevedo Lima em sua comunicação enviada à Primeira Conferência Internacional sobre Lepra ou, como alguns denominam, I Conferência Internacional de Leprologia, ocorrida em Berlim em outubro de 1897. Para o médico, a quem nos reportaremos mais adiante, a introdução da doença seria atribuída aos portugueses, uma vez que, no século XVI, a enfermidade se alastrava em Portugal, principalmente na parte meridional e nos Açores, e o envio dos doentes para outros países teria sido uma providência contra o mal naquele país como uma estratégia de proteger a parte sã da população. Quanto aos africanos, pondera que, em virtude da vinda de negros para o trabalho escravo, eram selecionados entre os “homens válidos e vigorosos” para que resistissem aos severos trabalhos da escravidão a que eram submetidos. Nesse sentido, afirma: “[...] Devia haver aqui o máximo cuidado na seleção e lá (em Portugal) um esforço na eliminação” (LIMA, 1897, p. 264).

Por outro lado, no mesmo artigo, Azevedo Lima argumenta que, embora houvesse uma larga presença de africanos entre os internos do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro desde o começo do século XIX até o ano de 1897, o fato não implicava uma predileção da doença entre os negros. A explicação residiria no tráfico para o Brasil que lhes impunha uma condição higiênica degradante e “[...] lhes diminuía a capacidade de resistência e os expunha a maior receptividade mórbida, tanto que de 1850 em diante começa a diminuir as entradas delles no hospital, justamente alguns annos depois de ter cessado aquella pratica hedionda” (LIMA, 1897, p. 267).

Contrariamente ao que expôs Nina Rodrigues, Azevedo Lima discorda de que a doença tivesse uma predileção pelos povos negros africanos e acrescentava: “A lepra ataca indistintamente os representantes de todos os povos, de todas as raças. Não são poupados os chins, os africanos, os francezes, os alemães, os representantes de origem mixta [...]” (LIMA, 1897, p. 268).

Assim, o elenco de argumentações apresentadas nos ajudam a perceber não só o grau de incerteza, as especulações e os esforços na compreensão de uma doença que se distinguia no quadro das patologias de ocorrência no país. Percebemos também a presença de um debate ativo e qualificado em torno da doença, no sentido de que os estudiosos demonstram o afinamento e a articulação do pensamento médico brasileiro à produção científica de outros lugares do mundo. Assim, refletindo os debates sobre a doença dentro e fora do país, sobretudo nas últimas décadas do século XIX, percebemos grande intensidade auferida à discussão sobre a

contagiosidade da doença e as formas com que o bacilo alcançaria o corpo sadio e nele faria a doença.

### 2.6.2 Lepra, a “sphyngé indecifrável”

Em um dos volumes de sua obra sobre a história da lepra no Brasil, Souza-Araujo (1946, p. 369) apresenta teses médicas defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que abordaram a questão da lepra entre 1831 (primeiro ano em que o fato foi registrado) e 1860. O leprologista as caracteriza como trabalhos eruditos e elogia os “excelentes” resumos sobre a história da lepra. As nove teses apresentadas se referiam à elefantíase dos gregos e abordavam história da doença, etiologia, sintomas, sede, natureza da moléstia e tratamento.

No entanto, os trabalhos não traziam contribuições sobre os aspectos anatomopatológicos e, com relação à etiologia da doença, os estudantes estavam divididos entre aqueles que acreditavam no contágio e outros que defendiam a hereditariedade. Essa análise é feita sem surpresas por Souza-Araujo, uma vez que correspondia ao pensamento vigente. Assim, na defesa de posições acerca da etiologia e transmissão da doença, encontraremos no Brasil convicções médicas também divididas e em disputa pelo reconhecimento científico e que perpassaram práticas e instituições, a exemplo da experiência do Hospital de Lázarus do Rio de Janeiro.

À frente da instituição, médicos manifestaram posições muitas vezes contraditórias, representando, entretanto, compreensões que repercutiam no meio técnico e científico daquele tempo. Defensor da corrente anticontagionista, João Pereira Lopes<sup>41</sup> discutiu as várias hipóteses etiológicas cogitadas para a lepra, como a alimentar e a climática, entretanto demonstrou acreditar em maior influência da sífilis nos quadros de lepra, conforme registra no relatório de 1869<sup>42</sup>.

Bem longe de supormos, como alguns pathologistas, ser a *elephantiasis* essencialmente de natureza syphilitica, e muito menos a syphilis a *elephantiasis* degenerada, acreditamos todavia que a existencia dela muito influe para o

<sup>41</sup> Joao Pereira Lopes foi médico do Hospital dos Lázarus permanecendo no cargo até maio de 1876. Segundo Souza-Araujo (1946, p 476), a dispensa do cargo foi provocada pela interferência de um leigo nas experiências terapêuticas no hospital. Conforme consta na obra de Souza-Araujo, em 1868 Lopes já ocupava o referido posto.

<sup>42</sup> LOPES, João Pereira. Relatório do movimento e estado do Hospital dos Lázarus precedido de algumas considerações acerca da morfeia, seu tratamento e experiências que se fizeram nesse mesmo hospital no ano de 1869. In: SOUZA-ARAÚJO, Heráclides-Cesar. **História da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Imprensa, 1946. p. 463-471.

aparecimento dessa terrível enfermidade em questão, como já tivemos ocasião de manifestar em nosso relatório do anno passado, e de que cada vez mais nos convencemos pela historia dos doentes d'este hospital (LOPES, 1869 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 464).

Nota-se, assim como afirma Jaime Benchimol e Magali Sá (2004, p. 30), que o médico João Pereira Lopes “[...] era um anticontagionista, posição que parece ter sido dominante entre os médicos de seu tempo [...]”. Admitia uma natureza multicausal para a lepra, apesar de ser mais enfático em algumas hipóteses, como a hereditariedade e a determinação da sífilis na ocorrência da morfeia. Totalmente descrente no contágio, em relatório do ano de 1869, Pereira Lopes relata que as visitas ao hospital eram constantes, sugerindo que inexistia o medo da contaminação entre os leigos que por lá apareciam. Visitar o hospital instalado em um “magnífico” prédio em São Cristóvão (Figura 3) e próximo à residência imperial era muitas vezes um “passeio”, conforme descreve.

Muitas famílias ahi concorrem já a passeio e aos actos divinos sem escrúpulo dessa terrível enfermidade. Longe já vão esses tempos em que a caridade christã fugia espavorida ante essa terrível idéa, graças aos progressos da sciencia, que tão claramente nos tem demonstrado que a idéa do contagio, outr'ora tão sustentada, por Cellio Aureliano, Archigeno e por Cullen, depois de fortemente debatida no vasto e brilhante campo das discussões, tem de todo desaparecido em vista das numerosas observações de abalisados praticos na Africa, America do Norte, Noruega, no Brasil e finalmente na França, por Mrs. Alibert e Biett.

Oxalá podessemos outro tanto dizer da hereditariedade! (LOPES, 1869 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 469).

Figura 3 – Imagem do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro e nota explicativa sobre a obra, exaltando seu aspecto com a atribuição do termo “magnífico”



Fonte: Souza-Araujo (1946).

Segundo Souza-Araujo (1946, p. 462), Lopes descreveu uma série de tratamentos experimentados no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro e demonstrou estar em sintonia com a “[...] terapêutica antileprosa adoptada na Noruega por Danielssen e Boeck, quanto ao uso dos mercuriais e o iodureto de potássio. [...]”. Assim como os médicos noruegueses, Lopes era defensor da teoria da hereditariedade e sua crença nessa vertente foi exposta no relatório onde se respalda em experiências e estudos de outros países:

[...] Nos países onde o mal tem aparecido, a maior parte dos membros dessas famílias tem sido delle affetados. Schilling é de opinião que a transmissão pôde ter lugar depois de muitas gerações, o que parece estar de acordo com o que se dá na Noruega, onde o mal se tem augmentado ao passo que a população cresce (LOPES, 1869 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 469).

Em defesa da tese contagionista e representando uma ruptura no discurso sobre a doença vigente no âmbito do Hospital dos Lázaros, temos o médico José Jeronymo de Azevedo Lima, que esteve à frente da direção clínica a partir de 1879. Azevedo Lima era sectário da perspectiva etiológica da lepra baseada na ação de um microrganismo no corpo humano, afinando-se com as discussões sobre a existência do bacilo e sua contagiosidade conforme apresentadas por Hansen. Segundo Benchimol (2003), sua contratação assinalou um período de mudanças no discurso referente à doença e também nas abordagens terapêuticas, o que o diferenciou de seus antecessores, em particular de João Pereira Lopes.

A instituição ficou sob sua direção até 1900, período em que contestou as concepções que atribuíam a etiologia da doença ao clima quente e úmido, aos hábitos alimentares e à hereditariedade (COSTA, 2007, p. 132). Em seu primeiro relatório<sup>43</sup>, argumentou que a transmissibilidade da lepra era fato notado desde tempos remotos, demonstrando que a prevenção da lepra suscitava medidas severas

A história da elephantiasis dos gregos nos mostra, em todos os tempos e em todos os lugares, a crença da sua transmissibilidade, e contra esta os governos, e até a nossa própria Igreja, prevenindo-se com as mais rigorosas medidas. Era tal o receio do contágio, que Moysés ordenou que todo morfético fosse habitar só, seus vestidos queimados e suas casas demolidas (LIMA, 1880 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 484).

Azevedo Lima, embora entusiasta das descobertas de Hansen, reconhecia a permanência de outras ideias que explicavam a doença e manifestava sua ansiedade, pois, apesar das descobertas, muitas perguntas ainda precisavam ser elucidadas quanto ao processo de adoecimento e o tratamento da enfermidade.

---

<sup>43</sup> LIMA, José Jeronymo de Azevedo. Relatório do Hospital à Candelária, de 30 de Setembro de 1880. Relatório do Medico (1880). In: SOUZA-ARAÚJO, Heráclides-Cesar de. **História da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Imprensa, 1946. p. 482-485.

Os numerosos exemplos de imunidade, observados nas mais estreitas relações de intimidade, têm feito procurar-se a causa da molestia na predisposição hereditária, nas condições climaticas, na constituição physica do solo, no vicio de alimentação, etc., e explicar por fenômenos extrínsecos seu desenvolvimento nos fôcos onde ella reina; mas os estudos modernamente feitos pelo Dr. Armauer Hansen vieram trazer-lhe uma nova phase, que se não é verdadeira, é certamente a aurora de novas descobertas, que devemos saudar com entusiasmo [...] (LIMA, 1880 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 484).

Assim, admirador dos estudos conduzidos por Hansen, Azevedo Lima afirmou que eles trariam uma nova fase para a compreensão da doença e, por isso, os saudava com entusiasmo. Esperava que as conclusões das pesquisas determinassem a causalidade da doença ainda naquele século, assim como o meio de combatê-la. Reconhecia que as investigações ainda precisariam avançar no sentido de verificar a presença do parasita no sangue, bem como a histologia da bactéria carecia de maior precisão. No entanto, apesar das interrogações, considerava que o estágio dos estudos seria suficiente para colocar a doença no quadro das patologias “virulentas”, abalando convicções contrárias.

Como quer que seja, determinadas as condições de existência desses bacteries e estabelecida a sua transmissibilidade, cessarão as duvidas que ainda poderiam existir sobre a verdadeira causa da moléstia. A histologia dos bacteries ainda em via de evolução carece de ser levada a um gráo de precisão mais avançado, pelo que é prematuro considerar-se a questão como julgada; mas nem por isso a doutrina clássica da molestia deixa de receber, em virtude dessa descoberta, um profundo abalo, que sem duvida será fértil em deduções praticas e quiçá virá collocar-a no quadro das affecções virulentas (LIMA, 1880 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 485).

Diante daqueles que acreditavam na não contagiosidade da lepra, Azevedo Lima se impressionava afirmando que tais pessoas esqueciam-se “[...] de que ella póde ser transportada de um lugar infectado para outro onde nunca ella existiu, e ahi se multiplicar pelo contacto dos importadores. [...]” (LIMA, 1880 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 484). Aqui Lima expõe sua posição em defesa da tese contagionista, ao mesmo tempo que sinaliza um cenário de controvérsias e também de convivência entre pontos de vista em disputa por uma matriz explicativa sobre a instalação da doença. Trata-se de um cenário encontrado nas últimas décadas do século XIX, quando, embora contagionistas se constituíssem num grupo predominante, a teoria da transmissão segundo a hereditariedade ainda repercutia no meio científico.

Mesmo diante de imprecisões em torno do bacilo e de sua forma de comunicação com o corpo humano, quadro que não permitia a definição de um tratamento acurado dos doentes, Azevedo Lima demonstrou seu empenho em determinar uma terapêutica para a lepra em finais do século XIX, valorizando sobretudo os medicamentos que ajudassem a recuperar o vigor dos acometidos pela morfeia.

Como se vê pela leitura de relatórios de meus antecessores, mesmo neste hospital, muitas têm sido as experiências com remédios preconizados para a cura da morphêa, e infelizmente nenhum delles tem correspondido á confiança e nomeada com que eram annunciados. A lista é longa, e, como se acham consignados nos relatórios, me absterei de os especificar.

No meio da indicação de remedios diversos, attendi sempre ao accordo commum quanto á necessidade de levantar ou de sustentar as forças organicas por meio dos modificadores de nutrição, alimentação de boa qualidade, sufficientemente reparadora, exercício regular da funcção da pelle, etc., e tentei o emprego intus et extra do acido phenico, já aconselhado por Declat como meio, do qual se poderia tirar vantagens (LIMA, 1880 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1946, p. 485).

Souza-Araujo (1946, p. 486), ao apresentar passagens de relatório de Azevedo Lima à frente do Hospital dos Lázaros referente ao período de 30 de junho de 1880 a 30 de junho de 1881, destacou aquela em que o médico defende a necessidade de isolamento dos leprosos como uma medida que não julgava ser “nem injusta, nem tirânica”. Coerente com seu tempo e certo de sua convicção na origem bacilar da doença, a consciência das dúvidas sobre a transmissão do micróbio, bem como a ineficácia dos tratamentos experimentados, o fizeram acreditar no isolamento como a principal medida profilática e forma de proteção dos sadios.

Em seu percurso, Azevedo Lima se contrapôs ao pensamento do renomado médico sergipano José Lourenço de Magalhães<sup>44</sup> (1831-1905), reconhecido no Brasil e no exterior por seus estudos sobre lepra. O médico, um dos profissionais mencionados por Nina Rodrigues (1888) quando se referiu à questão da raça na origem da doença, foi autor de uma série de artigos com o título *A morphea é contagiosa?*, publicados em várias edições de *O Brazil Médico*, em 1893, onde afirmava categoricamente sua descrença no caráter contagioso da lepra.

Fundamentando seus artigos em experiências próprias com a terapêutica da doença, Lourenço de Magalhães afirmava que “[...] o não contágio da morphêa está comprovado por numero incomparavelmente maior de factos bem averiguados, e observados em todos os paizez, inclusive o Brazil.” (MAGALHÃES, 1893b, p. 23). Ao longo do artigo, tenta demonstrar que a vertente contagionista da lepra não tem sustentação científica, argumentando que inexistiam

---

<sup>44</sup> José Lourenço de Magalhães (1831-1905) era médico natural de Sergipe e formado pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1856. Especializou-se na França e na Alemanha e, graças aos seus estudos sobre a lepra, tornou-se bastante conhecido no Brasil e no exterior. Foi eleito Membro Titular da Academia Imperial de Medicina em 1885, tornando-se presidente em 1895. Com uma farta produção científica, onde combatia o paradigma bacteriológico, José Lourenço de Magalhães publicou, em 1882, o livro *A morfêa no Brasil* e, em 1885, *A morfêa e sua curabilidade*. Nesses trabalhos, Magalhães, além de defender a curabilidade da lepra, propôs um novo método terapêutico que não divulgava por considerá-lo anticientífico. Fiel aos princípios formadores do saber médico que rejeitava teoria vagas e abstratas, Lourenço de Magalhães defende seu método, argumentando que não confiava exclusivamente na terapêutica, mas sobretudo na higiene. Disponível em [http://www.anm.org.br/conteudo\\_view.asp?id=488](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=488). Acesso em: 7 abr. 2019.

provas justificadas do contágio, ainda que diversas tentativas de inoculação de material leproso tivessem sido feitas.

Assim, fazia críticas contundentes ao fato de não haver sido determinado o aspecto contagioso da enfermidade, apesar de concordar com o fato de que somente o doente seria responsável pela disseminação da doença, uma vez que “[...] é o leproso que, com efeito, introduz e reproduz o mal, o que não quer dizer que o faça por contágio [...]”. Lourenço de Magalhães chama atenção para situações em que o contato prolongado entre sadios e doentes não determinou a ocorrência da lepra entre os primeiros, desqualificando assim a hipótese da contagiosidade.

Não há com effeito observador imparcial que deixe de mencionar numerosos casos em que a morphéa de um cônjuge não passa ao outro; em que os enfermeiros dos hospitais, lavadeiras, em contacto durante vinte, trinta e maior numero de annos com doentes ou com roupas servidas, não contrahiram a enfermidade; em que as leproserias – que deveriam constituir fôcos de contágio, são asylos imunes de pessoas sãs, que là vivem longos annos (MAGALHÃES, 1893a, p. 51).

Azevedo Lima e Lourenço de Magalhães foram envolvidos num debate controverso em que ficou evidente a competição entre contagionistas e anticontagionistas pela supremacia do saber sobre a doença (COSTA, 2007, p. 151). A disputa ocorreu num momento em que o conhecimento científico sobre a lepra se estabelecia em bases inovadoras a partir dos elementos da bacteriologia e das pesquisas com o bacilo.

Num cenário de disputa em que mantinha-se empenhado nos estudos sobre a lepra e sua terapêutica, Lima chegou a considerar que estava diante de uma “[...] *sphynge indecifavel* da medicina contemporânea” (LIMA, 1897, p. 332, grifo nosso), conforme mencionado no trabalho intitulado *A lepra no Brasil*, artigo enviado à Primeira Conferência Internacional sobre Lepra (Berlim, 1897). O artigo foi publicado no periódico *Gazeta Médica da Bahia* (1897), expondo seu parecer sobre a questão da doença no país.

No trabalho, Azevedo Lima reconheceu que a teoria da hereditariedade ainda encontrava adeptos, contudo reafirmou posição convicta acerca da contagiosidade da doença. Outros elementos, a exemplo das particularidades do clima, vícios alimentares e condições de higiene, poderiam participar de forma coadjuvante no processo de adoecimento ou ainda esclarecer uma maior ou menor frequência e predileção por estas ou aquelas gentes, mas nunca aclarar sobre a expansão da enfermidade (LIMA, 1897, p. 326).

Azevedo Lima estava seguro de que a condição básica “[...] para que se realize o contágio é que se achem juntos um leproso e um indivíduo são ou que de qualquer modo o bacilo leproso ponha-se em contacto com um homem são, em estado de receptividade mórbida” (LIMA, 1897, p. 271). Ainda que fossem desconhecidos os mecanismos da transmissão do bacilo, o médico deixou evidente sua percepção sobre o ciclo da doença e indicou o doente como a fonte do microrganismo.

A partir de quatro casos de pacientes leproso, Azevedo Lima teceu considerações que demonstram sua reflexão sobre a natureza complexa da transmissão da lepra e afirmou que o contágio não se realiza sempre, assim como na tuberculose e em outras doenças; que a investigação sobre os antecedentes para explicar o desenvolvimento da doença quase sempre revela uma referência às relações diretas e prolongadas com leproso ou com o que tenha sido contaminado por eles. Todos os quatro casos apresentados por Azevedo Lima tinham em comum o fato de serem funcionários do Hospital de Lázaros admitidos em condições perfeitas de saúde, e que “[...] a circunstancia da permanência naquelle estabelecimento, onde a separação delles para com os lázaros não pode ser absoluta” o fez suspeitar do aparecimento da doença neles (LIMA, 1897, p. 272).

Ciente dos dilemas que cercavam o conhecimento sobre a doença, Azevedo Lima destacou duas lacunas em seu comunicado destinado à Primeira Conferência Internacional sobre Lepra: o conhecimento sobre sua receptividade e a biologia peculiar do bacilo. Acreditava, portanto, que o estudo da lepra não finalizaria enquanto não se completasse o ciclo das pesquisas que elucidassem “[...] as condições do seu crescimento e desenvolvimento, bem como a fórmula de invasão no organismo humano e sua subsequente disseminação no corpo humano” (LIMA, 1897, p. 327).

Segundo Bechler (2009, p. 192), a Primeira Conferência Internacional sobre Lepra desenvolveu-se num clima de afirmação de autoridade científica em torno de Hansen. Por outro lado, se no decorrer do evento ficou demonstrado a centralidade e a expressão de uma autoridade individual, o produto da conferência a colocou como autoridade coletiva, conforme expresso em trecho de artigo sobre o evento publicado em *Gazeta Médica da Bahia*.

A conferencia de Berlim é mais um passo n’esta direção (da terapêutica adequada); e ainda que nos trabalhos pouco se encontre de realmente novo, quanto a doutrina, ella confirma, dá a sua auctoridade colletiva, e sanciona com a sua superior competencia o que até agora não passava de manifestações de opiniões particulares, ou de medidas isoladas ou locaes (A CONFERENCIA..., 1897, p. 198).



O trabalho de Azevedo Lima, embora não tenha integrado os anais da conferência<sup>45</sup>, estava articulado ao pensamento internacional sobre a doença. Publicadas no mesmo periódico — *Gazeta Médica da Bahia* —, as conclusões do certame indicaram a conexão de Azevedo Lima com os consensos produzidos em torno da etiologia da doença:

Na sessão final foram lidos pelos secretários os resultados a que se chegou, em alemão, francez e inglez, sendo as conclusões as seguintes:

1. O *bacillus lepra* é a causa da moléstia.
2. A sua historia natural e o seu modo de penetração no corpo não são ainda plenamente conhecidos, sendo muito provável que elle entre pelas mucosas da boca e do nariz.
3. A lepra é uma moléstia infectuosa, não hereditária, e ha maior perigo de infecção entre populações que vivam em condições desfavoráveis.
4. As tentativas para curar a lepra não teem sido bem sucedidas, e a sequestração dos leprosos é necessária, especialmente onde e quando a moléstia se torne frequente (A CONFERENCIA..., 1897, p. 201).

O isolamento foi defendido por Hansen e, ao final da conferência, foi aprovado por unanimidade que, em países onde a moléstia se estenda, houvesse o sequestro dos doentes como o melhor meio de prevenir uma epidemia; para nações que tenham número razoável de médicos era recomendável a adoção de um sistema de isolamento obrigatório semelhante ao praticado na Noruega (A CONFERENCIA..., 1897, p. 198). No Espírito Santo, as conclusões da Primeira Conferência Internacional de Lepra foram noticiadas na publicação do dia 13 de dezembro de 1897, no periódico *Estado do Espírito Santo*, demonstrando que por aqui circulavam ideias em voga sobre o tema à época.

As conclusões da conferencia internacional sobre a lepra, que terminou recentemente os seus trabalhos em Berlim, são: (1) que o bacillo da lepra (descoberto em 1891 por Hansen) (sic), é a verdadeira causa da moléstia; (2) o homem é o único animal em que o bacillo existe; (3) a lepra é contagiosa, mas não é moléstia hereditária, e (4) é conveniente o isolamento dos leprosos, e nestas circunstancias é recommendavel o isolamento compulsório, como se faz na Noruega. (ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 1897, p. 2).

O artigo de Azevedo Lima demonstrou sintonia com os debates e conclusões da Primeira Conferência Internacional sobre Lepra. Defendendo o isolamento dos doentes, o médico argumentava que havia uma frouxidão nas medidas, pois os doentes não são obrigados ao recolhimento e nem são compelidos à hospitalização. Ao contrário, os doentes são vistos “[...]”

<sup>45</sup> Souza-Araujo tece duas suposições para que o trabalho de Azevedo Lima não tenha integrado os anais da conferencia: “[...] ou esse trabalho chegou tarde ou não foi publicado nos Anais por estar escrito num idioma ignorado dos membros da Comissão Organizadora do certame” (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 66).

pelas ruas, na sala de espectáculos, nos hotéis, nos veículos públicos, no seio das famílias, na mais íntima promiscuidade com os sãos.” (LIMA, 1897, p. 326).

Assim, a imagem do leproso permaneceria permeada pelo assombro, pois “[...] cada leproso é um perigo para os que o cercão [...]”, sendo fundamental que se realize o isolamento como medida profilática contra um mal cuja origem é exclusivamente humana, defendia o médico (LIMA, 1897, p. 327).

Por conseguinte, o doente, outrora merecedor de piedade, agora receberia a repulsa pela certeza de que transportava o princípio de uma doença terrível, despertando repugnância por carregar todo o mal em seu corpo. Para que os sadios tivessem clareza do risco, era “[...] preciso espalhar entre a população noções exactas acerca do perigo a que os expõe a vida em comum com o leproso [...]” (LIMA, 1897, p. 327).

Assim como defendido na Primeira Conferência, Lima também asseverava que a doença não se apresentava em todos os pontos da cidade. Citando locais no Rio de Janeiro como Catumbý, Saude, Praia Formosa, Cidade Nova e Engenho Novo, o médico afirmou que o maior contingente de doentes estava em bairros mais pobres, onde a higiene é precária e onde a [...] vida em habitações collectivas — *os cortiços* — colloca os indivíduos em condições favoráveis aos contatos, mediatos ou imediatos, com leprosos reconhecidos ou que ignoram a propria moléstia” (LIMA, 1897, p. 326).

Por outro lado, a convicção de que o bacilo seria a causa da doença e o doente a fonte de contágio conviveria com a persistência de incertezas sobre como o bacilo alcançaria o corpo sã e nele produziria a patologia. O conjunto de enunciados da Primeira Conferência e os expressos por Azevedo Lima, ainda que não tivessem unanimidades no meio científico, seriam preponderantes para nortear a concepção sobre a doença e o doente, assim como as medidas de saúde pública específicas para controle da lepra, especialmente o isolamento compulsório. O tema, conforme o próprio Lima afirmou (1897, p. 327), seria de grande importância para todos a quem os interesses da saúde pública foram confiados — governo, sociedades filantrópicas, médicos, além de professores e clero. Enfim, para o século XX, muito esforço para lidar com a *sphynge indecifrável* e desvendá-la estaria por vir!

### **3 SAÚDE, LEPROSA E ISOLAMENTO COMPULSÓRIO NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX: A CONSTRUÇÃO DE UM FLAGELO E DE SUA PROFILAXIA**

As conclusões da Primeira Conferência Internacional sobre Lepra, ocorrida em 1897, apesar de relacionar a etiologia da doença ao bacilo, não foi suficiente para banir de cena as incertezas sobre a forma de transmissão, qual a terapêutica adequada da enfermidade e como prevenir novos casos. Em meio a importantes interrogações, a certeza de que o doente alojaria o bacilo era questão assentada e, diante disso, os sadios deveriam manter-se afastados do único foco da doença legitimado pela ciência: o corpo leproso.

No Brasil, ao longo das primeiras décadas do século XX, com base num projeto de recuperação da saúde pública que se apresentava necessário ao fortalecimento do papel da República, a compreensão sobre a lepra cursou um caminho que imprimiu visibilidade à doença no quadro sanitário nacional, inserindo-a como objeto da ação governamental. Dada a compreensão de que as medidas de controle deveriam ter como foco buscar interromper a transmissão da doença, o indivíduo adoentado figurou como central para a profilaxia da doença, que elegeu o isolamento compulsório como principal estratégia.

Sendo assim, a partir do processo que colocou o binômio saúde-doença como questão central, procuraremos discutir o processo de incorporação da lepra no rol das doenças consideradas prioritárias para as quais era requisitada a intervenção do poder político e o modo como o isolamento compulsório de pessoas acometidas pela lepra se apresentou no Brasil nas primeiras décadas do século XX. Assim, considerando as primeiras normas oficiais que mencionaram a lepra e o isolamento em seu texto, iremos até a década de 1920, tratando da construção da lepra como uma endemia nacional, sua constituição como um flagelo para o país e as medidas públicas adotadas a partir das ações da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Ao final do recorte selecionado para esta seção, temos a medida do isolamento compulsório normatizada e em implantação por alguns estados da federação, mas observa-se também um debate sobre eficácia sobre duas estratégias: de isolamento obrigatório e de medidas brandas para o controle da doença, estas consideradas mais adequadas para uma enfermidade crônica, que demanda custos elevados em sua rede profilática, além de ser reputada de difícil curabilidade.

### 3.1 PERSPECTIVAS SOBRE O CONTEXTO NACIONAL E O LUGAR DA SAÚDE PÚBLICA

Segundo Naxara (1998, p. 41), na passagem do século XIX para o XX, a sociedade brasileira esteve sob o olhar de uma análise determinista caracterizada pelo fatalismo diante da concepção de que o alcance do progresso seria impossível em virtude da situação de atraso econômico e social do país. A análise provocou a organização de movimentos e articulações de setores da sociedade brasileira no sentido de identificar estratégias que poderiam reverter a condição decadente do Brasil e de sua gente.

A autora esclarece que tratar de questões como identidade, nacionalidade, civilização e progresso foi considerado como crucial para retomar a perspectiva de uma República que, quando proclamada, comprometeu-se com o ideal de modernização do Brasil. Considerada pelas elites como uma nação cujo povo se aproximava do atraso e da barbárie, com a República almejava-se alcançar o oposto, ou seja, o progresso e a civilização.

Na mesma direção, Oliveira (1990) afirma que o otimismo diante de uma perspectiva de progresso para a República não era tom dominante no período. Um grande número de escritores havia adotado uma posição de ceticismo frente à estrutura política, social e econômica do país. Consideravam que a República real não correspondia aos sonhos, pois mostrava-se um regime moroso e ineficaz, controlado pelas oligarquias.

Assim, a identidade do brasileiro esteve associada ao que lhe faltava e tais representações fizeram parte do pensamento nacional na virada do século XX (NAXARA, 1998, p. 17). Na maior parte das vezes, tais representações eram originárias de viajantes estrangeiros, impregnados pelo etnocentrismo europeu em busca do exótico no mundo tropical. Suas descrições e narrativas falavam de grupos “[...] imersos nas sombras da pobreza e da miséria, esmagados pelo peso do trabalho escravo, feios, incapazes de construir o povo de uma nação. [...]” (NAXARA, 1998, p. 39). Tratava-se de um olhar estrangeiro, visto do alto, mas que foi compartilhado por setores da elite nacional.

Para o rompimento dessa análise determinista e para que o lema republicano positivista de “Ordem e Progresso” pudesse se tornar viável, além da centralização do poder para prover a *ordem*, fazia-se necessário “[...]um povo suficientemente saudável e educado para o trabalho cotidiano, força propulsora do *progresso* nacional.” (BERTOLLI FILHO, [1996?], p. 11).

Nesse sentido, o bom estado físico dos brasileiros seria um dos requisitos para conduzir o Brasil ao *status* de uma nação civilizada, premissa que colocou o problema da doença como questão nacional e a medicina como aliada na construção de um projeto de modernização do país, uma vez que esse projeto também incluía o desenvolvimento de ações de recuperação da precária condição sanitária nacional.

Para ascensão dos ideais positivistas de ordem e progresso, médicos adeptos dos mais modernos preceitos da ciência à época desempenharam importante papel ao difundirem a metáfora da sociedade como um organismo. A representação ganhou reforço pelos triunfos da bacteriologia e da imunologia entre 1870 e 1900, quando médicos incorporaram a figura do “[...] sábio cientista, capaz de regular a condição do corpo político, através da análise microscópica de seus patógenos escondidos, medidas profiláticas e cirurgias radicais [...]” (CUETO; PALMER, 2016, p. 79).

Nesse contexto, a medicina atuou na conquista da modernização a ser alcançada pelo trabalho e liderança de uma elite profissional e tecnocrata. Os problemas de saúde pública propiciaram a ampliação da autoridade médica junto a setores da elite nacional e ao Estado. Quanto ao contexto do Rio de Janeiro, a classe médica, reunida em torno de institutos e faculdades, “[...] entendia que a reforma social necessária ao país não poderia ser levada a cabo sem a intervenção do conhecimento científico [...]” (SOUZA, 2017, p. 52).

Nesse sentido, à frente da condução de processos de erradicação das epidemias que afetavam o Brasil, médicos bacteriologistas, afinados com a forma de organização e práticas do Instituto Pasteur e aglutinados em torno dos laboratórios e institutos de pesquisa, como o Laboratório de Bacteriologia de São Paulo,<sup>46</sup> criado em 1892, e o Instituto Soroterápico Federal<sup>47</sup>, criado em 1900, foram justificados pela preocupação das autoridades com a disseminação de várias doenças (BERTOLLI FILHO, [1996?], p. 17).

---

<sup>46</sup> No ano seguinte (1893), o Laboratório de Bacteriologia do Estado de São Paulo passou a denominar-se Instituto Bacteriológico do Estado de São Paulo e, em 1940, Instituto Adolfo Lutz (1940). Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/labbaesp.htm>. Acesso em: 27 abr. 2019.

<sup>47</sup> No Rio de Janeiro, instalado na fazenda de Manguinhos, o Instituto Soroterápico Federal teve como objetivo inicial a produção de soros e vacinas. Em 1907, passou a denominar-se Instituto de Patologia Experimental e, nesse momento, sua direção foi delegada à Oswaldo Cruz; no ano seguinte, após o médico retornar de viagem com a premiação recebida na Exposição de Demografia e Higiene de Berlim, Cruz tem seu nome atribuído oficialmente ao Instituto. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/instsorofed.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.

Desse modo, o controle das grandes epidemias que assolaram o país nas décadas iniciais do século XX foram levados adiante por cientistas adeptos da corrente bacteriológica. Amparados pelas teorias microbianas da segunda metade do século XIX que avançavam no descobrimento da etiologia das doenças e contribuindo para afirmação da medicina moderna experimental, os bacteriologistas estavam convictos de que poderiam libertar os países das doenças transmissíveis, formando especialistas e criando métodos para o seu diagnóstico e tratamento. O fortalecimento dessa corrente esteve associado ao processo identificado por Cueto e Palmer (2016), que congregou a criação de laboratórios experimentais, as cadeiras de bacteriologia nas principais faculdades de medicina e a contratação de especialistas estrangeiros, sendo que tais fatores associados concorreram para um processo mais amplo de institucionalização da saúde pública.

Segundo Merhy (2006, p. 51), os médicos sanitaristas tornaram-se não somente formuladores das políticas na área da saúde pública, sobretudo a partir dos núcleos de formação do Instituto Oswaldo Cruz e Sociedade Brasileira de Higiene, mas atuaram também como os principais implementadores dessas políticas. Os médicos se tornaram “[...] uma categoria socialmente legítima para ‘falar’ das políticas de saúde, como consequência de um conjunto de determinações históricas [...]” (MERHY, 2006, p. 51).

Bandeiras como a defesa do saneamento, da eugenia, do cuidado materno-infantil e da educação higiênica se impuseram com a presença de médicos ocupando espaços públicos a fim de legitimar a medicina preventiva sob o argumento da reforma social, do progresso e da expansão civilizacional do Brasil (SOUZA, 2017, p. 53). Sendo assim, contribuíram para que as reformas sanitárias fossem colocadas como condição irrefutável para trilhar o caminho que conduziria o país à modernização.

Caso o país almejasse entrar para o seletor grupo das nações civilizadas, atraindo investimento estrangeiro para a indústria e o comércio nacional, e acima de tudo, promovendo a entrada de imigrantes europeus, caberia às autoridades públicas investirem na modernização urbana e em reformas sanitárias e sociais [...] (SOUZA, 2017, p. 55).

Assim, organizações e estudiosos ligados à medicina moderna e à biologia ofereceram instrumental para lidar com o alarmante cenário da saúde pública marcado pela ocorrência de surtos epidêmicos e agravado pela desorganização dos serviços de saúde. A forma como esse

cenário foi interpretado e quais proposições foram apresentadas foi pauta do movimento pelo saneamento do Brasil que reuniu lideranças políticas e intelectuais na Primeira República.

### 3.2 MOVIMENTO SANITÁRIO, ENDEMIAS NACIONAIS E O LUGAR DA LEPROSA

O movimento sanitarista da Primeira República transformou a saúde em uma questão social e política, sendo o tema tratado como o grande entrave à civilização. O movimento tem origem a partir de afinidades entre comunidades de cientistas, projetos intelectuais e políticos de natureza nacionalista em defesa de propostas de expansão da autoridade estatal e redefinição do pacto federativo. Pautado pelo enfrentamento do dilema nacional sobre as razões da inferioridade e improdutividade atribuídas ao país, o movimento colocou em discussão a situação de saúde do brasileiro e da organização dos serviços públicos do setor como condição fundamental para recuperar o Brasil. Nesse sentido, seus integrantes consideravam que estavam diante de uma missão estratégica para a República (HOCHMAN, 1998, p. 61; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 33).

Segundo Hochman (1998, p. 60), o movimento sanitário brasileiro ocorrido nos decênios iniciais do século XX pode ser analisado a partir de dois momentos. O primeiro é marcado pelo trabalho de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde, com uma atuação restrita aos portos e ao Distrito Federal, passando-se entre os anos 1903-1909. No período, a ênfase foi dada ao combate às epidemias de varíola, peste e febre amarela, bem como ao saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro. Preocupava a necessidade de dotar o país de adequadas condições sanitárias para o bom desempenho do comércio exterior. A segunda fase, compreendida entre as décadas de 1910 e 1920, é caracterizada pela ênfase ao saneamento rural, sobretudo no combate a doenças que atingiam os habitantes dos sertões, especialmente a malária, ao mal de Chagas e a ancilostomíase, e pela defesa da integração das populações sertanejas à comunidade nacional.

Quanto à primeira fase, Hochman (1993, p. 47) afirma que, até 1910, os problemas de saúde pública não eram assuntos priorizados na agenda política do país, exceto por fóruns especializados, como a Academia Nacional de Medicina, o Instituto Oswaldo Cruz e a imprensa médica. Somente em situações de crise sanitária, como as provocadas pelas epidemias urbanas, a questão da saúde ganhava espaço na Câmara Federal e junto à Presidência, pois a atuação da União no campo da saúde era limitada pela Constituição de 1891 que determinava que o

cuidado com a saúde da população cabia aos poderes locais, sendo restritas as possibilidades de uma ação federal. Essa configuração prevaleceu em grande parte da Primeira República.

Conforme Bertolli Filho (2001, p. 61), a intervenção oficial, com o fim de conter os prejuízos decorrentes dos impactos das enfermidades, era motivada pela urgência em adequar as cidades e dinamizar a circulação de pessoas e mercadorias envolvidas no processo econômico de base agrária exportadora. As doenças que afetavam as populações das cidades brasileiras, especialmente as áreas portuárias, também afugentavam imigrantes e comerciantes que desejavam se fixar no Brasil, constituindo-se num importante empecilho ao projeto de modernização do país.

Portanto, no intuito de modernizar as cidades e sanear os espaços públicos, autoridades federais e estaduais buscaram combater o avanço ameaçador da febre amarela, da varíola, da peste bubônica e da febre tifoide, doenças endêmicas e epidêmicas que traziam grande impacto ao cotidiano nas metrópoles. Desse modo, a intervenção federal foi realizada basicamente nos espaços urbanos dos estados mais ricos da federação, sobretudo nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo e outras capitais que sofreram com o aumento populacional das últimas décadas do século XIX, assim como Recife, Salvador e Porto Alegre (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 60).

Com relação à lepra, a doença não esteve entre as prioridades do governo federal na primeira década do século XX e um dos aspectos que esclarecem essa situação diz respeito ao fato de autoridades sanitárias e governamentais não reconhecerem a enfermidade como um perigo sanitário que exigia ações contundentes. As doenças a serem combatidas nesse período foram aquelas que transformavam a cidade do Rio de Janeiro num cenário pestilento em função dos surtos epidêmicos. Também as características de cronicidade e incurabilidade, além da incompreensão do modo de transmissão e tratamento da lepra, contribuíram para que a doença não fosse alvo das ações sanitárias (CABRAL, 2013, p. 186). Nesse sentido, compreende-se que a lepra se distinguiu daquelas enfermidades cujo processo saúde-doença estava mais esclarecido e havia uma estratégia de enfrentamento definida. Ainda que temida, a doença seguia negligenciada pelos setores públicos.

Por outro lado, embora não figurasse entre as enfermidades prioritárias para a ação governamental, Costa (2007, p. 209) registra que o discurso construído em torno da lepra desde o final do século XIX reforçava sua identificação com um perigo crescente e uma ameaça ao quadro sanitário brasileiro já bastante comprometido, porém, embora o desenvolvimento de



ações para o enfrentamento da moléstia não tivesse recebido prioridade, assim como o foi para as doenças epidêmicas urbanas, a legislação do início do século XX sobre a questão sanitária incluiu a lepra ao lado de outras doenças transmissíveis. Segundo Curi (2010, p. 220), o Regulamento de 1904 foi a mais relevante dessas leis e a primeira de abrangência nacional inspirada na teoria microbiana das doenças a fazer alusão direta à lepra.

Apesar da relevância da norma, Souza-Araujo (1956, p. 115) registrou que, em 1902, o Regulamento Sanitário, baixado em 18 de setembro pelo Ministro do Interior Sabino Barroso Junior, já mencionava a *lepra ulcerada*<sup>48</sup> como doença de notificação compulsória, ao lado de outras sete enfermidades, o que denotou preocupação com as doenças consideradas transmissíveis. No Espírito Santo, o tema foi noticiado em *O Cachoeirano*, destacando que a academia de medicina da Capital Federal havia reconhecido que a lepra deveria ser incluída entre as moléstias de notificação compulsória e que os doentes necessitavam do isolamento em gafarias fundadas preferencialmente em ilhas (A LEPRA, 1902, p. 2).

Segundo Curi (2010, p. 220), a demonstração de que essas doenças seriam alvo de ação estatal com base nos princípios da teoria bacteriológica foram identificados em decretos de 1902 e 1903<sup>49</sup>, entretanto eles não abarcavam toda a federação e, ainda que o autor considere estar implícita a inclusão da lepra, os dispositivos não a mencionavam de forma direta. Tais dispositivos preanunciaram o que se configurou no Regulamento de 1904, ou seja, a instituição de uma normativa sanitária de amplitude nacional com foco num conjunto de doenças transmissíveis e instituição de medidas oficiais para o enfrentamento da evolução dessas enfermidades.

O Regulamento Sanitário de 1904 surgiu num contexto de remodelação da capital federal, que, segundo Carvalho (1987, p. 93), implicou um programa intensivo de obras públicas para apoiar a recuperação econômica do país, conduzido com vigor pelo presidente Rodrigues Alves. O programa incluía reforma urbana e obras de saneamento do Rio de Janeiro, tendo à frente Pereira Passos, prefeito da cidade, e Oswaldo Cruz, então diretor do serviço de saúde pública.

---

<sup>48</sup> Segundo Castro Santos, Faria e Menezes (2008, p. 168), os termos utilizados ao introduzir a lepra como doença de notificação compulsória – “lepra ulcerada” – apontam para a hipótese de dificuldade de diagnóstico clínico. O termo se apresenta nas Instruções para o Serviço de Higiene de Defesa da Capital da República, de 18/09/1902, que regulamentava o Decreto nº 4.464 de 12/07/1902.

<sup>49</sup> Segundo Curi (2010, p. 220), as normas seriam o decreto n. 4.463 - de 12 de julho de 1902 (avoca para a administração federal o serviço de higiene defensiva na Capital da República, e dá outras providências), decreto n. 4.464 - de 12 de julho de 1902 (estabelece as bases para a regulamentação dos serviços de higiene de defesa da Capital Federal) e decreto n. 966 - de 2 de janeiro de 1903 (transfere para a administração federal os serviços de higiene defensiva da Capital da União e dá outras providências).

Em 1904, ações de reforma urbana com aberturas de avenidas, serviço de bondes e iluminação, haviam provocado as demolições de casas e prédios nas zonas mais habitadas em 1904, parecendo “[...] abrir o ventre da velha cidade [...]” (CARVALHO, 1987, p. 93). A reforma sanitária foi contemplada pelo Decreto nº 5.156, publicado em 8 de março daquele ano, instaurando novo regulamento dos serviços sanitários a cargo da União (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 115).

Conforme instituído pelo decreto, a profilaxia das doenças infecciosas compreendia as medidas de notificação, isolamento, desinfecção e vigilância médica. Ao discorrer sobre cada uma delas, o decreto menciona a lepra especificamente quando o regulamento trata da notificação compulsória de doenças infecciosas e quando aborda a medida do isolamento dos acometidos por patologias transmissíveis. A lepra também é citada em outro momento, quando o legislador tratou de medidas particulares para cada enfermidade. Assim, quanto à obrigatoriedade de notificação, a lista de doenças mencionava a lepra, além de febre amarela, peste, cólera, varíola, difteria, tuberculose, impaludismo e sarampo, entre outras. As situações em que a comunicação do caso tivesse sido sonogada ou ocorrido em tempo considerado inapropriado seriam investigadas para apurar as responsabilidades e proceder aplicação de medidas punitivas (BRASIL, 1904).

O isolamento é mencionado no art. nº 154 como uma medida geral para doenças de notificação compulsória, tipificado em nosocomial e domiciliário. A prática está descrita também no art. 232, em tópico denominado *Prophylaxia especifica das molestias infectuosas*. Nesse dispositivo, que traz prescrições próprias para a lepra, a legislação observou que as colônias seriam espaços ideais para essa prática, mas, diante da inexistência desses estabelecimentos, a autoridade sanitária deveria fazer com que o doente se submetesse ao isolamento domiciliar (BRASIL, 1904).

Art. 232. Enquanto não forem estabelecidas colonias para leprosos a autoridade sanitaria procederá do seguinte modo:

- a) fará que o leproso seja isolado em domicilio, do accôrdo com as instrucções em vigor;
- b) distribuirá os conselhos prophylaticos organizados pela Directoria Geral de Saude Publica;
- c) verificará repetidas vezes si as suas determinações são cumpridas (BRASIL, 1904).

Embora o provimento de estabelecimentos públicos específicos para isolamento só viesse a ocorrer a partir da década de 1920 e o isolamento em domicílio tivesse apresentado um cumprimento deficiente, Curi (2010, p. 221) considera que o regulamento foi hábil em sua

questão central no que tange à lepra, ou seja, lançou a questão de que o isolamento dos leprosos deveria se passar em estabelecimentos apropriados.

Assim, o conjunto de medidas e orientações apresentadas no Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904 (BRASIL, 1904), deu mostras de uma convicção: o doente seria a única fonte do microrganismo causador da moléstia e o contato com o enfermo, o responsável pela propagação. A forma como o bacilo passaria do homem doente para o sujeito sadio continuava obscura e, portanto, identificar o doente e evitar sua convivência com os sadios foi objeto de normatização das políticas, tanto das primeiras medidas como as que vieram a ser implantadas posteriormente.

Portanto, em decorrência do conjunto de ações sanitárias sob o comando de Oswaldo Cruz na Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), a história do isolamento dos leprosos no Brasil teve início em 1904 (CURI, 2010, p. 218). Em relatório da DGSP, referente ao ano em questão, Cruz defendeu a necessidade de lugares especializados para a segregação, pois o caráter crônico da doença impedia que os doentes se isolassem em hospitais gerais e sugeria as “colônias de leprosos” (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 116). Para ele, afastar o leproso em hospitais seria improdutivo, uma vez que o doente poderia dedicar-se ao trabalho durante anos e as colônias, diferentemente dos hospitais, forneceria condições para uma vida produtiva ao mesmo tempo que protegia a sociedade da doença.

Assim, ainda necessitando esclarecer diversos aspectos sobre a transmissão do bacilo e a terapêutica da doença, chegamos aos primeiros anos do século XX quando o foco das medidas oficiais se dirigia para a identificação (diagnóstico) do doente e sua reclusão. Sem saber como debelar o bacilo, abriram-se os caminhos para que o degredo dos doentes pudesse vir a ser oficializado, atualizando o funeral em vida dos tempos medievais.

O segundo momento do movimento sanitário brasileiro foi marcado pela descoberta de que o interior do país escondia uma decadente situação sanitária e as doenças passaram a ser tomadas como um problema que afetava todo o território nacional. O cenário de uma saúde pública ameaçada pelas epidemias e pela desorganização de serviços de saúde foi acrescido da percepção de que o quadro não era restrito às zonas urbanas e suas periferias. A lepra não figurou como uma das prioridades eleitas pelo movimento, porém foi durante a década de 1910 que leprólogos travaram uma jornada para que a enfermidade fosse incluída entre aquelas que deveriam merecer atenção das políticas públicas.

Com ênfase na necessidade de recuperar o Brasil e integrar o país e o homem do interior, o movimento pelo saneamento reuniu importantes setores da elite intelectual e política que comungavam de uma crítica ao determinismo racial e da discussão sobre a nacionalidade do brasileiro, tema que ganhou maior visibilidade com a experiência da Primeira Guerra Mundial. Nesse sentido, o movimento colocou em debate os elementos da doença como atributo central do povo e o isolamento do sertanejo (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 26-7).

Conforme Oliveira (1990, p. 146), a Primeira Grande Guerra, evento de impacto global, reacendeu a necessidade de pensar a questão nacional, sendo insuficiente o sentimento de amor à pátria apregoado pelo nacionalismo ufanista. Outrossim, haveria a necessidade de um programa de luta e de organização de movimentos que atuassem na salvação do país e contribuíssem para uma nova identidade. Esse processo seria pautado na recusa de modelos biológicos que embasavam o pensamento de uma elite científicista que imputava às raças e à miscigenação os limites para adequação do Brasil aos padrões do mundo civilizado, apregoando, portanto, a inferioridade do brasileiro. Nessa perspectiva, as estratégias de luta em prol da recuperação do país foram associadas aos temas da educação e da saúde<sup>50</sup>.

Partindo dessa concepção e com o propósito de apresentar medidas para tornar o sertanejo apto a integrar um projeto de modernização do país, o movimento pelo saneamento do Brasil reuniu médicos higienistas em torno da premissa de que a preguiça e a improdutividade do brasileiro tinham por causas as doenças e o abandono do povo pelas políticas públicas. Anunciando, portanto, a doença como o principal problema do país e impedimento à civilização, o movimento pelo saneamento concentrava “[...] esforços na rejeição do determinismo racial e climático e na reivindicação da remoção dos principais obstáculos à redenção do povo brasileiro: as endemias rurais.” (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 23).

O marco de origem e o emblema da campanha pelo saneamento rural são atribuídos à imagem expressa na frase do médico Miguel Pereira que, em discurso proferido em 1916, associou o Brasil a um imenso hospital (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 24; BRITTO, 1995, p. 26). Além do discurso, outros eventos foram considerados símbolos significativos do movimento pelo saneamento rural. Um deles se refere ao impacto da publicação do relatório da expedição

---

<sup>50</sup> Segundo Oliveira (1990, p. 146), a saúde ganhou expressão a partir da figura do homem do interior, construída por Monteiro Lobato — o Jeca Tatu. Em torno da personagem circulou, na segunda metade da década de 1910, o debate sobre as razões de sua preguiça e incapacidade, reconhecendo no Jeca a representação de um imenso contingente de brasileiros.

médico-científica ao interior do Brasil, empreendida pelo Instituto Oswaldo Cruz e chefiada por Arthur Neiva e Belisário Penna, considerado principal líder do movimento; os outros dizem respeito à ressonância dos artigos sobre saúde e saneamento escrito por Penna e à fundação da Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1918 (HOCHMAN, 1998, p. 64).

O discurso de Miguel Pereira, realizado em 1916 para recepcionar o diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que regressava da Argentina, deixou evidente que os médicos teriam protagonismo na criação de políticas de saúde nos anos posteriores ao discurso (SÁ, 2009, p. 341). Numa exposição crítica com relação às condições de vida dos brasileiros residentes no interior do país, Pereira demonstrou desilusão diante do quadro sanitário nacional cuja situação alarmante, de responsabilidade da classe política, fazia com que parte expressiva da população fosse equivalente a um contingente de

[...] inválidos, exangues, esgotados pela ankylostomiase e pela malária; estropiados e arrazados pela moléstia de Chagas; corroídos pela syphilis e pela lepra; devastados pelo alcoolismo; chupados pela fome, ignorantes, abandonados, sem ideal e sem letras (PEREIRA, 1922, p. 6).<sup>51</sup>

A situação tinha amplo alcance, pois “[...] fora do Rio ou de S. Paulo, capitaes mais ou menos saneadas, e de algumas outras cidades em que a previdência superintende a hygiene, **o Brasil é ainda um imenso hospital** [...]” (PEREIRA, 1922, p. 6, grifo nosso). A imagem utilizada por Pereira congregava elementos de debates difundidos à época sobre a nacionalidade, sobre as percepções impactantes produzidas pelas viagens científicas do Instituto Oswaldo Cruz e sobre as críticas à experiência republicana (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 24).

Ao lado de moléstias endêmicas, como a ancilostomíase, a malária e a doença de Chagas, Miguel Pereira relacionou a lepra em seu discurso como uma das razões que depreciavam grande parte da população. A doença já havia sido tratada de forma alarmante e enfática na entrevista de Oswaldo Cruz, publicada em *O Imparcial*, no ano de 1913. Com tom incisivo e demonstrando preocupação, Cruz inicia afirmando que, ao lado da tuberculose, da sífilis e do alcoolismo, a lepra estava no rol dos problemas sanitários que atormentavam os higienistas. Por outro lado, a enfermidade exigia cuidados especiais, pois [...] **A filha mais velha da Morte,**

---

<sup>51</sup> Consultamos o emblemático discurso proferido por Miguel Pereira no ano de 1916, publicado na Revista de Medicina da Universidade de São Paulo em 1922. Na introdução ao texto, menciona-se que se trata de uma “joia literária e vibrante brado de patriotismo” e considera-se que, apesar das realizações em prol do saneamento que se tinha feito, o Brasil ainda continuava um imenso hospital.

como é cognominada no livro de Job, tem tomado aqui um incremento que está pedindo que se lhe anteponha paradeiro [...] (CRUZ, 1913, p. 2, grifo do autor).

Queixa-se o médico higienista da carência de dados estatísticos sobre a doença, para que seja dimensionado o número de leprosos nos estados brasileiros, alguns deles com cidades que já seriam verdadeiras gafarias, pois rara “[...] é a família que não tenha pago doloroso tributo á horrível moléstia [...]” (CRUZ, 1913, p. 2). Lamenta-se também a insuficiência e a incompletude dos conhecimentos sobre a transmissão da lepra, questão fundamental para dotar de base científica a profilaxia específica da doença. No entanto, diz que essa fragilidade não seria “[...] razão bastante para que fiquemos á moda dos mulçumanos: braços cruzados deante do flagello que, aos poucos, se expande e alastra [...]” (CRUZ, 1913, p. 2). Diante da certeza de que o leproso é portador do vírus, Oswaldo Cruz afirma a necessidade de isolar o doente de sua comunidade, não em hospitais gerais, mas em colônias de leprosos.

[...] São instituições perfeitamente adequadas e onde o enfermo pode exercer toda a actividade que as suas forças permitem. A colonia é uma pequena cidade com sua existencia própria, onde se encontram os elementos de vida necessários, onde cada qual pode exercer livremente sua profissão, onde não faltam elementos de distrações, onde o leproso não vive perseguido pela idéa única do mal que o tortura. [...] (CRUZ, 1913, p. 2).

Cruz ainda sugere que as ilhas são os melhores lugares para instalação das colônias e enfatiza que o isolamento contemple o cuidado com o corpo e com o espírito, por meio do trabalho e de diversões. Aponta a Ilha Grande, no Rio de Janeiro, como o local para receber o estabelecimento, julgando que as despesas não seriam consideráveis.

Segundo Souza-Araujo (1956, p. 117), a entrevista de Cruz “[...] foi recebida como um grito de alarme, que repercutiu até no Senado Federal [...]” resultando na apresentação de uma emenda orçamentária com destinação de recursos financeiros para implantação de uma colônia na mencionada ilha. No mesmo ano da entrevista, o plano de aproveitamento da estrutura da ilha para sede de uma colônia também foi defendido em duas teses de doutoramento na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e também recebeu elogio na Sociedade de Medicina e Cirurgia da capital, desencadeando um movimento de apoio à profilaxia da lepra em todas as sociedades médicas da capital federal.

O posicionamento de Oswaldo Cruz no ano de 1913 sobre a doença no Brasil demonstra um entendimento similar ao que foi apresentado no discurso de Miguel Pereira três anos depois, ou seja, uma preocupação com o lamentável quadro sanitário nacional em que a lepra estaria

disseminada e sem controle. O discurso de Pereira trouxe a dimensão das doenças como um flagelo nacional e a lepra tomará esta proporção com a construção de um discurso apontando a necessidade de conhecer sua magnitude no país.

Apesar de alguns setores da imprensa terem acusado Miguel Pereira de alarmista, seu pronunciamento recebeu solidariedade de um grupo de médicos vinculados à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ao Instituto Oswaldo Cruz e à Academia Nacional de Medicina, que atestaram a veracidade dos relatos proferidos por Pereira (BRITTO, 1995, p. 26). Os apoiadores o avalizaram com base tanto nos resultados dos estudos de Carlos Chagas sobre a tripanossomíase, realizados no interior de Minas Gerais, quanto nos resultados das expedições científicas pelo interior do país, coordenadas por Oswaldo Cruz. Portanto, Miguel Pereira não estaria apenas imprimindo sua opinião, mas trazendo a público um

[...] verdadeiro diagnóstico baseado no acervo documental e de pesquisas reunido pelo instituto, que proporcionava uma visão realista e chocante das condições de vida dos brasileiros. As expedições científicas, como eram chamadas, haviam revelado uma face até então insuspeitada do país, constituindo prova irrefutável do verdadeiro Brasil [...] (BRITTO, 1995, p. 27).

A produção do diagnóstico sanitário do país e suas possíveis soluções era tarefa desenvolvida pelo Instituto Oswaldo Cruz através da participação de seus cientistas em ações profiláticas, que atendiam demandas de setores públicos ou de empresas relacionadas a projetos de desenvolvimento para o país. Estrategicamente, aliado ao interesse econômico de algumas campanhas, havia também o empenho de construção nacional buscando incorporar populações isoladas no interior do país. Nesse sentido, diversas expedições foram realizadas almejando resultados profiláticos rápidos em que a ocorrência de alguma doença era empecilho para o empreendimento econômico. No entanto, as que ocorreram entre 1911 e 1913, “[...] foram demoradas e percorreram extensas áreas onde as investigações científicas predominaram sobre as preocupações médico-sanitárias de curto prazo. [...]” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CASA OSWALDO CRUZ, 1992, p. 6-7).

As expedições produziram detalhado registro das condições de vida e hábitos da população do interior do país, relacionando questões sanitárias e aspectos sócio econômicos, culturais e ambientais das regiões visitadas. Assim, o produto das pesquisas das expedições que ocorreram principalmente no triênio 1911-1913 foi considerado pilar científico da campanha do saneamento (BRITTO, 1995, p. 11).

A ausência de vitalidade do sertanejo brasileiro, diagnosticada pelas missões científicas que percorreram o país nas duas primeiras décadas do século XX, deram suporte ao pronunciamento de Pereira em 1916 ao associar o binômio Brasil-hospital e “[...] contribuiu para transformar em tema de debate público algo que era discutido em periódicos especializados e nos principais fóruns acadêmicos dos médicos [...]” (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 26).

A imagem de um Brasil doente foi revelada principalmente no relatório da viagem dos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna (NEIVA; PENNA, 1916). A expedição científica percorreu localidades interioranas da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás. O relatório apresenta descrição das doenças, vegetação, clima, aspectos culturais e condições sociais e econômicas das regiões, sendo enfático no atraso econômico e no distanciamento cultural entre as regiões sertanejas e os estados do sul do país. Ao final do relatório, antes de apresentarem os registros fotográficos, os médicos fizeram um diário do transcurso da viagem, datando seu início e término em 18 de março e 25 de outubro de 1912 respectivamente.

O abandono, o distanciamento do progresso e a desesperança são percepções registradas ao longo do documento. Neiva e Penna (1916) narram que, em visita a uma localidade baiana bastante afastada de qualquer outra povoação, um habitante já idoso, ao se referir sobre a moradia sertaneja situada em total isolamento, disse estar convicto de que as gerações futuras não presenciariam qualquer mudança e encerrou resignadamente a imagem da moradia dizendo “[...] isto aqui é uma sepultura aberta” (NEIVA; PENNA, 1916, p.174). O relatório é contundente ao identificar no abandono e na doença as causas da improdutividade dos habitantes do Brasil Central e faz um chamado para que se reconheça a verdadeira razão da indolência e da falta de iniciativa daquela gente.

A raça atual dessa região é inproveitada. É habitual dizer-se, e nós mesmos já cometemos esse pecado, que o povo sertanejo é indolente e sem iniciativa. A verdade, porém, é outra. A ausência de esforço e de iniciativa dessa pobre gente, é proveniente do abandono em que vive, e da incapacidade física e intelectual, resultante de moléstias deprimentes e aniquiladoras [...] (NEIVA; PENNA, 1916, p. 221).

Além de responsáveis pela situação de flagelo das populações, as elites políticas desconheciam e deram as costas para regiões sertanejas. Mesmo os políticos originários daquelas terras haviam se distanciado da realidade dos habitantes do Brasil Central.

A nação não tem consciência do verdadeiro estado das zonas flageladas pelas secas, mesmo os filhos daquelas paragens e que a fortuna guindou às altas posições políticas, em geral, não têm conhecimento do solo nativo porquanto se criaram nas capitais do Estado ou então no sul do país [...] (NEIVA; PENNA, 1916, p. 179).



Os autores atribuem atuação protagonista à medicina na redenção do país e apontam a utilidade de um serviço médico itinerante naquelas regiões. Tal proposição também indica a concepção de um modelo de assistência à saúde que deveria estar próximo das populações locais e, portanto, desconcentrado das capitais. Neiva e Penna propõem que o serviço poderia percorrer e atender incontáveis enfermos, prestando relevantes serviços aos que necessitassem, mas também à ciência por meio do estudo esmerado sobre enfermidades que ainda não haviam sido decifradas (NEIVA; PENNA, 1916, p.182).

Tratando de temas tão abrangentes e, ao mesmo tempo, rico em detalhes sobre aspectos da vida das famílias sertanejas, o relatório, que nasceu de uma expedição médica, ganhou o atributo de retratar o Brasil. Segundo Hochman (1998), a ampla divulgação do documento fez com que parte da opinião pública ficasse convencida do diagnóstico caótico das regiões visitadas. A situação de abandono pelo governo e o quadro de isolamento daquelas populações produziria nelas a ausência de qualquer sentimento de identidade nacional.

Dessa maneira, a repercussão do relatório contribuiu para que o problema da doença e uma proposta de reforma da saúde com ampla participação do Estado e sua presença em todo o território “[...] fossem percebidos como uma das respostas mais importantes para a recorrente pergunta sobre como transformar o Brasil em nação.” (LIMA, 2009, p. 231). Segundo a autora, a metáfora da doença reuniu forças suficientes para se constituir como traço definidor do país e legitimar o papel dos médicos dedicados à saúde pública como intérpretes do Brasil.

A áspera realidade apresentada pelas expedições não só inspirou o discurso de Miguel Pereira, como também forneceu material para mobilização de setores da elite política e intelectual em torno da ideia de recuperação do país, culminando com a organização da Liga Pró-Saneamento do Brasil, fundada em fevereiro de 1918. De imediato, o objetivo da organização era a criação de uma agência pública de abrangência federal destinada à coordenação das ações de saúde em todo território (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 26).

A Liga Pró-Saneamento pretendia alertar intelectuais e políticos para as péssimas condições sanitárias e conseguir apoio para ações públicas de saneamento no interior do Brasil. Seus integrantes elegeram como prioridades as bandeiras de centralização dos serviços de saúde e do enfrentamento das principais endemias que assolavam o meio rural — a malária, a ancilostomose e a doença de Chagas (HOCHMAN, 1998, p. 63; BRITTO, 1995, p. 25).

Contudo, ao contrário do que fez com grande parcela da intelectualidade médica, o movimento pelo saneamento rural não foi capaz de atingir e incorporar os leprólogos, e as demandas por uma política específica para a lepra não foram contempladas pelo movimento. Embora a enfermidade fosse mencionada ao lado de outras moléstias endêmicas no interior do país, a lepra foi reconhecida como uma doença urbana até o final da década de 1910 (CABRAL, 2013, p. 190-1). Tal condição, no entanto, também não a colocou entre as doenças que ameaçavam epidemicamente as populações da cidade e a doença seguia negligenciada.

Por outro lado, mesmo não tendo recebido destaque no diagnóstico sanitário promovido pelas expedições científicas que deram base ao movimento sanitário na sua segunda fase, acreditamos que o entendimento de que as doenças eram um grande óbice ao crescimento do país favoreceu a veiculação da lepra como um flagelo. Assim, a percepção difundida sobre a precária condição sanitária nacional e sobre a ausência do Estado no cuidado da saúde pública beneficiou o entendimento acerca do papel da lepra na degradação desse quadro sanitário e sobre a importância de ser enfrentada com políticas públicas específicas. Nesse sentido, a produção de um discurso que alertava sobre o perigo da lepra e seu esquecimento pelas autoridades foi uma estratégia desenvolvida na segunda metade da década de 1910.

### 3.3 LEPRA, UM FLAGELO NACIONAL

Enquanto o movimento pelo saneamento do Brasil em sua segunda fase se ocupava em chamar atenção para as doenças que assolavam os moradores da zona rural, os leprólogos buscaram difundir a lepra como um flagelo de grande magnitude, com o fim de conferir visibilidade à doença e aos seus efeitos para a sociedade. Reclamando para a lepra um lugar de prioridade nas ações sanitárias, o trabalho do médico Mário Mourão, publicado em 1916, indicava que a doença não fora incorporada pelo saneamento rural e apontava uma distinção entre o combate às doenças endêmicas e a forma de lidar com a lepra. Mourão reivindicava maior atenção à moléstia e pedia que o “[...] bello gesto de Miguel Pereira em relação á prophylaxia das moléstias do sertão, seja ampliado às coletividades das grandes aglomerações urbanas, em que, a par de outros flagelos, há o perigo da morphéa [...]” (MOURÃO, 1916 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 183).

O discurso de Mário Mourão, intitulado *A morphéa nos estados de Minas e São Paulo – sua prophylaxia, sua curabilidade* e proferido em 1916 no Primeiro Congresso Médico Paulista

(SOUZA- ARAUJO, 1956, p. 175), tinha tom alarmista e se assemelhava ao conteúdo proferido por Oswaldo Cruz em 1913 em *O Imparcial*. Mourão chamou atenção para o imenso contingente de leprosos em Minas Gerais e São Paulo, que, sem qualquer controle, visitavam e permaneciam em qualquer ambiente público disseminando a doença. Para Mourão, a doença tomava todo o país e, à medida que se alastrava, diminuía as chances de ser combatida constituindo-se num flagelo.

E o flagelo tem tendência a se alastrar. O morphetico entre nós transita livremente, dorme nas camas dos hotéis, senta-se ás mesas de restaurantes, vai aos theatros, mantendo um convívio social, do qual só é privado no dia em que o bacilo de Hansen reveste a sua miserável physionomia do facies leonino (MOURÃO, 1916 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 176).

Em setembro do ano anterior, Mourão havia publicado artigo com o título *Um Flagello Nacional*, em que concebeu um discurso da lepra como uma ameaça e conclamando a instalação de uma ação organizada dos governos da União e dos Estados, uma vez “[...] que não se pôde deixar, que o flagello se alastre mais e, é necessário que os morpheticos sejam isolados, que os casos confirmados sejam notificados [...]” (MOURÃO, 1915, p. 5).

Dispondo-se a avaliar as medidas adotadas no Brasil, afirmou que havia um verdadeiro descuido com a profilaxia da doença e censurou a prática caridosa. Mourão considerou que estávamos diante de

[...] extrema promiscuidade, a mais completa incúria, descuidando-nos na prophylaxia, não se cogitando dos meios de se attenuar o terrível flagelo que nos vae assolando. E, levados por um espirito de falsa caridade, consentimos que os morpheticos esmolem, negociem livremente pelas colonias e cidades do interior do Estado, disseminando o mal e espalhando um dos mais terriveis flagelos contemporâneos (MOURÃO, 1915, p. 5).

Sendo por contágio que se formavam os novos focos e se alargavam os antigos, Mourão afirmou que a finalidade da profilaxia seria, portanto, opor-se ao contágio. Com esse entendimento reforçava o isolamento dos leprosos em colônias agrícolas, “[...] onde o trabalho lhes faça esquecer sua triste condição, e a sociedade se liberte dos focos de contágio [...]” (MOURÃO, 1915, p. 5).

No artigo em que descreveu intensamente a constituição da lepra como um flagelo e o isolamento como alternativa para conter sua evolução, Mourão fez referência aos trabalhos de uma “grande” comissão instalada no Rio de Janeiro e composta por iminentes cientistas dedicados ao estudo da lepra (MOURÃO, 1915, p. 5). O médico fazia menção à Comissão de

Profilaxia da Lepra (CPL), que, segundo Souza-Araujo (1956, p. 123), foi promovida em meados de 1915 pela Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro com participação das outras sociedades médicas da capital federal: Academia Nacional de Medicina, Sociedade de Medicina e Cirurgia, Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sociedade Médica dos Hospitais.

Segundo Souza-Araujo (1956, p. 123-4), entre os representantes das entidades, estavam renomadas personalidades do meio médico-científico, como Juliano Moreira, Adolpho Lutz e Belmiro Valverde. A presidência da comissão esteve a cargo do Diretor Geral da Diretoria Geral de Saúde Pública, Dr. Carlos Pinto Seidl, e os trabalhos duraram de 1915 a 1919 com produção de relatórios abordando a doença, associada a temas específicos: transmissibilidade, casamento, profissão, imigração, domicílio e isolamento.

O relatório sobre último tema, de responsabilidade de Juliano Moreira e Fernando Terra, tratou de questões relacionadas à transmissão para subsidiar a adoção do isolamento como medida mais adequada. Reconheciam os autores que a “[...] medida prophylactica, única que se possa aconselhar, é o afastamento do convívio social de quem por ella foi victimado” (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 156).

No relatório, o tratamento dado ao processo de transmissão da doença demonstrou a fragilidade do conhecimento sobre o mecanismo do contágio, lacuna que fortalecia a segregação dos doentes, pois estes eram reconhecidamente a fonte do perigo. Os autores registraram indagações comuns ao meio científico sobre em que medida a localização do bacilo no corpo doente interferia no risco do contágio, bem como quais seriam os focos de emissão do germe. Outra dúvida referia-se à possibilidade de existir a interposição de parasita na veiculação do bacilo, importando determinar qual seria ele uma vez que havia uma infinidade de parasitas aos quais eram atribuída a capacidade de abrigar o bacilo. Assim, “[...] O esclarecimento dessas questões seria de grande alcance para o lançamento das bases da prophylaxia, ficando, porém, de pé o princípio de que aos leprosos cabe a responsabilidade de disseminar o mal” (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 156).

Para os casos em que houvesse resistência dos doentes em renunciar a sua liberdade, orientava-se “[...] revestir de grande suavidade a situação que vai ser imposta ao doente. Deve-se, portanto, para seduzi-lo, accenar-lhe com a perspectiva de uma vida melhor, e provar que a transição para o novo meio não lhe abrirá um sulco fundo nos seus hábitos” (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 157).

O relatório definia que, para o isolamento, os doentes deveriam ser divididos em dois grupos: os que dispusessem de renda e os que fossem dependentes da caridade pública. Citados como prática comum em todos os países, ao primeiro grupo de doentes caberiam o isolamento em domicílio e a vigilância médica. Nessa condição de isolados na própria moradia, os doentes seriam espontaneamente cautelosos, pois se empenhariam em proteger a família; seriam dóceis e se sujeitariam aos conselhos médicos. A segregação em domicílio foi apresentada como segura e eficaz para o método de isolamento, pois “A relativa liberdade em que ficam tanto do agrado do doente é um penhor seguro da sua submissão. Sem prejuízo de seu bem estar, cercado do carinho e affecto dos entes caros [...]” (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 157). Assim, os doentes que apresentassem as condições para o isolamento em suas residências responderiam bem ao método.

O papel da autoridade sanitária foi considerado delicado no exercício da vigilância médica, pois com a finalidade de alcançar a confiança e a simpatia do doente, seria preciso disfarçar a fiscalização “[...] nas roupagens de uma colaboração amistosa” (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 157).

Conforme a capacidade física dos doentes, o trabalho deveria ser facultado ao primeiro grupo para que os indivíduos se livrassem do tédio produzido pela inatividade. O casamento poderia ser permitido e assim não teriam a imagem de que foram afastados completamente da sociedade (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 158).

Para o segundo grupo de doentes, aqueles que não pudessem se manter, o relatório indicou a assistência prestada pelo Estado ou pela iniciativa particular que deveriam custear o isolamento dos leprosos em asilos ou colônias agrícolas. Os indivíduos dessa “segunda classe”, conforme o relatório, eram de maior interesse dos autores por serem em quantidade superior e demandarem maior atenção dos responsáveis pela saúde pública (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 157). A medida deveria ser adotada sem qualquer complacência e definitivamente: “[...] O doente deve ser retirado de vez do meio colectivo, impedindo-se terminantemente a sua digressão pelos centros populosos, onde, expondo as suas lesões para tocar a piedade, ostentam a mão á caridade” (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 158). Segundo o relatório, tratava-se de um espetáculo triste e frequente que ocorria nas cidades do interior, mesmo onde havia lazaretos, e que deveria ser banido dos “costumes”.

Sugeridas pelo relatório, as colônias para leprosos deveriam ser instaladas em locais distantes dos centros habitados, concentrando os doentes em verdadeiras vilas. Para assistência médica, haveria um hospital com pessoal capacitado a aplicar o tratamento nas manifestações da lepra ou em doenças intercorrentes. Os asilos ou lazaretos, unidades que o relatório também denominou de “casas de inválidos”, seriam localizados dentro do perímetro da vila de leprosos e receberiam maior assistência.

Por fim, ao encerrar o relatório, os autores afirmam que o isolamento do doente é aconselhado como medida eficaz para conter a propagação da lepra, devendo ser feito “[...] a) em domicílio para os indivíduos abastados; b) em colonias agrícolas ou villas de leprosos para os necessitados, capazes de trabalho; c) em asylos ou hospitaes para os invalidos” (MOREIRA; TERRA, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 158).

Em outubro de 1919, as conclusões tiradas a partir dos trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra foram informadas à Academia Nacional de Medicina. Os termos foram apresentados em ofício assinado pelos Drs. Henrique Autran e Emilio Emiliano Gomes e receberam o título de *Conclusões aconselhadas pela Comissão de Prophylaxia da lepra para servir de base a um projecto de lei* ((SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 158), indicando o alcance pretendido com as recomendações: dar fundamento científico à ação governamental. Descritas a seguir, as onze conclusões refletiram o consenso das mais importantes entidades médicas à época.

- I. O isolamento dos leprosos, base racional da prophylaxia da lepra, deve ser obrigatória, sem distinção de classe ou indivíduo.
- II. O isolamento em domicílio só deve ser effectuado excepcionalmente, quando o doente dispuzer de meios para o seu sustento, nas localidades de organização sanitaria efficiente, obrigando-se a submissão restricta ao tratamento prophylático, sob vigilancia assidua e rigorosa.
- III. Para os doentes necessitados capazes de trabalho, para os indigentes invalidados pela molestia, se fará o isolamento em lugares destinados á sua concentração:
  - a. Serão fundadas para os primeiros, villas ou colonias agrícolas, situadas em local salubre e adequado, onde receberão completa assistência do Estado, devendo exercer as respectivas atividades;
  - b. Essas colonias serão providas de instalações apropriadas ao isolamento voluntário de abastados, mediante a contribuição pecuniaria necessaria;
  - c. Para os segundos serão creados asylos ou leproserias em numero sufficiente para todas as necessidades do paiz.
- IV. É necessário effectivar com todo o rigor, nos casos dos indivíduos sujeitos ao isolamento domiciliar, e nas leproserias e asylos ou nas villas e colonias, a prophylaxia culicidiana, isto é, conjunto de medidas efficientes contra os mosquitos capazes de vehiculação da lepra.
- V. O casamento entre leprosos deve ser evitado, sendo tolerável sob vigilancia medica. Deve, ser tomadas as medidas cabaes de prophylaxia em relação á descendencia. O Estado proverá as necessidades dessa fiscalização, fazendo

- criar, nas colônias, asylos destinados ao isolamento, desde que nasçam, dos filhos de leprosos.
- VI. Sendo, nos termos da nossa legislação, justificados, respectivamente, a anulação do casamento ou desquite, quando provada a existencia da lepra antes ou depois da união conjugal, deveria ser estatuída em lei a faculdade da execução daquelas medidas jurídicas.
  - VII. Deve ser impedida por lei a introdução de leprosos oriundos do estrangeiro, fazendo-se para esse effeito completa fiscalização sobre os immigrantes nos diversos pontos de entrada, marítimas ou terrestres do paiz. Uma única exceção deverá ser aberta em favor da livre entrada dos nacionaes doentes repatriados.
  - VIII. Deve ser, em absoluto, vedada a venda de quaesquer productos industriaes ou agrícolas, de qualquer especie, manipulados por leprosos, excepto dentro do estabelecimento do isolamento onde se abrigam.
  - IX. Será formalmente prohibido o exercicio de qualquer profissão por individuo leproso entre a população sadia. O Estado dará a inactividade com todas as regalias inherentes ao cargo exercido, a todo o funcionario publico, de qualquer categoria, que contrahir a molestia, fazendo-o isolar convenientemente, conforme as deliberações anteriores.
  - X. Já sendo a lepra molestia de notificação compulsoria, será esta regulamentada convenientemente, fazendo-se obrigatoriamente a declaração dos casos suspeitos.
  - XI. A autoridade sanitaria exercerá perfeita vigilancia sobre os hotéis, hospedarias e demais habitações collectivas de modo a impedir as peregrinações de leprosos e a disseminação da molestia pelo paiz. (COMISSÃO DE PROFILAXIA DA LEPPRA, 1919 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 159).

As medidas públicas para lidar com a doença, adotadas nas décadas posteriores, espelharam muitas dessas orientações, cujos conteúdos figuraram nas normas legais sobre a profilaxia da doença, a exemplo do Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920, que, ao regular a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, trouxe conteúdos sobre o isolamento dos doentes, o cuidado com domicílio, a restrição à entrada de migrantes e à regulamentação do exercício de determinadas profissões por leprosos nos moldes aconselhados pela CPL (BRASIL, 1920a).

Somando-se às vozes de leprologistas preocupados com a difusão do problema da doença e demonstrando que a enfermidade havia ultrapassado as áreas urbanas, Emílio Ribas, durante apresentação no VIII Congresso Brasileiro de Medicina e 1º Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia, ocorrido no Rio de Janeiro em 1918, afirmou a necessidade de extinguir a doença também nas áreas rurais e sugeriu que o enfrentamento da doença fosse tratado pelo movimento em prol do saneamento dos sertões. Para Ribas, sem a inclusão das medidas contra a lepra, sanear os sertões seria uma farsa.

No Brasil seria imperdoável quaesquer delongas, pois urge extinguir os focos desta moléstia nos centros urbanos e os existentes entre as populações dos nossos campos. Sem esta providencia, não será uma verdade o saneamento de nossos sertões – problema que vem empolgando o espírito de eminentes collegas na campanha superiormente orientada pelo notável homem de sciencia Dr. Belisário Penna (RIBAS, 1918 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 238).

Nesse sentido, o parecer de Emilio Ribas é corroborado pela afirmação de Cabral (2013, p. 192) de que os estudos médicos começaram a apresentar a lepra como uma doença de ocorrência no meio rural a partir de 1918. Assim, o discurso que apresenta a doença como um flagelo em expansão por todo o país sem o empenho adequado dos governos para reversão desse quadro seguiu no sentido de provocar a formulação e a adoção de medidas profiláticas efetivas a partir da década de 1920, integrando um conjunto de ações centralizadas sob coordenação da União no campo da saúde pública.

### 3.4 CENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E A LEPROSA

Segundo Castro Santos (2004, p. 251), após 1920 entrou em curso no país um processo de interiorização dos serviços de saúde com base na forte participação do Estado na elaboração de ideologias e políticas que imputavam à educação e à saúde pública as estratégias de salvação nacional. Nesse contexto, a centralização dos serviços sanitários, defendida pela Liga Pró-Saneamento, foi apontada como questão de importância estratégica diante da fragmentação do país em unidades estaduais autônomas e dos poderes das oligarquias locais (BRITTO, 1995, p. 126).

Mesmo contrária à norma constitucional de 1891, que estabelecia a autonomia de estados e municípios, a bandeira da centralização foi fortalecida a partir da experiência com a epidemia de gripe espanhola que, desde o final de 1918, assolou grandes cidades, deixando evidente a insuficiência da estrutura federal na área da saúde (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 35). Além da gripe espanhola, a ameaça da febre amarela, em decorrência de sua presença endêmica em certas regiões do país, aprofundava a compreensão da interdependência territorial e do risco do controle da permanência dessas situações sob responsabilidades dos governos estaduais (HOCHMAN, 1998, p. 135). Portanto, a concepção de que seria necessária a implantação de ações coordenadas para o controle dessas enfermidades esteve vinculada ao entendimento de que as doenças contagiosas não reconheciam fronteiras, pois a situação sanitária de uma localidade poderia afetar outros territórios e o quadro tenderia a se agravar ao encontrar um setor público frágil e despreparado.

Nesse sentido, foi desenvolvido, a partir da década de 1920, um arranjo legal objetivando a coordenação centralizada das ações em todo o território nacional, com finalidade de superar os limites de atuação da Diretoria Geral de Saúde Pública. Tal arranjo foi materializado pela Lei



nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)<sup>52</sup>, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (HOCHMAN, 1998, p. 143). O fato também marcou o fim da atuação da Liga, pois, conforme afirmava no editorial do último número do periódico *Saúde – Mensário de Higiene, Assuntos Sociais e Econômicos*, de responsabilidade da própria entidade, o órgão alcançara seu propósito com a criação do DNSP (THIELEN; SANTOS, 2002, p. 396).

A Lei nº 3.987 trouxe as atribuições do novo departamento e estabelecia que caberia ao órgão a elaboração de um código sanitário a ser submetido ao Congresso Nacional. Segundo a norma, para o custeio das ações de profilaxia rural e das obras de saneamento do interior do país, seria formado um fundo sanitário especial com verbas de imposto sobre bebidas alcoólicas, da renda dos laboratórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, da taxação sobre os jogos de azar e do produto da venda do selo sanitário, além de verbas do próprio departamento (BRASIL, 1920b).

Três diretorias integravam o departamento: Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal, Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, Saneamento e Profilaxia Rural, cuja atribuição era combater as endemias e epidemias em todo território na federação, adotando medidas de propaganda, higiene, educação e profilaxia. Para facilitar a atuação do órgão, foi prevista a promoção de acordos com os governos estaduais e municipais. Subordinados diretamente ao Diretor do Departamento, foram instituídos alguns serviços, um dos quais seria responsável pela profilaxia contra a lepra e contra as doenças venéreas (BRASIL, 1920b).

Entre 1920 e 1923, o regulamento do DNSP passou por diversas alterações. O primeiro regulamento, instituído pelo Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920, recebeu duras críticas veiculadas nas páginas do periódico *Brazil-Médico*. A desaprovação estava relacionada à análise de que o novo regulamento sanitário conferia pouco prestígio ao saneamento rural, pois havia abandonado os princípios de maior centralização dos serviços sanitários e da ampliação da participação da União nos estados e municípios para coordenação das ações de, saúde pública (COSTA, 2007, p. 297; CUNHA, 2011, p. 133).

---

<sup>52</sup> A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública coroou a campanha pelo saneamento dos sertões, representada pela Liga Pró-Saneamento, e é considerada o início da nacionalização das políticas de saúde e saneamento no Brasil. A direção do órgão foi concedida a Carlos Chagas e não a Belisário Penna, liderança emblemática do movimento sanitário, ficando este a cargo da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (COSTA, 2007, p. 297).

Conforme Maciel (2007, p. 40), com relação à lepra, as críticas ao regulamento o consideravam pouco rigoroso por permitir o isolamento domiciliar para doentes com condições sociais e econômicas para procedê-lo, além de pressupor uma separação social entre os doentes. A norma foi substituída pelo Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920, que sofreu duas alterações posteriores, uma em 1921 pelo Decreto nº 15.003, publicado em 15 de setembro e outra pelo Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923 (COSTA, 2007, p. 297-8).

Ao longo de seu funcionamento, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV), instituída através do Decreto nº 14.354<sup>53</sup>, ficou sob comando de dois médicos que haviam sido membros da CPL: Eduardo Rabello, que ocupou o cargo até 1926, e Oscar da Silva Araújo, que permaneceu à frente do órgão até sua desativação, em 1934. Sua criação foi a primeira ação estatal específica para responder às questões relativas ao controle da lepra (MACIEL, 2007, p. 40-2).

Conforme Cunha (2010, p. 941), a instituição do órgão demonstrou o reconhecimento da doença como um problema para o país, o que vinha sendo defendido desde a metade da década de 1910 por meio dos trabalhos da CPL e em encontros científicos, como o I Congresso Médico Paulista (1916) e o VIII Congresso Médico Brasileiro (1918). Para a autora, tais acontecimentos influenciaram a criação da IPLDV e alertaram as autoridades para a urgência em promover políticas públicas voltadas para o controle e o combate da doença, que assumia grandes proporções. Assim, conforme nos diz Souza-Araújo (1956, p. 208), a criação do órgão veio como resposta ao movimento médico que demandava pela “[...] atenção dos governos federal e estaduais a fim de que sejam tomadas medidas de prophylaxia contra esta moléstia.” (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p.208).

Em 1923, o regulamento aprovado pelo decreto nº 16.300, de 31 de dezembro, trouxe, segundo Curi (2010, p. 236), abordagens sobre a lepra que permaneceram em vigor até a década de 1950. Com relação ao isolamento, o regulamento previa que, conforme indicação, o doente seria submetido ao isolamento nosocomial, realizado em estabelecimentos fundados pelo governo (federal, estadual ou municipal) ou por iniciativas privadas. Os estabelecimentos dessa natureza seriam as colônias agrícolas, sanatórios ou hospitais e os asilos. As colônias seriam sempre preferíveis, concebidas em ambientes amplos para que se estabelecessem verdadeiras vilas de leprosos, com hospitais para tratamento de doenças intercorrentes, creche, orfanatos e asilo para

---

<sup>53</sup> Conforme art. 137, a inspetoria também seria responsável por superintender a execução das disposições regulamentares relativas ao câncer.

os incapazes. Os sanatórios, hospitais e asilos seriam admissíveis quando permitidas as condições locais ou o número reduzido de doentes dispensar a instalação de uma colônia. Instalados em amplos logradouros, teriam a finalidade de multiplicar os locais de isolamento junto aos focos, para assim facilitar a segregação dos doentes. Às colônias seriam enviados os que tivessem capacidade de pequenos trabalhos; para sanatórios e hospitais, seriam avaliados de acordo com as vantagens ou desvantagens do tratamento nesses estabelecimentos e para os asilos, os doentes inválidos (BRASIL, 1923).

Desde que a habitação fornecesse as condições adequadas, o doente poderia aguardar, sob vigilância, o diagnóstico da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas em domicílio particular. Do contrário, a transferência para local de isolamento provisório se daria de imediato. Se o indivíduo suspeito da doença não permitisse a realização do exame, seria requisitado o auxílio da polícia para execução da medida e encaminhamento ao isolamento em caso de confirmação (BRASIL, 1923).

O isolamento em domicílio seria permitido diante de assídua vigilância, sendo concedido mais facilmente a doentes da forma nervosa ou anestésica pura da doença. Em seu domicílio e aposentos, deveria manter-se o asseio e, neste último, era desaconselhado o ingresso de outras pessoas. O quarto deveria ser de uso pessoal e suas roupas lavadas na própria residência, separada de outras e fervidas. Deveria haver também a observância de manter afastados moscas, mosquitos e outros insetos. Além de outras determinações, o doente deveria manter-se afastado de outros moradores, utilizar banheiro próprio e manter-se em seu próprio aposento e afastar-se das crianças. Por fim, os filhos de leprosos, mesmo que apenas um dos pais fosse o doente, deveriam ser levados para ambientes especiais logo depois de nascidos e não poderiam ser amamentados por sua mãe se estivesse adoentada (BRASIL, 1923).

Para Curi (2010, p. 233), com relação à lepra, o novo regulamento demonstrou a permanência dos mesmos princípios do regulamento de 1904, uma vez que a Reforma Carlos Chagas<sup>54</sup> manteve o que Oswaldo Cruz chamou de *substractum* da profilaxia da lepra. O termo foi apresentado por Cruz dez anos antes em *O Imparcial*, referindo-se ao que deveria

---

<sup>54</sup> Segundo Curi (2010, p. 232) a reforma dos serviços de saúde pública no início da década de 1920 ficou conhecida como Reforma Carlos Chagas. À frente das questões sanitárias do país, dirigindo o Instituto Oswaldo Cruz e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), Chagas ampliou o poder de intervenção da União na esfera da saúde pública e organizou os primeiros serviços especializados de combate às doenças, entre as quais a tuberculose e a lepra. Sua permanência na direção do DNSP se estendeu até 1926 (CUNHA, 2011, p. 133).

necessariamente nortear as medidas profiláticas, ou seja, o isolamento dos leprosos em colônias (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 118). No entanto, Curi (2010, p. 233) reconhece que o regulamento ampliou o disposto em 1904 ao trazer mais acentuadamente o aspecto da privação de liberdade que revestiu o isolamento dos leprosos.

Assim, embora não integrasse o rol de doenças consideradas como problemas nacionais pelo movimento sanitaria da década de 1910, a reforma dos serviços sanitários em 1920 dedicou à profilaxia da lepra um serviço próprio e aplicou as bases da política de isolamento compulsório que perdurariam por décadas futuras. Nesse sentido, percebe-se a preocupação com o avanço da doença e o reconhecimento de que a moléstia deveria se constituir objeto de política pública diante de sua endemicidade.

### 3.4.1 A lepra como uma endemia nacional

No mesmo ano de instituição do Decreto nº 16.300, 1923, ocorreu também a publicação da segunda edição do livro *Saneamento do Brasil*<sup>55</sup>. Na obra, de autoria de Belisário Penna, a principal liderança do movimento pelo saneamento rural, a lepra é apresentada como uma das endemias nacionais. Segundo Curi (2010, p. 243), foi durante o período em que Penna esteve à frente da direção do Serviço de Profilaxia Rural do DNSP, entre 1920 e 1922, que o médico se aproximou do problema da lepra no Brasil e passou a se interessar pelo tema.

Nessa segunda edição, Penna coloca a lepra numa perspectiva alarmante para o quadro sanitário nacional e, dada sua liderança e representação política e científica, podemos compreender que a referência feita à lepra contribuiu para o entendimento de que a doença era nacionalmente relevante. A posição de Penna se agregou aos discursos que vinham sendo veiculados em congressos médicos e periódicos especializados desde a segunda metade da década de 1910<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> O livro foi publicado pela primeira vez em 1918, ano de fundação da Liga Pró-Saneamento, reunindo artigos de Penna publicados pelo *Correio da Manhã* entre novembro de 1916 e dezembro de 1917 (HOCHMAN, 1998, p. 72).

<sup>56</sup> No período em destaque (segunda metade da década de 1910 até 1923), entre os eventos científicos destacados na cronologia da doença pela Fundação Oswaldo Cruz, além da criação da Comissão de Profilaxia da Lepra (1915), estão relacionados a 1.ª Conferência Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia (Buenos Aires, 1916), o 1.º Congresso Médico Paulista (1916), o 1.º Congresso Americano da Lepra (Rio de Janeiro, 1916), o VIII Congresso Brasileiro de Medicina (Rio de Janeiro, 1918), o 2.º Congresso Sul-Americano de Dermatologia (Montevideu, 1921), a I Conferência Pan-americana de Lepra (Rio de Janeiro, 1922), a III Conferência Internacional de Leprologia (Strasburgo, 1923) e o I Congresso Brasileiro de Higiene (Rio de Janeiro, 1923). Disponível em: <http://www.fiocruz.br/historiadahanseniose/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=23&sid=5>. Acesso em: 6 set. 2019.

caracterizando a lepra como um flagelo nacional esquecido pelas autoridades políticas e doença merecedora de atenção, assim como outras enfermidades transmissíveis que comprometiam o vigor da população brasileira.

Na edição de 1923, em uma das páginas iniciais, encontramos uma imagem (Figura 4) que faz alusão às doenças epidêmicas e endêmicas, sugerindo que elas aprisionam a população, deixando-a vulnerável às consequências devastadoras e fatais das enfermidades. No entanto, distingue a forma de ação entre elas, pois, enquanto as patologias epidêmicas afetam um maior número de pessoas e dizimam poucos, as endêmicas “[...] desvalorizam e extinguem lentamente todos os indivíduos, degradam a espécie, degeneram a raça e matam a nacionalidade” (PENNA, 1923, p. 8). As doenças, feito algemas de pé com bolas de ferro, aprisionam e castigam o indivíduo, entregando-o ao assombro da morte. Na imagem, cada bola de ferro representa uma determinada doença e, presa à perna direita do homem que aparenta ser um trabalhador do campo, está a lepra.

Figura 4 – Epidemias e endemias



Fonte: Penna (1923).

Na segunda parte dessa edição, o médico tratou da etiologia, do tratamento, da profilaxia e das razões do crescimento das principais endemias que afetavam a saúde e a vida dos brasileiros, incluindo a lepra. Descreveu a doença como repugnante e incurável, “[...] que desde remotos

annos vem se alastrando no paiz, exigindo providencias urgentes para impedir sua propagação, que já é alarmante” (PENNA, 1923, p. 263).

Qualificou o Brasil como um dos grandes focos da doença com 30.000 leprosos, existindo 1 caso para cada 1000 habitantes. Segundo sua avaliação, a lepra encontrava-se bem disseminada pelo território e, em uma das capitais estaduais, a doença já era pavorosa com uma proporção de 1 doente para cada 100 habitantes, mas dizia que, em determinados locais no interior dos estados, os números seriam ainda maiores, chegando a 5% (PENNA, 1923, p. 263).

Para o médico, a doença já se encontrava nas mais elevadas camadas da sociedade e não atingia apenas as pessoas sem conhecimento de noções de higiene e os desafortunados. Por constituir-se em uma “calamidade pública”, o problema precisava ser prontamente combatido e, uma vez que o modo de transmissão era desconhecido, “[...] o único meio de evitar a propagação do mal de Lasaro [sic] consiste na separação das suas victimas, no seu afastamento da sociedade.” (PENNA, 1923, p. 265). Especificou que o sistema usado para a segregação dos leprosos em todo mundo constituía-se em hospitais, asilos, colônias e isolamento domiciliar, porém sua análise acerca do número elevado de doentes, do alto custo das medidas de isolamento e do insucesso do isolamento em domicílio o fez propor a organização de um ou dois municípios destinados aos doentes de todo país.

Esses municípios, situados no planalto do Ceará e no de Minas ou do Paraná, terão a área de 6 a 9 leguas quadradas, tendo ao centro uma cidade com todos os requisitos modernos de hygiene e de conforto, onde os leprosos gosarão os mesmos direitos e regalias dos habitantes do resto do paiz, excepto o de locomoção, que ficará limitado até as fronteiras dos respectivos municípios (PENNA, 1923, p. 265).

Defendeu a proposta como uma solução humanitária e econômica, pois não rejeitaria nenhum leproso e concentraria todos os serviços de atendimento ao doente em dois pontos. Complementando o artigo sobre lepra, Penna apresentou orientações de forma “didática” (Figura 5), alertando que, por estar acometido por uma “doença que se pega”, o leproso não deveria conviver com os sadios; seus objetos pessoais deveriam ser de uso exclusivo; a notificação de casos, uma obrigatoriedade e os cuidados higiênicos deveriam ser rígidos. Assim, as orientações profiláticas reforçavam o isolamento dos doentes.

Figura 5 – Lepra



Fonte: Penna (1923).

A inclusão da lepra no livro *Saneamento do Brasil*, apontando a necessidade de mensurar os casos e demonstrar sua disseminação pelo Brasil, indica a crença de que a doença era um problema sanitário ao lado das endemias já reconhecidas pelo movimento pelo saneamento. O desconhecimento sobre sua forma de transmissão reforçava o afastamento entre doentes e



sadios como medida profilática, estratégia que seria desenvolvida por meio da parceria entre os governos federal e estaduais.

### **3.4.2 Profilaxia da lepra na década de 1920 e perspectivas sobre o isolamento**

Ao criar o DNSP, o Decreto 3.987, de 2 de janeiro de 1920, normatizou que a execução dos serviços de profilaxia rural nos estados seria realizada mediante acordo entre o órgão e os governos estaduais. Segundo Hochman (1998, p. 184-6), em 1920 três estados tinham contratos firmados com a União (Paraná, Minas Gerais e Maranhão) e, em 1924, esse número teria subido para 17, ficando ausentes as unidades de Goiás, São Paulo e Rio Grande do Sul. Para o autor, a presença do poder central nos estados com foco nas ações de saneamento rural suscitou novas atividades e expandiu-se nas 17 unidades com a incorporação de medidas de profilaxia da lepra, da sífilis e das doenças venéreas. O autor ainda considera que a lepra se transformou na enfermidade cuja transferência para a responsabilidade federal foi mais rápida.

A celebração de acordos era necessária para se cumprir o regulamento federal, pois a implementação dos programas federais nos estados deveria respeitar a autonomia das unidades federadas prevista na Constituição. Conforme Maciel (2007, p. 41), os contratos previam que os governos estaduais deveriam obedecer a legislação sanitária federal e, com exceção de São Paulo, que possuía uma legislação autônoma e política própria de profilaxia, todos os estados brasileiros firmaram parceria com o governo federal.

Segundo Souza-Araujo (1956, p. 285), o primeiro acordo de relevância para a profilaxia da lepra foi celebrado em 30 de dezembro de 1920 entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e o governo do estado do Pará. O contrato para criação do Serviço de Saneamento Rural embutia cláusulas relativas à lepra que originaram a fundação do primeiro leprosário federal no Brasil, o Lazarópolis do Prata.

Segundo Cabral (2013, p. 272), a construção de leprosários serviu como parâmetro para julgamento da eficácia da atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Em 1923, Eduardo Rabello anunciou o início de construção de três colônias: a primeira no Pará, com capacidade para 2.000 doentes; a segunda no Maranhão e a terceira no Ceará, que poderiam comportar 600 e 500 doentes respectivamente. O plano buscava atacar os principais focos da doença no país e assim previa também a construção de três colônias em Minas Gerais, que juntas abrigariam 2.000 doentes; uma no Distrito Federal para 1.000 leproso; outra em algum

estado do Sul com capacidade para 500 indivíduos e finalmente em São Paulo, para 1.000 leprosos.

O Quadro 1 informa sobre os leprosários construídos na década de 1920, demonstrando o resultado do investimento para implantação e desenvolvimento da política de isolamento compulsório dos doentes. Com exceção dos leprosários Antônio Diogo e São Francisco que contaram, total ou parcialmente, com verbas particulares, os demais foram construídos com recursos públicos. O leprosário Santo Ângelo, construído em 1928, teve suas instalações custeadas com verbas próprias do governo de São Paulo e de particulares (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 581-2).

Quadro 1 – Inauguração de leprosários na década de 1920

Ano	Localização	Estabelecimento
1924	Pará	Lazarópolis do Prata
1926	Paraná	Leprosário São Roque
1928	Ceará	Leprosário Antonio Diogo
1928	São Paulo	Leprosário Santo Ângelo
1929	Rio G. do Norte	Leprosário São Francisco de Assis
1929	Distrito Federal	Hospital Colônia Curupaiti

Fonte: Souza-Araújo (1956).

A realização dos censos para contagem de leprosos nos estados foi também outra iniciativa marcante da Inspetoria de Profilaxia de Lepra e Doenças Venéreas prevista pelo Decreto nº 16.300. Conforme artigo 176, o censo deveria incluir todos os leprosos e utilizaria como fonte os dados coletados nas notificações de casos realizadas nas zonas sob jurisdição da inspetoria e dos Estados que fizessem a profilaxia por contra própria (BRASIL, 1923).

Apurar o quantitativo de doentes já era uma demanda dos leprólogos para dimensionar o problema e responder questões importantes para programação das ações de controle, ou seja: era necessário saber quantos são, quem são e onde estão os doentes. De acordo com Cabral (2013, p. 271), os censos foram uma das medidas mais difundidas que a Inspetoria executou, porém os números serviram não apenas para o conhecimento do problema e para imprimir urgência às medidas concretas, mas também foram empregados por leprólogos críticos ao trabalho da Inspetoria que utilizaram as estatísticas censitárias em especulações sobre a eficácia da política governamental.

O enfrentamento entre as abordagens oficial e crítica de aplicação dos números de leprosos existentes no país é reconhecida em discussão entre Belisario Penna, Silva Araujo e Eduardo Rabello<sup>57</sup> em 1926. O debate ocorreu na Academia Nacional de Medicina (ANM), onde conforme Souza-Araujo (1956, p. 414), Penna profere conferência intitulada *O problema da lepra no Brasil*<sup>58</sup>, em 17 de junho daquele ano. Segundo Monteiro (2019, p. 380), esse debate expressa o posicionamento de dois blocos: os “humanitários” que defendiam medidas mais brandas e seletivas de isolamento dos doentes e os “isolacionistas” que propunham a segregação de todos os doentes independente da condição social, econômica, forma clínica da doença ou idade dos indivíduos.

Assim, crítico com relação aos trabalhos que a inspetoria vinha desenvolvendo, Penna relatava que a doença havia rompido as barreiras de dois grandes focos situados um ao norte com Amazonas, Pará e Maranhão e outro ao sul formado por Minas Gerais e São Paulo. Para o médico, a doença tomava conta de todos os lugares e, sem poupar matas, cidades, vilas, campos, pobres e ricos, a lepra junto a outras moléstias, ia “[...] coroadando a obra negativa do zelo pela saúde [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 415).

Penna tentava demonstrar que a doença estava descontrolada ao dimensionar que havia “[...] 33.000, oitocentos e tantos leprosos [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 415). Para chegar a esse total, disse ter tomado por base os dados oficiais e as informações de centenas de particulares de todos os cantos do país que lhe escreviam: médicos, farmacêuticos e leigos, “[...] todas com a recomendação muito acentuada de não ser mencionado o nome do informante, para não sofrer depois perseguições políticas. [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 415).

Utilizando-se dos números sobre os casos de lepra, Penna procurava demonstrar que os tratava com propriedade e assim fortalecia sua narrativa sobre a enfermidade. Aparentava construir seus argumentos com uma segurança provavelmente advinda de sua larga trajetória e

---

<sup>57</sup> O debate travado na ANM colocou lideranças públicas em oposição e, conforme Cabral (2013), de um lado estava Belisário Penna que havia se exonerado do cargo de diretor do Saneamento e Profilaxia Rural em 1922, por discordar das diretrizes do Departamento Nacional de Saúde Pública sob o comando de Carlos Chagas; e do outro lado, Eduardo Rabello e Oscar da Silva Araújo, que eram inspetor e subinspetor da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, vinculada ao mesmo departamento (CABRAL, 2013, p. 218).

<sup>58</sup> O conteúdo dos pronunciamentos são encontrados em tópico específico na obra de Souza-Araujo (1956, p. 411-445) em que traz debates na Academia Nacional de Medicina (ANM) sobre o problema da lepra no Brasil. Souza-Araujo transcreve os relatórios das sessões que foram publicados no boletim da academia.

experiência junto ao movimento pelo saneamento, às expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz e ao Serviço de Profilaxia Rural<sup>59</sup>. Nesse sentido, parece-nos que o médico sentia-se confortável para atestar tais estatísticas, emprestando-lhes seu prestígio e dizendo ser ele próprio a garantia da veracidade das fontes. Penna afirmava:

A princípio, eu calculava que fossem de 7 a 8 mil os leprosos de Minas. Já nos meus últimos artigos elevo esse numero a 12 mil e tantos, e hoje deante de informações, muitas delas fidedignas — porque conheço os informantes — sinto poder afirmar á Academia que o Estado de Minas talvez não contenha menos de 14 a 15 mil leprosos patentes (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 415).

Alguns dias após, em 24 de junho, a resposta à comunicação de Penna foi proferida por Oscar da Silva Araujo, então chefe da inspetoria, e Eduardo Rabello<sup>60</sup> (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 418). Silva Araujo confrontou com dados oficiais os números apresentados por Penna e, tendo como referência os censos, seu relato trouxe a existência de 11.174 casos de lepra registrados até final de 1925 e distribuídos entre estados e Distrito Federal (Tabela 1).

Tabela 1 – Estatística de leprosos até 31 de dezembro de 1925 no Brasil

<b>Localização</b>	<b>Número de leprosos</b>
Amazonas	691
Pará	2.013
Maranhão	653
Piauí	21
Ceará	466
Rio Grande do Norte	68
Paraíba	22
Pernambuco	298
Alagoas	32
Sergipe	9
Bahia	62
Espírito Santo	22
Estado do Rio	68
Distrito Federal	1.204
S. Paulo	4.115
Paraná	370
Santa Catarina	106
Rio Grande do Sul	164
Minas Gerais	691
Goiás	2
Mato Grosso	97
<b>Total</b>	<b>11.174</b>

Fonte: Academia Nacional de Medicina, citada por Souza-Araujo (1956).

<sup>59</sup> Em 1920, após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), Belisário, Penna assumiu a direção do Serviço de Profilaxia Rural, permanecendo até 1922 quando se desligou por discordar dos princípios do DNSP (CURI, 2010, p. 243).

<sup>60</sup> O primeiro diretor da inspetoria foi o professor Eduardo Rabello, médico dermatologista, que ocupou o posto até 1926, quando foi substituído por Oscar da Silva Araujo até 1934, quando o órgão foi desativado (MACIEL, 2007, p. 40).

As declarações de Penna haviam colocado os números da doença sempre em patamares mais elevados que os dados oficiais, soando como crítica ao trabalho desenvolvido pela inspetoria, entretanto o método adotado pelo médico para as estatísticas da doença, seja as daquele momento, seja as de períodos anteriores, foi motivo de censura e desconfiança por parte dos representantes do governo naquele debate, como mostra o diálogo durante exposição de Eduardo Rabello feita logo após Silva Araujo. Rabello então se dirige a Penna:

O Dr. Belisario Penna teve um ponto de partida com o qual não estou de acordo. Nem mesmo sei de onde partiu S. Ex. Em uma das suas publicações, afirma S. Ex. que em 1800 o Brasil tinha 4.000 leprosos. Como chegou S. Ex. a esse resultado?

O Sr. Belisario Penna: - Foi apenas um calculo.

O Sr. Eduardo Rabello: - Foi um calculo de onde se tirou uma comparação para o nosso coefficiente actual. Logo, é um estudo importante. Mas de onde S.Ex. tirou esse calculo?

O Sr. Belisario Penna: - Eu partia dos 33.500 doentes e, assim como fazia o calculo para daqui a 20 anos, o fazia para 30 anos atraz.

O Sr. Eduardo Rabello: - Confesso que eu não podia prever que fosse assim. Mas é uma questão muito seria, pois entende justamente com o nosso índice (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 424).

O debate mostra sobretudo a dificuldade em dimensionar o número de doentes e um desacordo entre aqueles que supostamente teriam autoridade científica e política para tratarem do tema. A cobertura adequada de uma política pública implica fundamentalmente saber quem são os beneficiários e onde se encontram, e o debate, nesse caso, não demonstrava a existência de convergências. Rabello apontava para o desencontro dos números que eram divulgados e provocava sobre o método de aferição.

Chegamos a apurar a existencia de cerca de 11 mil. O Dr. Belisario Penna entende que temos 33.500 e tantos doentes. Há diversas outras estatísticas. O Dr. Pupo acha que temos 25.000. O Sr. Silva Araujo lembra que já se chegou a elevar esse numero a 50.000. É possível que isso seja verdade, mas temos o dever de exigir umas tantas explicações a respeito do ponto de partida que tiveram os nossos eminentes collegas para chegar a esses resultados. Como o verificaram? (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 423).

A ausência de consenso quanto aos números da doença integrava um debate cujo pano de fundo era o desempenho da IPLDV. Cabral (2013, p. 217) afirma que a tônica do debate entre Rabello, Silva Araujo e Penna consistia na ambiguidade entre a instituição da lepra como um grave problema sanitário e a preocupação em expressar numericamente a dimensão dessa ameaça. Nesse sentido, podemos perceber que os representantes da inspetoria pretendiam fazer com que os números apresentados pelo órgão fossem validados como autênticos e reais, pois o debate

estatístico revelava um embate político sobre a efetividade das ações públicas com relação à lepra.

Penna procurou demonstrar que o controle da doença não havia recebido a devida atenção por parte do órgão e, por isso, os números eram alarmantes. A comparação que fazia entre o Brasil e outros países, como a Colômbia, o Japão e a Índia, demonstrava, segundo o sanitarista, que estávamos em “[...] situação verdadeiramente dolorosa [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 416). O médico sustentava sua opinião por meio de outra medida estatística, a da incidência da doença, e dizia que, no Brasil, a taxa seria de 100 casos por 100.000 habitantes e na Índia, país reconhecido pela situação crítica da doença, a incidência seria de 34/100.000 habitantes.

Ao mencionar o quantitativo de doentes do Distrito Federal, Penna, por acreditar que grande parte dos doentes provinham do interior do país em busca de tratamento e asilo, dizia com pesar que os enfermos encontravam na capital apenas o dispensário e considerava que tal serviço atuava para fazer crescer o número de doentes na cidade, sendo para ele “[...] um verdadeiro chamariz de leproso. [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 416).

Penna acreditava que a culpa pela ocorrência da doença não estava no indivíduo leproso, mas de todos os que não providenciaram as condições para evitar “[...] essa avalanche tremenda que vem inundando o país [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 417). Nesse sentido, desqualificava as ações voltadas para a contenção do mal, pois o “[...] facto é que pouco ou nada se tem feito; e o pouco, si é que existe deixa muito a desejar. [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 417). Sua proposição era a criação de um ou dois municípios do tamanho do Distrito Federal para abrigar os leproso do país, fossem ricos ou pobres, onde, totalmente isolados das pessoas sãs, poderiam usufruir dos benefícios da vida em uma cidade.

Já Oscar Silva Araujo e Eduardo Rabello se esforçaram em contrapor os julgamentos de Penna. Silva Araujo afirmou que o órgão oficial organizado em final de 1920 colocou em prática o regulamento de saúde pública, firmando acordos com as administrações estaduais para organização de serviços; promoveu a realização do recenseamento e a organização dos projetos de construção dos leprosários. Destacou ainda a distribuição dos éteres etílicos de *chaulmoogra*

para tratamento dos doentes em todo país (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 420).

Para Silva Araujo, a legislação com respeito à lepra estava cientificamente amparada, pois havia tomado como referência as conclusões da Comissão de Profilaxia da Lepra, além de estar em consonância com preceitos da leprologia moderna afirmados na Conferência Americana da Lepra (1922) e Conferência de Estrasburgo (1923)<sup>61</sup>. Ele foi categórico ao defender que a solução brasileira para a profilaxia da lepra estava adequada, indicando que uma análise das “[...] medidas contidas na lei brasileira e as resoluções aprovadas por essas Conferencias, veremos que tudo por ellas aconselhadas está já contida na nossa organização sanitária” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 421).

Em resposta a uma das críticas de Penna, Silva Araujo afirmava que todos os doentes estariam sob vigilância sanitária e não isolados em domicílio (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 421). Apesar de previsto, essa modalidade de isolamento não poderia ser executada, pois, em caso de não cumprimento das determinações médicas, o doente deveria ser submetido ao isolamento em hospitais, sanção impossível de ser adotada, tendo em vista a inexistência de estabelecimentos suficientes. Penna era defensor da segregação obrigatória, mas Silva Araujo contrapôs, afirmando que a eficiência dessa prática para debelar a difusão da doença vinha sendo questionada, citando o exemplo do Hawaí, das Filipinas e da Nova Caledônia.

[...] em nenhum desses paizes taes processos deram resultados. Aqui temos o exemplo do território de Hawaí. Em relatório enviado á Conferencia Americana da Lepra, que aqui temos presente, verifica-se a completa fallencia dos processos draconianos que obrigam as auctoridades sanitárias a mudade de táctica [...] (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 421).

Nesse sentido, Penna foi desafiado por Silva Araujo a mostrar algum “[...] povo com um número apreciável de leprosos que tenha conseguido libertar-se da lepra, nos tempos modernos, por meio da segregação absoluta. Não existe. [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 422). Compartilhando as mesmas preocupações, para Rabello os leprosários deveriam existir para doentes pobres que precisassem de isolamento, mas principalmente de um lugar para morar, dormir e se alimentar. Considerava não ser admissível que uma doença pouco contagiosa sustentasse uma prática em condições tão

---

<sup>61</sup> Disponível em: <http://www.fiocruz.br/historiadahanseniose/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=23&sid=5>. Acesso em: 6 set. 2019.

rigorosas sem poder garantir sua cura. Para Rabello, a prática do isolamento seria uma ação “[...] ante-scientificamente contra todas as legislações do mundo, e seria um absurdo voltarmos atrás neste momento” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 427).

Assim, entre as medidas adotadas pela inspetoria, durante o debate Rabello ponderou que o órgão promovia o tratamento de muitos doentes, o que poderia influenciar na prática do isolamento. Apoiou-se em experiências de outros locais que, com aplicação dos éteres de chaulmoogra, obtiveram resultados favoráveis, apontando que “[...] Assim é que nas Philipinas já há 300 doentes soltos sob palavra, e, pelo menos se póde dizer que com essa medicação já se tem conseguido aquilo que não se obteve com nenhuma outra” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 424).

Demonstrando as estratégias profiláticas adotadas pelo órgão, o relatório da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, elaborado em 1927 por Oscar da Silva Araujo (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 497), descreveu que o trabalho incluía o registro clínico e epidemiológico de todos os doentes para controle do tratamento e dos medicamentos dispensados, a vigilância preventiva dos comunicantes com exames sistemáticos, o auxílio pecuniário dos leprosos isolados e de sua família. Com relação à terapêutica da doença, o óleo de *chaulmoogra* foi retratado como medicamento de resultados “apreciáveis e úteis” para a profilaxia da doença, ensejando inclusive um acordo entre a Inspetoria e o Instituto Oswaldo Cruz com a finalidade de fornecer medicamentos necessários ao tratamento dos leprosos (SILVA ARAÚJO *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 497-499).

Embora considerasse indiscutível os progressos trazidos pela terapia antileprosa, Silva Araujo registrou no relatório não ser possível acreditar exclusivamente no tratamento dos doentes para a profilaxia da doença. Julgava, entretanto, que a terapia poderia modificar as condutas mais severas, tornando-as mais brandas. Considerava que a segregação integral de todos os doentes não era exequível e o tratamento profilático contribuiria não só para tornar o isolamento menos extenso, mas “[...] por servir de incentivo e pretexto para torná-lo mais viável, sendo a esperança de uma cura possível, lenitivo a invocar ao decretar-se a reclusão em colônias ou sanatórios [...]” (SILVA ARAÚJO *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 502).

Diante do valor do tratamento como meio auxiliar da profilaxia, a inspetoria procurou disseminá-lo e torná-lo acessível nos dispensários ou nos domicílios dos doentes. Silva Araujo



(*apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 502) criticava os que condenavam os dispensários para leprosos, indagando por qual motivo tal atitude não era também dirigida aos dispensários antituberculosos, tendo em vista ser a tuberculose uma doença ainda mais contagiosa se comparada à lepra.

Portanto, compreendemos, assim como Cabral (2013, p. 286), que a terapêutica da lepra se tornou um importante aspecto do modelo profilático implantado pela inspetoria. A ênfase na criação de dispensários em locais que eram considerados os principais focos da doença e o uso dos éteres etílicos do óleo de *chaulmoogra*, demonstravam a priorização do tratamento clínico.

Segundo Cunha (2011, p. 44), a incerteza sobre quais medicamentos adotar propiciou uma série de experimentos com base no uso de remédios, de substâncias químicas e de tentativas de vacina ou soro nos anos entre 1920 e 1930. O óleo de *chaulmoogra*, largamente utilizado na Índia, foi a base de várias fórmulas e se transformou no elemento mais recomendado pelos médicos nas primeiras décadas do século XX, sendo apontado como produto dotado de propriedades específicas para o tratamento da lepra.

Conforme descreve Pupo (1926), o uso do óleo de *chaulmoogra*<sup>62</sup> se destacava entre os recursos assistenciais aos leprosos com capacidade para interromper a transmissão do bacilo, pois seria um “[...] medicamento de comprovada eficácia e incontestável interesse prophylactico, que estanca as fontes de contagio e atráe os doentes aos hospitaes, tal o lenitivo que traz aos seus tristes padecimentos.” (PUPO, 1926, p. 1). Em seu artigo, preocupado com a viabilidade econômica da terapêutica, uma vez que o óleo de procedência indiana tinha preço elevado, Pupo se dedicou a discorrer sobre as propriedades e o uso do óleo de sapucainha<sup>63</sup> em pacientes com dermatoses e lepra, pois seria um produto da flora nacional com potencial para substituir o de origem estrangeira.

Procurando demonstrar a eficácia da terapia, o Sub Inspetor do DNSP, J. Ramos e Silva (1926), também escreveu artigo no mesmo periódico em que descreve resultados de estudos sobre a utilização do óleo de *chaulmoogra* em pacientes leprosos sob a supervisão de pesquisadores e

---

<sup>62</sup> As plantas conhecidas por *chaulmoogras* são pertencentes da família das Flacourtiáceas. Possuem óleos que contêm os ácidos hidnocárpico e chaulmúgrico, considerados responsáveis por uma ação terapêutica em indivíduos com lepra. São vários os gêneros dessa família, conhecidos como *chaulmoogras*: *Hydnocarpus*, *Carpotroche*, *Caloncoba*, *Oncoba*, *Lindackeria* e *Mayna*. Os dois últimos tiveram pouco emprego para o tratamento da doença, enquanto o primeiro corresponde à maior parte das espécies das *chaulmoogras*, incluindo as que possuíam maior valor no tratamento da enfermidade (SANTOS; SOUZA; SIANI, 2008).

<sup>63</sup> Produto oleaginoso extraído da *Carpotroche brasiliensis*, planta da família das Flacourtiaceas, onde estão incluídas as *chaulmoogras* (PUPO, 1926).

médicos em diferentes locais: Rio de Janeiro, Colômbia, Bergen, Hawai, Índia e Filipinas. Como conclusão de suas observações, a partir dos estudos que selecionou, Silva afirmou que, tendo em vista os resultados e benefícios profiláticos e sociais obtidos pelos “modernos tratamentos” em ambulatórios especiais, talvez a segregação dos doentes não fosse a única medida para lidar com a lepra.

Além dos resultados directos obtidos pelos modernos tratamentos, podem ser ainda levados ao seu activo as consequencias prophylacticas e sociaes que delles decorrem, pois não só os doentes procuram os hospitaes em vez de, como outróra, delles se arreceiarem, como também surge talvez a possibilidade de pelo tratamento em ambulatorios especiaes, tornar desnecessária até certo ponto a rigorosa segregação até aqui proposta como unico meio de dominar a temida doença. É esta pelo menos a opinião de diversos autores (SILVA, 1926, p. 6).

Ao relatar sobre a experiência com os leprosos nas Filipinas no debate ocorrido em 1926 na Academia Nacional de Medicina, Rabello concluiu que a experiência apontava para a falência do modelo de segregação. Segundo o médico, num período de 19 anos, foram colocados pelos EUA 15.000 leprosos em uma das ilhas, dos quais 9.000 faleceram. A investigação sobre as condições dos doentes isolados revelou que os óbitos ocorriam, segundo Rabello, “[...] em parte por estarem mal tratados de alimentação e obcedados [sic] pela questão de perseguição. [...]” (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 427). Conforme os esclarecimentos do médico, a alternativa foi o retorno a uma prática já utilizada,

[...] o tratamento pela persuasão, pela propaganda, abandonando a compulsão. Voltaram os meios brandos, permitindo o isolamento em domicílio, o isolamento de doentes sob palavra e dos de lepra anesthesia com a condição de voltarem ao exame médico durante certo tempo. Olharam para a questão do tratamento, e ali verificaram que tinha um porto de salvação para o problema da lepra (ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 427).

Nesse sentido, o discurso de Rabello apontou que, para a IPLDV, o tratamento teria um papel fundamental no controle da enfermidade, ponderação também verificada naquele momento em expressões do pensamento médico que projetava no uso do óleo de *chaulmoogra* a capacidade de fazer desaparecer as lesões infectantes e assim dificultar o contágio. Por consequência, com a perspectiva de cura do doente, a necessidade de isolamento compulsório seria relativizada, tendência observada no cenário internacional conforme declarações do leprologista Robert Cochrane<sup>64</sup> em comunicado feito à seção sobre medicina tropical por ocasião do centenário do

<sup>64</sup> Robert Greenhill Cochrane (1899-1985) foi um renomado leprologista inglês. Trabalhou em pesquisas sobre lepra na Índia e na África envolvendo aspectos do tratamento da moléstia; em 1945, iniciou estudos sobre os derivados da sulfona na terapêutica da enfermidade. Disponível em: <https://leprosyhistory.org/database/person4>. Acesso em: 20 de set 2019.

*British Medical Association* na cidade de Londres, em julho de 1932, e publicado na Revista de Leprologia de São Paulo no ano seguinte. Cochrane (1933, p. 32) descreveu esquemas terapêuticos com o uso do óleo de hidnocarpo (*chaulmoogra*) e considerou que havia na substância algo especial para o tratamento da lepra, sendo a prática capaz de trazer conforto duradouro aos doentes e que, portanto, nenhum médico desejaria realizar o tratamento da lepra sem as preparações hidnocárpicas.

Admitindo-se haver logar para progresso, contudo pode-se dizer que a moderna terapêutica da lepra alterou completamente a situação e trouxe alívio permanente a muitas centenas de sofredores, e tornou razoável e confortável a existência de milhares que de outra maneira não seriam mais que mortos-vivos. Ter conseguido isto em poucos anos é de fato uma conquista. E esperam-se ulteriores progressos visto que o estudo desta tão negligenciada molestia esta sendo feito intensamente. (COCHRANE, 1933, p. 36).

Assim, as medidas de profilaxia da doença, conforme apresentadas por Silva Araujo e Rabello em exposição na ANM, apresentavam um modelo de natureza mais liberal. A instalação dos dispensários no enfrentamento da lepra seriam recursos sanitários de importância por abrigarem um conjunto de ações que seriam a base da profilaxia da doença, ou seja, o tratamento dos enfermos com o óleo de *chaulmoogra*, a educação sanitária do doente e familiares, além do controle dos comunicantes. Segundo Cabral (2013, p. 287), a possibilidade de sucesso com esse modelo esvaziava a discussão do isolamento e, além disso, os discursos de médicos e de autoridades sanitárias começavam a indicar os altos custos com a doença como uma questão relevante, diante de uma enfermidade crônica, de curabilidade difícil, com longa evolução e contágio, que parecia ocorrer preferencialmente na infância e, portanto, certamente acompanharia o indivíduo ao longo de sua existência. No entanto, a despeito das evidências positivas sustentadas pelos que defendiam a conduta liberal e dos questionamentos apontados sobre efetividade do modelo segregacionista, essa tendência liberal não sobreviveu às críticas direcionadas ao trabalho da inspetoria, de maneira que as estruturas estatais de suporte ao isolamento compulsório seriam expandidas nos anos subsequentes à desativação do órgão.

## **4 A CONSOLIDAÇÃO DO ISOLAMENTO COMPULSÓRIO COMO POLÍTICA PÚBLICA APLICADA À LEPROSA NO BRASIL**

Apesar de reunir evidências de que a prática do isolamento compulsório seria pouco efetiva para conter o surgimento de novos casos de lepra, sua implementação no país transcorreu de maneira vigorosa sob coordenação do governo federal a partir da década de 1930. Com reformas do setor saúde empreendidas durante o governo de Getúlio Vargas, a União moldou um arcabouço legal e institucional propiciando o suporte necessário para implantação e desenvolvimento do isolamento compulsório dos doentes. Nesse sentido, interessa-nos com esse capítulo percorrer a trajetória de ascensão do isolamento compulsório durante a década de 1930 e os primeiros anos do Serviço Nacional de Lepra, momento em que o aparato institucional para contenção dos doentes foi amplamente desenvolvido no território brasileiro. Sendo assim, a partir do contexto político nacional e das reformas da saúde no período, abordaremos o plano de combate à lepra desenvolvido principalmente sob o comando de Gustavo Capanema.

### **4.1 APONTAMENTOS SOBRE O GOVERNO VARGAS 1930-1945**

A operacionalização do isolamento compulsório como política pública para conter a endemia nacional de lepra teve forte e decisivo impulso no governo de Getúlio Vargas, conduzido à presidência do país com a Revolução de 1930<sup>65</sup>. Entre 1930 e 1934, período reconhecido como Governo Provisório, Vargas defendeu uma forte centralização e intervenção estatal para alcance do desenvolvimento econômico e um dos primeiros atos do governo foi a substituição dos governadores por interventores nos estados e a reorganização administrativa (ABU-EL-HAJ, 2005, p. 33-4).

Em 1934, parlamentares escolhidos pelo voto direto promulgaram a Constituição e elegeram indiretamente Vargas para a presidência da República, com mandato para quatro anos, sem possibilidade de reeleição (PANDOLFI, 1999, p. 9). No entanto, segundo Fonseca (2007, p. 127-130), a perspectiva democrática anunciada com a Carta Constitucional foi colocada em

---

<sup>65</sup> Conforme Simon Schwartzman, a Revolução de 1930 revelou certa saturação das expectativas com relação à Primeira República. Afirma o autor: “O que país reclamava intensamente era uma ordem nova, uma nova República, ajustada às suas condições de existência, apta a resolver seus problemas fundamentais, não só no plano político, mas também no plano econômico e social, garantindo-lhe a unidade, desenvolvendo-lhe as fontes de riqueza, amparando-lhe o trabalho, cujas reivindicações mais elementares eram tidas como ‘casos de polícia’” (SCHWARTZMAN, 1983, p. 24).

dúvida diante das medidas autoritárias adotadas pelo Executivo, como a Lei de Segurança Nacional (1935), que definia crimes contra a ordem política e social, a exemplo das restrições de greves e sanções aos veículos de comunicação que divulgassem matéria considerada subversiva.

Pandolfi (1999, p. 9-10) também afirma que a partir da eleição presidencial indireta de 1934, o clima político radicalizou-se, havendo a formação de movimentos de massa e a ocorrência de revoltas, que, embora debeladas, enfatizaram o “perigo comunista” contra o qual o governo respondeu, adotando mecanismos de repressão e controle. Assim, o desfecho foi o golpe de 1937, sob alegação de que

[...] a Constituição promulgada em 1934 estava “antedatada em relação ao espírito do tempo”, Vargas apresentou à Nação nova carta constitucional, baseada na centralização política, no intervencionismo estatal e num modelo antiliberal de organização da sociedade (PANDOLFI, 1999, p. 10).

Dessa forma, no período reconhecido como Estado Novo entre 1937 e 1945, instaurou-se um governo de caráter autoritário e ditador, com Getúlio Vargas em seu comando, em decorrência de um golpe de Estado apoiado pelas Forças Armadas (DINIZ, 1999, p. 23).

De acordo com Lúcia Lippi Oliveira (1982, p. 7-8), o Estado Novo transcorreu simultaneamente a outros processos mundiais que reforçavam a ideia de fracasso da democracia liberal, como na Itália com Mussolini, na Alemanha com Hitler, com Salazar em Portugal e a guerra civil na Espanha. Dessa maneira, facilitou-se sua identificação com o fascismo na Europa, pois o Brasil não trilhou direções distintas daquelas que estavam sendo tomadas por países europeus nos anos de 1930. Segundo a autora, a doutrina do Estado Novo propunha “[...] todo o poder necessário ao Estado, visto como única instituição capaz de garantir a coesão nacional e de realizar o bem público, para além dos interesses reais, mas mesquinhos dos indivíduos e dos grupos [...]” (OLIVEIRA, 1982, p.24).

Nesse regime, Vargas suspendeu as liberdades civis, dissolveu o Parlamento e extinguiu os partidos. Adotou medidas centralizadoras, diminuindo a autonomia dos estados, e exerceu controle sobre as oligarquias regionais tradicionais. Apostou na cultura e na educação para desenvolver um sentimento de identidade nacional e com medidas de regulação do trabalho e investimento massivo em propaganda sobre o regime, como também conseguiu reforçar uma imagem de protetor da classe trabalhadora. No entanto, a partir de 1942, o Estado Novo

começou a ser desarticulado e, em novembro de 1945, Getúlio Vargas foi deposto da presidência da república (PANDOLFI, 1999, p. 10-11).

Como características do período Vargas entre 1930 e 1945, temos, portanto, uma intensa centralização político-administrativa no Brasil. Popularmente designado como "Era Vargas", essa administração tem como característica “[...] uma combinação de intervenção política do governo federal nos estados, com uma centralização administrativa inspirada na organização racional-legal das instituições governamentais” (ABU-EL-HAJ, 2005, p. 34).

Lúcia Lippi Oliveira (1982, p. 10) compreende que, como prática de governo, o Estado Novo centralizou no executivo a tomada de decisões, alijando os estados desse processo, e foi autoritário tomando para si atribuições que seriam divididas no Poder Legislativo. Tinha como proposição de que somente um governo forte poderia tornar viável a realização da democracia, o que, segundo a autora, envolve uma multiplicidade de interpretações sobre o conceito de democracia. Alerta ainda que, do ponto de vista de sua ideologia política, o Estado Novo, “[...] recupera práticas autoritárias que pertencem à tradição brasileira, assim como incorpora outras, mais modernas, que fazem da propaganda e da educação instrumentos de adaptação do homem à nova realidade social” (OLIVEIRA, 1982, p. 10).

Essa forma de conceber a ação estatal extremamente autoritária e centralizadora será uma marca que perpassará as políticas adotadas no período, incluindo as de caráter social. No caso da política de saúde, incluindo as medidas de enfrentamento da lepra, vamos notar o aumento da presença do governo federal nos estados e em locais mais remotos do país, conjugando a centralização política e a descentralização administrativa, bem como a reorganização de serviços que atendiam não só questões sanitárias, mas que também vinham acompanhados do propósito de reconstrução nacional.

Os discursos e as principais ações públicas do regime político que se iniciou em 1930 e seguiu até 1945 tinham como elementos centrais a ideia de modernização, desenvolvimento, nacionalismo, antiliberalismo, centralização administrativa, controle político e extensão da proteção social (HOCHMAN, 2005, p. 129). Esses elementos estiveram presentes nas estratégias do governo, adotadas para superação da condição herdada e alguns deles imprimiram, de maneira contundente, o desenho das políticas sociais, entre as quais a saúde.

Nesse sentido, o governo instalado entre 1930-1945 conduziu políticas de enfrentamento dos problemas sanitários, impregnadas das concepções ideológicas que o fundamentavam, em conformidade com os ideais do projeto em curso e do qual seria impossível se desvincular. No caso das medidas direcionadas à lepra, veremos que trazem o reflexo de um empreendimento estatal de natureza autoritária, centralizadora e que se arvorava deter o melhor projeto para o bem-estar público e a coesão nacional. Assim, com esses atributos, a política de isolamento compulsório seria implantada no país.

#### 4.2 POLÍTICA DE SAÚDE E AÇÕES DE CONTROLE DA LEPRA NO PERÍODO 1930-1934

Os primeiros anos que sucederam o movimento político de 1930, chamado Governo Provisório (1930-1934), foram marcados por instabilidades políticas que protelariam as mudanças mais expressivas no setor da saúde (CABRAL, 2013, p. 297). Para Fonseca (2007, p. 32-36), um dos fatores responsáveis por imprimir instabilidade ao governo dizia respeito à heterogeneidade de forças que se aliaram durante o movimento e que congregou uma diversidade de interesses em disputa. Ainda segundo a autora, apesar do quadro instável, Vargas buscou mecanismos para materializar os ideais de um Estado Nacional centralizador e intervencionista, implantando um novo formato de política social, porém as investidas nesse sentido não tiveram repercussão positiva para a política de saúde e o período foi de desgaste para a gestão da pasta, com burocratização e sucateamento da estrutura administrativa, além de descontinuidade de ações realizadas nos estados em conjunto com a União.

Após a instituição do Governo Provisório, deu-se ainda, em novembro de 1930, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. A instituição do MESP veio atender ao que Vargas apresentara em sua plataforma com relação a ações de defesa social, educação sanitária e difusão do ensino público (WAHRLICH, 1975, p. 7 e 10). Segundo Cabral (2013, p. 305), a criação da pasta fez parte do processo de promoção de alterações administrativas com o fim de centralizar e unificar as ações públicas federais.

Os anos iniciais do MESP foram marcados por inconstâncias de projetos e uma das evidências dessa indefinição esteve na alternância de ministros à frente da gestão do órgão, que, em quatro

anos, foi conduzido por Francisco Campos, Belisário Penna<sup>66</sup> e Washington Pires. Essa constante troca de dirigentes esteve relacionada a divergências políticas no estado de Minas Gerais e, somente em julho de 1934, após a promulgação da Constituição, o órgão teria uma gestão mais estável com a indicação de Gustavo Capanema que permaneceria no MESP até 1945 (FONSECA, 2007, p. 109).

Com sua estrutura regulamentada em janeiro de 1931, estabeleceu-se que, entre outras instâncias, o ministério seria constituído por quatro departamentos nacionais: Ensino, Saúde Pública, Medicina Experimental e Assistência Pública. Incorporado ao MESP desde novembro de 1930, o Departamento Nacional de Saúde Pública não sofreu alterações e preservou responsabilidades tal como as que desenvolvia desde sua criação. Em sua estrutura, estavam as diretorias dos Serviços Sanitários do Distrito Federal, de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e de Saneamento e Profilaxia Rural (FONSECA, 2007, p. 116).

Na avaliação de Castro Santos (1985, p. 17), a criação do MESP representou a incorporação e a concretização de uma demanda do movimento sanitário, sendo transformada em projeto oficial do governo e subtraindo sua “força ideológica”. Nesse sentido, o autor ilustra suas impressões afirmando que lideranças do movimento pelo saneamento passaram a integrar o corpo da burocracia do então criado ministério, demonstrando com isso que eles haviam aderido ao projeto político de condução do setor da saúde.

Uma dessas lideranças seria Belisário Penna, que retornou à administração pública tomando posse junto ao DNSP ainda em novembro de 1930 (FONSECA, 2007, p. 117). Penna acreditava que o novo governo se alinhava com a defesa de pontos da agenda política do movimento sanitário da Primeira República, ou seja, a derrubada das oligarquias e a centralização política, porém não demorou muito para que condições alheias a sua vontade obstruíssem seus projetos para a saúde pública (HOCHMAN, 2001, p. 128).

Em fevereiro do ano seguinte, o periódico *Brazil-Médico* registrou que a chegada de Penna ao DNSP havia representado novas perspectivas para a administração sanitária, pois todos conheciam

---

<sup>66</sup> Substituindo Francisco Campos, Belisário Penna esteve à frente do MESP em caráter provisório entre os meses de setembro a dezembro de 1931. Em dezembro de 1932, Penna voltou a exercer interinamente a chefia do ministério em dezembro de 1932. Disponível em: <http://brasilianafotografica.bn.br/?p=12777>. Acesso em: 25 nov. 2019



[...] as ideias do novo administrador, amplamente divulgadas numa vida de batalhador, cheia e intensamente ouvida nas colunas dos jornaes médicos e profanos, ás vezes em ansias de desespero, a clamar pela necessidade imperiosa de levar a todos os recantos do Paiz os benefícios da defesa e protecção sanitárias (DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1931, p. 137).

Na sequência, o periódico apresenta um retrospecto sobre a atuação dos dirigentes que o antecederam, com elogios aos esforços empreendidos por Carlos Chagas e Clementino Fraga à frente do DNSP, registrando as inúmeras ações do órgão em benefício da higiene pública. Por outro lado, a publicação faz severa crítica ao trabalho de Penna por julgar que estaria em curso o desmantelamento do departamento.

Chega a vez do Dr. Belisario Penna. Que fez S. S.? Nada mais que verdadeira obra de demolição; em pouco mais de dous meses reduziu o *Departamento Nacional* à antiga “Diretoria”, pois a tanto importa ter acabado com os serviços de profilaxia rural! Onde as promessas do apostolado do Dr. Penna, justamente o primeiro chefe do Saneamento Rural, o velho propagandista, que ainda há pouco nos rincões do Sul falava a governantes e governados sobre as vantagens de combater as endemias rurais, e que entretanto acaba, ou consente acabar, com os serviços nos estados, reduzindo o Departamento aos serviços no Distrito Federal?

Não conhecemos contraste mais flagrante entre pratica e doutrina, nos domínios da administração publica (DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1931, p. 138).

O desmantelamento de ações sanitárias fica claro em telegrama circular do Ministro Francisco Campos, de 30 de novembro de 1930, que denunciava todos os acordos entre União e estados e dissolvia os serviços de saneamento rural e de profilaxia da lepra e doenças venéreas (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 597). A dissolução dos acordos teria sido sugerida por Belisario Penna alegando ao ministro que os serviços haviam se burocratizado e estavam ineficientes. Na opinião de Souza-Araújo, “[...] Belisario destruiu num dia aquilo que levou anos, como principal pioneiro, para ajudar a criar.” (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 598).

O desempenho de Penna encontrou limitações de cunho partidário e financeiro que abalaram a atividade do órgão. Os dois primeiros anos do Governo Provisório foram marcados por esforços na recomposição das finanças do país que estavam enfraquecidas pela crise econômica internacional e com grande déficit orçamentário e o MESP não foi poupado dos efeitos desse abalo. Assim, o quadro restritivo recaiu sobre o ministério, que enfrentou a suspensão das verbas para os estados, principalmente as destinadas aos serviços de profilaxia rural (FONSECA, 2007, p. 118-9).

Referindo-se ao encerramento dos serviços sanitários contra as endemias rurais, lepra e doenças venéreas nos estados, o *Brazil-Medico*, em edição do ano de 1931, denunciou o sucateamento

do DNSP, cujos materiais foram entregues para uso dos governos estaduais. Em decorrência da suspensão dos serviços, outro agravante seria a realocação dos recursos e ampliação da concentração dos serviços no Rio de Janeiro:

[...] dispendendo gorda verba a Directoria do Saneamento Rural com numeroso pessoal burocrático, afim de dirigir unicamente os postos do Districto Federal, para além de Cascadura e subúrbios da ‘Leopoldina’. Economia negativa, portanto, com privação dos reaes serviços ás unidades da Federação, que a União tributa em impostos para lhes devolver em benefícios de character social (NOS DOMINIOS..., 1931, p. 280).

Penna experimentou uma gestão marcada por instabilidades que se iniciaram desde sua posse, quando ordenou a execução de uma devassa em todas as repartições (CABRAL, 2013, p. 298). A ordem proferida foi destaque na publicação *Brazil-Médico*, que a classificou de “grave”. A medida foi anunciada em sua posse quando, segundo o periódico, Penna informou que “[...] ia mandar fazer rigorosa *devassa* para saber do emprego de vultosas verbas gastas com a febre amarela! [...]” (NOS DOMINIOS..., 1931, p. 280, grifo no original), o que seria um ato incompreensível, de natureza odiosa e sem conhecimento de causa, pois, para o periódico, as ações de Penna tinham um determinado alvo.

[...] nos inclinamos a pensar que os seus propósitos de demolição visaram primeiro a figura do seu antecessor. Não custa tentar a prova do asserto. Ai assumir S.S. as responsabilidades do cargo, talvez com a obsessão de que ‘*a revolução se fez para punir*’, na phrase do ministro que o empossa, o Dr. Penna não articulou palavra nobre a obra do seu antecessor, alias bem viva, porque na impressão fulgurante de uma grande victoria recente [...] (NOS DOMINIOS..., 1931, p. 280, grifo no original).

Conforme julgamento em outra edição de o *Brazil-Médico*, Penna recebera o DNSP em funcionamento eficiente, mas, em menos de dois anos, teria conduzido o órgão à falência e desmoronamento. A matéria é uma resposta à publicação de Penna em agosto de 1932 no Boletim da Oficina Sanitária Panamericana em que o Diretor elabora uma síntese dos serviços de saúde pública no Brasil onde

[...] sem a calma e a medida dos documentos officiaes, a informação que ora corre mundo exagera as condições de hygiene rural no Paiz e o aponta como o maior dos fócios de lepra no mundo, ‘com um coeficiente de victimas superior ao das Indias, da China, do Japão e da Philippinas’!!! (SAUDE..., 1932, p. 801).

De acordo com o periódico especializado, Penna ressuscita sua característica de “[...] panfletário, com a agravante de falar agora em nome do Paiz para fora do Paiz [...]” (SAUDE..., 1932, p. 801) e, continuando, Penna teria acrescentado em sua publicação internacional que o Departamento estaria reduzido a uma simples diretoria de saúde do Distrito Federal. Entretanto, nesse ponto o *Brazil-Médico* demonstra concordar ao afirmar que “[...] É a verdade, em que

incidentemente S.S. acerta. De quem a culpa? [...]” (SAUDE..., 1932, p. 801). Assim, a partir desses registros e corroborando o que nos diz Fonseca (2007, p. 119) nota-se que o próprio Penna compreendia a precariedade da situação sanitária nacional e que a limitada atuação da União nos estados e a concentração dos recursos no Distrito Federal tornavam o quadro da saúde pública ainda mais grave.

Diante disso, Penna mostrou-se descontente com os cortes impostos ao ministério e que atingiram o funcionamento dos postos de profilaxia rural, manifestando sua insatisfação diretamente a Getúlio Vargas em junho de 1931. Sua contrariedade com as diretrizes adotadas para a saúde pública aumentaria com a saída definitiva de Francisco Campos do MESP em setembro de 1932 e a posse de Washington Pires. As divergências com o novo ministro tiveram dois focos: um deles se referiu à alteração da destinação das verbas do selo sanitário que serviam para formação de fundo destinado ao saneamento rural e o outro motivo relacionado ao fim da autonomia administrativa do DNSP (FONSECA, 2007, p. 120-1). Frustrado, Penna se desligou do cargo em novembro de 1932, desincompatibilizando-se com o governo federal.

Foi uma enorme decepção para aquele que nos anos 1910 e 20 incessantemente escrevera, viajara, fizera palestras, trabalhara no sentido de aumentar a responsabilidade governamental nas áreas de saúde e saneamento e dirigira, entre 1918 e 1922, os serviços federais de profilaxia rural (HOCHMAN, 2001, p. 127).

Em junho de 1934, ocorre a extinção do Departamento Nacional de Saúde Pública e criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSANS)<sup>67</sup> como parte da reforma conduzida por Washington Pires para o MESP e representou a primeira mudança na estrutura institucional da saúde pública após 1923. O órgão absorveu as incumbências de responsabilidade do DNSP com uma atuação mais abrangente no sentido de encarregar-se pela supervisão de todos os serviços afetos à saúde pública no país (FONSECA, 2007, p. 123-4). Conforme Decreto nº 24.438, de 21 de junho de 1934, em seu art. 2, a nova diretoria foi caracterizada como órgão técnico destinado à orientação, coordenação e fiscalização da totalidade dos serviços de saúde pública e assistência médico-social que fossem executados diretamente pela União ou em cooperação com outras esferas governamentais. Cabia ainda uniformizar e articular os processos técnicos e administrativos em entendimentos com as organizações sanitárias (BRASIL, 1934a).

---

<sup>67</sup> A Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social foi criada pelo decreto nº 24.438, de 21 de Junho de 1934 e em 14 de Julho de 1934, o decreto nº 24.814 estabeleceu o plano geral de organização dos serviços de saúde pública e assistência médico social.

Conforme Fonseca (2007, p. 126; 2008, p. 95), aprovada apenas um mês antes da promulgação da nova Constituição, a reforma mostrou-se um movimento em direção à uma estrutura institucional centralizada e pode ser vista como etapa de transição entre o modelo vigente de organização das ações de saúde e o que seria posto em prática a partir de Gustavo Capanema. Sendo a medida mais importante da gestão de Pires, a reforma apresentou um desenho institucional que revelou prioridades na área da criança, da saúde mental, da assistência médico-hospitalar, bem como a expansão e fortalecimento da presença da União nos estados em resposta às reivindicações de não concentrar no DF os serviços de saúde mantidos pelo poder central.

Regulamentada pelo decreto nº 24.814 de 14 de Julho de 1934, a DNSANS trazia em sua composição cinco diretorias e duas delas absorveram as atividades da IPLDV, estabelecendo aí um arranjo que marcou a desarticulação da inspetoria (CURI, 2010, p. 257). Além de problemas de natureza financeira que comprometeria o custo de suas atividades, a inspetoria lidaria com críticas que tanto avaliavam como ineficazes as ações implementadas para conter a enfermidade, quanto apontariam como valorosa a política isolacionista severa implantada autonomamente pelo estado de São Paulo.

#### **4.2.1 O desmantelamento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV)**

Para Cabral (2013, p. 285), a desarticulação da IPLDV ao final do Governo Provisório pode ser compreendida a partir de críticas ao desempenho do órgão distinguindo dois pontos: a censura ao modelo profilático adotado e à insuficiência de recursos destinados pelo governo federal ao combate à lepra.

Quanto ao modelo de profilaxia, considerado de base liberal, destacaram-se as medidas do emprego do óleo de *chaulmoogra* e da expansão dos dispensários. Segundo Castro Santos, Faria e Menezes (2008, p. 174), o tratamento se constituía no recurso mais difundido e, para o DNSP, combinado à profilaxia preventiva da doença, o esquema se constituía numa tentativa de evitar a reclusão ou o isolamento obrigatório, pois, quando empregado precocemente, poderia evitar a evolução e o contágio da enfermidade.

Conforme Cabral (2013, p. 279), os dispensários tinham papel central no modelo profilático, permitindo o tratamento do doente com reduzido custo financeiro e material. Neles, os casos suspeitos eram examinados, fazia-se o registro dos doentes e realizava-se a distribuição e aplicação dos ésteres de *chaulmoogra*, além dos exames clínicos em comunicantes e do levantamento dos dados para o censo de lepra. No entanto, eles foram apontados pelos críticos como facilitadores do trânsito de doentes pela cidade. Nesse sentido, não havia consenso sobre o modelo adotado pela inspetoria, que considerava o tratamento como importante meio auxiliar, ainda que não exclusivo.

Críticas ao trabalho considerado liberal no enfrentamento da doença já estavam em curso em período anterior à instalação do Governo Provisório. Em edição de 1928, na seção denominada *Várias Notícias*, o *Jornal do Commercio* considerou que três pontos seriam fundamentais para o controle da doença: o diagnóstico precoce, a construção de leprosários modernos e a instrução popular sobre riscos e meios de contágio. O periódico registrava uma decepção com a atuação dos órgãos públicos, uma vez que o artigo afirmava que o país permanecia de “[...] braços cruzados diante de um flagelo que, dia a dia, toma maiores e mais apavorantes proporções.” (VÁRIAS..., 1928, p. 5).

A mesma percepção de que as ações contra a lepra desenvolvidas pelo governo federal eram um fracasso tinham sido compartilhadas pelo médico Heráclides César Souza-Araujo em comunicado feito à Academia Nacional de Medicina também em 1928 (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 438). O leprólogo censurava a extinção de um fundo especial criado para executar um plano geral de profilaxia da lepra e acusava a inspetoria de ter se burocratizado. Dizendo-se totalmente frustrado em suas esperanças, Souza-Araujo afirmava:

Praticamente não se faz prophylaxia da lepra no Brasil. Existe apenas um amplíssimo e rigoroso regulamento [...] E como poderá a Inspeção executar esse regulamento, se lhe faltam recursos para dar o necessário conforto aos 170 leproso que isolou no Hospital São Sebastião?

A lepra não é para o Brasil apenas um gravíssimo problema medico-social; é também um serio problema economico. Se hoje com 50.000 contos poderemos installar 10 colonias agrícolas para 20.000 leproso, e considerar com isso *iniciada* a prophylaxia da lepra, dentro de mais alguns anos essa despesa inicial terá de ser multiplicada por 10, por 20, por 30 ... e então estará tudo perdido! (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 438).

Segundo compreendia, o problema estaria não na disponibilidade de recursos e muito menos na existência de pessoas capazes para se dedicar ao ideal científico e patriótico, mas residia na ausência de “[...] determinação do Governo” (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 438). Em seu

discurso, fica evidenciada a defesa pela construção de leprosários para isolamento dos doentes e a centralidade desse serviço no modelo profilático da enfermidade.

Ainda sob o aspecto da construção da crítica ao modelo profilático, praticado pela Inspetoria, a experiência paulista no trato com a doença na década de 1920 foi um contraponto importante à política do governo federal e se constituiu num argumento utilizado pelos opositores à política da União, conforme discute Cabral (2013, p. 291). Único estado a não firmar acordo com o governo federal, São Paulo implantou medidas independentes daquelas coordenadas pelo governo federal, uma vez que sua condição econômica autônoma favorecia sua liberdade no desenvolvimento das ações profiláticas da lepra (CUNHA, 2010, p. 942; 2005, p. 74).

Segundo Monteiro (1987, p. 5; 2003, p. 97), o trabalho desenvolvido pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra, criada em São Paulo no ano de 1925, tornou-se uma referência para outros estados da federação e preconizava, entre outras medidas, o isolamento compulsório de todas as pessoas acometidas pela doença, independentemente da forma clínica desenvolvida, do estágio da enfermidade ou da condição social e econômica do indivíduo, parâmetros que diferiam dos adotados por médicos e autoridades de outros estados. Assim, o “modelo paulista” tornou-se uma exceção, pois, enquanto o isolamento era seletivo em alguns locais do país, foi uma medida compulsória em São Paulo para todos os indivíduos diagnosticados com lepra.

Quanto ao aspecto econômico, nos diz Cabral (2013, p. 286) que eram considerados altos os investimentos financeiros necessários à aquisição e à distribuição dos medicamentos, como também à instituição de dispensários e de unidades de isolamento. Tal cenário também foi traçado por Cunha (2005, p. 74), ao afirmar que a escassez de verbas não só impediu a efetivação da política de construção de instituições para o isolamento durante a década de 1920, como se estendeu nos primeiros anos da década seguinte.

Assim, para Maciel (2007, p.41-2), as dificuldades econômicas já existiam desde a década de 1920 e representaram um obstáculo à urgência que se pretendia conferir à profilaxia da lepra, comprometendo a execução de medidas dispendiosas como o isolamento dos doentes. Esse quadro, segundo a autora, somente apresentaria alguma alteração a partir de 1935.

Por outro lado, Cabral (2013, p. 305) chama atenção para o início dos anos 1930, quando afirma que a posse de Penna no DNSP, acompanhada de dificuldades orçamentárias que conduziram à suspensão dos convênios de saneamento rural nos estados, marcou a descontinuidade das

ações relativas à lepra em execução nos dispensários. Segundo a autora, os serviços da inspetoria se mantiveram de forma precária no DF e nas unidades da federação, onde eram feitos de maneira autônoma.

Em 1934, com a reforma promovida por Washington Pires e afetada com a extinção do Departamento Nacional de Saúde Pública e a criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), a inspetoria teve suas atribuições alocadas em vários órgãos (CURI, 2010, p. 257). A regulamentação da diretoria nacional, publicada pelo Decreto nº 24.814 de 14 de julho de 1934, estabeleceu que, entre as instâncias que integravam o órgão, a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República seria encarregada provisoriamente pelos serviços da IPLDV e a Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados, conforme art. 9, ficaria responsável por todas as medidas “[...] tendentes a restringir nos Estados a difusão e o contágio da lepra e a proporcionar condições favoráveis ao isolamento dos leprosos [...]” (BRASIL, 1934b). Para a execução dos serviços, o decreto mencionava a realização de acordos com os governos estaduais ou municipais.

Nesse sentido, a IPLDV teve suas atribuições fragmentadas com a reforma e, segundo Curi (2010, p. 257), apesar de não ter sido extinta oficialmente, sua desativação ocorreu na prática, pois suas funções foram divididas entre a Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados e a Inspetoria dos Centros de Saúde, repartição que integrava a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República e, portanto, com atuação concentrada no Distrito Federal.

Cunha (2005, p. 80-81) avalia que, durante o Governo Provisório, as ações da União no combate à lepra não foram coordenadas por um plano próprio, com a inspetoria desenvolvendo atividades “bastante acanhadas”, restritas a poucos estados e com os auxílios sem critérios de distribuição estabelecidos previamente. Outro aspecto se refere à intensa burocratização que, segundo Cabral (2013, p. 301-4), teria abatido o órgão entre 1930-1934. A base da inspetoria, estabelecida no decurso da década de 1920, foi desestruturada e não houve desenvolvimento de um novo projeto; a desordem instalada colaborou para a compreensão de que as ações em relação à lepra teriam sido inexistentes ou infrutíferas.

Assim, tanto a manutenção das ações de profilaxia da lepra que estavam em andamento nos estados bem como a sustentação da estrutura administrativa da inspetoria responsável pela coordenação das atividades foram impactadas negativamente no período. Essa avaliação

negativa reforçou o argumento de que medidas mais rigorosas seriam necessárias, movimento que ganhou força com a chegada de Gustavo Capanema ao ministério.

Nesse sentido, o descrédito que se abateu sobre as ações de enfrentamento da lepra contribuiu para ampliar as preocupações com o quadro sanitário de uma doença que já era compreendida como um flagelo nacional e que carecia de medidas mais amplas e contínuas. Esse cenário falou a favor do isolamento compulsório dos doentes, prática conhecida no contexto nacional por meio do modelo paulista, mas que também se referenciava na experiência de outros países, principalmente da Noruega<sup>68</sup>, e no debate internacional sobre o isolamento de leprosos para o qual tomamos como ponto de observação as conclusões de conferências internacionais sobre a lepra.

#### 4.3 ORIENTAÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE O ISOLAMENTO DOS DOENTES DE LEPROSA

Em saúde pública, a medida do isolamento de pessoas afetadas por doença infectocontagiosa se presta à finalidade de evitar a propagação do agente infeccioso e, com isso, proteger os sadios e evitar novos casos. Sua aplicação pode encontrar justificativa quando não se conhece a cura para a doença e avalia-se que o distanciamento entre as pessoas é válido para interromper o processo de transmissão. No entanto, ele pode ser utilizado até mesmo quando esse processo é ainda desconhecido, seja em parte ou totalmente. Nesse sentido, a prática busca evitar o contágio impedindo a exposição das pessoas sadias por meio, do distanciamento de possíveis portadores do agente patogênico.

No caso da lepra, antes de pensarmos no isolamento sob o aspecto da prevenção do seu contágio, é preciso rememorar a prática da exclusão dos doentes do convívio social, cuja origem remonta à Antiguidade, quando a doença esteve vinculada à vida impura, ao pecado e à desonra (CAVALIERE, [s.d.]). Nesse sentido, a prática da segregação atuava como um castigo aos que foram afetados pela doença como uma resposta do descontentamento divino.

O isolamento como prática sanitária, fruto de recomendação científica e política aplicada à lepra, apontava para uma forma diferente de explicar o mal, ou seja, orientava-se pela ideia de

---

<sup>68</sup> Sobre a experiência norueguesa, consultar Reinaldo Guilherme Bechler — *Isolamento compulsório de leprosos: percalços de um paradigma*, publicado pela revista *Mimesis* em 2008. Disponível em: [https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/mimesis/mimesis\\_v29\\_n1\\_2008\\_art\\_01.pdf](https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/mimesis/mimesis_v29_n1_2008_art_01.pdf).



evitabilidade da transmissão do bacilo de um corpo doente para um sadio e que deveria ocorrer em espaços com a possibilidade de assistência médica.

No entanto, do ponto de vista da transmissão do bacilo, nem tudo estava claro. Era conhecido que o bacilo se alojava no corpo doente e poderia migrar para outro sadio, infectando-o. Portanto, o processo de transferência era um mecanismo repleto de interpretações, permitindo a defesa do isolamento como uma medida para evitar a infecção e conter o avanço da doença.

A questão da curabilidade da doença havia sido admitida em conferência internacional anterior, ocorrida em Bergen no ano de 1909, mas ignorava-se o medicamento capaz de produzir a cura dos doentes (CUNHA, 2005, p. 60). Além disso, o entendimento de que o doente era responsável pela contaminação dos sadios tornava compreensível que as recomendações apontassem o isolamento como maneira de frear o aumento dos casos novos.

Cabral (2013, p. 313-4) afirma que, até a década de 1930, a defesa da cura da lepra e de sua baixa contagiosidade moldou a experiência nacional, assim como o questionamento da eficácia da segregação dos doentes e do alto custo financeiro e social para manutenção dessa prática. Por outro lado, os questionamentos foram insuficientes e o isolamento compulsório se tornou uma política pública robusta a partir da montagem de um novo modelo de atuação do Estado brasileiro no enfrentamento da lepra.

As ações patrocinadas pela União, sob o comando de Capanema, foram implantadas no intervalo entre duas conferências internacionais sobre lepra, a de 1923 (Estrasburgo) e a de 1938 (Cairo). Não há rupturas entre elas e as orientações desses dois fóruns científicos especializados contribuíram para o entendimento do debate internacional sobre a profilaxia da lepra e a percepção de que o Brasil estava em sintonia com esse debate.

Roger e Muir (1937, p. 317-8) reproduzem em um dos apêndices da obra “Lepra” as resoluções da III Conferência Internacional Sobre Lepra ocorrida em 1923. As resoluções evidenciam o caráter contagioso da enfermidade e prescrevem que cada país deveria adotar legislações de interdição de leprosos estrangeiros, bem como fazer conhecer às populações que a lepra seria uma doença contagiosa e importaria submeter os familiares de leprosos a exames periódicos.

Com relação ao isolamento, as orientações foram de que, nos países onde a doença estivesse pouco disseminada, a prática deveria ser aplicada em hospital ou domicílio, com recomendação de que fosse aplicado quando houvesse possibilidade e não como uma condição obrigatória. No

entanto, em locais de focos da endemia, o isolamento seria necessário, devendo ser realizado de maneira humanitária com o doente próximo da família.

Com a quarta conferência internacional, ocorrida na cidade do Cairo em 1938, apesar de terem sido ratificadas as decisões das três conferências que a antecederam, o fórum atenuou o rigor do isolamento, indicando que sua realização ocorresse “[...] ‘sempre que possível’, devendo o isolamento ser realizado de uma maneira ‘mais humana, científica e racional’ [...]” (MACIEL, 2007, p. 212). Segundo a autora, duas correntes opostas estiveram presentes na conferência, uma preconizando o tratamento em dispensários e outra que temia pelas consequências dessa condução e recomendava o isolamento, porém de forma mais humana. A lepra foi reconhecida como uma enfermidade que se propagava pelo contato direto, mas ainda permaneciam dúvidas quanto ao contato indireto e grande atenção deveria ser destinada à descoberta ainda precoce de casos novos (MACIEL, 2007, p. 212-3).

Conclusões da conferência realizada em Cairo foram citadas em artigo sobre as realizações da União — *Lepra – notas sobre a ação do Governo Federal. 1931-1940* (ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA/FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS 1935.09.02, f. 567) —, quando afirma-se que o trabalho desenvolvido estava em conformidade ao adotado pelo congresso internacional, conforme se poderia notar pelas conclusões da subcomissão de epidemiologia e profilaxia que orientava evitar o contato entre os casos abertos de lepra e pessoas sãs, especialmente crianças; nos países em que a segregação em instituições fosse obrigatória, aconselhava-se o estabelecimento de diversos leprosários regionais, e não um único central, de forma que os pacientes pudessem ficar próximos de suas famílias. Houve ainda a recomendação de se instituir as colônias agrícolas.

Nesse sentido, as medidas empregadas no país estiveram em consonância com orientações internacionais e, no caso do isolamento dos doentes, a prática se expandiu com rigor e ganhou centralidade na campanha contra a lepra no país. Por outro lado, além de referências internacionais, fóruns nacionais de natureza científica e política produziram resultados que foram empregados em princípios e diretrizes da campanha, beneficiando a consolidação da política segregacionista no país.

Promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra<sup>69</sup>, a Conferência para a Uniformização da Campanha Contra a Lepra ocorreu no Rio de Janeiro entre 24 de setembro e 2 de outubro de 1933 e trouxe à tona reivindicações que a federação já havia submetido ao ex-presidente da nação, Washington Luís, principalmente o maior envolvimento da União e Estados em ações mais efetivas no combate à lepra. A conferência teve enorme repercussão e contou com participantes de quase todos os Estados, grande número de médicos e membros de institutos de pesquisa (SANTOS, 2011, p. 259-60).

O evento foi acompanhado pelo *Jornal do Comercio* e, conforme noticiado na edição nº 228 de 1933, a sessão inicial da conferência teve grande adesão, demonstrando a compreensão sobre a relevância do problema da lepra em âmbito nacional. Na presidência da sessão, estavam Raul de Almeida Magalhães, diretor geral do DNSP; Alice Tibiriça, presidente da comissão executiva da conferência; Sr. Oscar da Silva Araujo, Inspetor de Profilaxia da Lepra; Prof. Eduardo Rabello e delegados dos Estados (CONFERENCIA..., 1933a, p. 6). Assim, o público e as lideranças mencionadas pelo periódico nos mostram o grande apoio à iniciativa da federação, bem como a capacidade de aglutinação da organização do evento ao conseguir reunir para o debate gestores do Governo Provisório que cuidavam da questão da lepra, profissionais das unidades federativas e representação dos setores filantrópicos<sup>70</sup>.

---

<sup>69</sup> Conforme Santos (2011), a ação das entidades privadas foi fundamental para o combate à lepra e, entre suas lideranças femininas, destaca-se Alice de Toledo Ribas Tibiriçá que, em 1926, convocou reunião na casa de seu sogro, em São Paulo, quando foi criada a Sociedade de Assistência às Crianças Lázaros. Tornou-se a primeira presidenta da organização e alterou o nome da entidade para Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Em torno dos objetivos iniciais concentrados na propaganda da luta contra a lepra, pretendia buscar adeptos, recursos e doações para a assistência social aos doentes e suas famílias. Em virtude de questões políticas, a Sociedade optou por intensificar as campanhas de conscientização e estimular a criação de outras sociedades, para atingir maior abrangência territorial e ampliar os adeptos. Em 1928, criou-se a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra do Distrito Federal e, no ano seguinte, por ocasião do primeiro aniversário da Sociedade no Rio de Janeiro, as direções paulista e carioca encaminharam a *Mensagem das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra ao presidente da República*. Nos anos do Governo Provisório, outras sociedades foram criadas pelo país e, em fevereiro de 1932, Alice Tibiriçá reuniu os representantes dessas sociedades, com o propósito de criar a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, tendo sido eleitas presidente e vice-presidente da nova entidade Alice Tibiriçá e Eunice Weaver respectivamente.

<sup>70</sup> Segundo Curi (2002, p. 94), a caridade e a filantropia formam um importante capítulo da história da lepra no Brasil uma vez que, só a partir do século XIX, a doença se transformou objeto de atenção médica. Até aquele momento, os cuidados dos doentes era encargo de caridosos e religiosos. Também reforça sua tese o fato de que, somente no século XX, é que o Estado brasileiro passou a se ocupar das questões da saúde pública, espaço anteriormente filantrópico. O tema filantropia e lepra no Brasil merecem dedicação e aprofundamento que escapam aos objetivos do presente trabalho e, nesse sentido, sugerimos a leitura dos trabalhos de Luciano Marcos Curi — “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976, dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002; Vicente Saul Moreira dos Santos, *Filantropia, poder público e combate à lepra* (1920-1945), publicado em *História, Ciências Saúde – Mangueiras*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez. 2011.

Os temas debatidos na conferência foram bastante variados e, segundo Curi (2002, p. 107), entre outros estavam o isolamento, a esterilização dos leprosos, a separação compulsória dos filhos indenes, a proibição matrimonial, a padronização dos leprosários, os censos de lepra, a infraestrutura dos leprosários, a participação policial no recolhimento dos leprosos e na internação nos leprosários. O autor destaca que os temas estavam relacionados ao lema da época: “defender os sãos”, através de uma profilaxia cuja síntese era o isolamento dos leprosos.

A política em desenvolvimento pelos governos federal e estadual foi criticada pelos participantes da conferência, que defendiam a centralização das ações, porém, a partir de 1934, quando Capanema é designado para o ministério, iniciou-se um plano nacional em conformidade com as principais recomendações da conferência, apoiado em três instituições: isolar compulsoriamente os doentes em *leprosários* localizados em áreas rurais; impedir a convivência entre filhos sadios e pais doentes internos através dos *preventórios*; manter vigilância dos contatos familiares ou não, atribuição dos *dispensários* (SANTOS, 2011, p. 260).

A dimensão do evento para o governo federal pode ser percebida nas palavras do Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, pois os trechos a seguir expressam as expectativas de Raul de Almeida Magalhães com a conferência e os compromissos que ele, representante da União, firmava diante do produto das discussões.

[...] vae a Conferencia em seus trabalhos ordinários ouvir os depoimentos autorizados e os projectos em curso, e, dos relatorios apresentados e das discussões travadas, resultarão os planos básicos para a uniformização da campanha”.

[...]

E, na condição de ocupar cargo de máximo de direção dos serviços de saúde pública da União e falando em nome do Governo, afirmou que as resoluções da Conferencia iriam inspirar as providencias governamentais (CONFERENCIA..., 1933a, p. 6).

Nesse sentido, conforme Curi (2002, p. 106), a Conferência para a Uniformização da Campanha Contra a Lepra “[...] ultrapassou todas as expectativas dos organizadores e adquiriu um importante valor histórico tornando-se um divisor de águas na história da lepra no Brasil [...]”. Para Curi (2002, p. 107), a centralização das ações contra a lepra em torno do governo federal ainda não estava concluída até 1933 e o evento com tamanha representatividade se constituiu com a finalidade de elaborar conduta adequada para adoção em âmbito nacional e envolvendo todos aqueles que lidavam com o problema. Ainda conforme o autor, uma vez que, no início da década de 1930, o problema da lepra ainda era visto como uma questão dos governos estaduais e a União mantinha-se afastada, apenas a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra apresentava condições para organizar evento desse porte e objetivo.

Mais adiante, em 1941, orientações para campanha de controle da doença foram debatidas e aprovadas na I Conferência Nacional de Saúde (I CNS). Com relação ao isolamento de leproso, a I CNS não destoou das considerações apontadas na Conferência para a Uniformização da Campanha Contra a Lepra e estabeleceu, como princípio:

- [...] b) o isolamento obrigatório dos doentes contagiantes, quer em estabelecimentos especializados regionais (colônias agrícolas, sanatórios, hospitais e asilos), quer em domicílio (em casos especiais) e onde seja possível contínua e eficaz vigilância
- c) a vigilância e controle dos doentes isolados em domicílio ou em tratamento nos dispensários, dos suspeitos, dos comunicantes e dos que tiveram alta;
- d) o tratamento regular e obrigatório de todos os doentes, tendo por fim diminuir a contagiosidade, evitar que a infecção se desenvolva ou obter a cura das lesões e o desaparecimento dos sintomas;
- e) o afastamento dos filhos sadios de leproso, desde o nascimento, e sua manutenção, instrução e educação até a adolescência, em preventórios especiais, sob vigilância, desde que não haja pessoa idônea que possa assumir tais encargos ou sua colocação familiar; [...] (BARRETO, 1942, p. 128-129).

Conforme exposto nos princípios em destaque, as instituições que integraram o modelo profilático adotado para dar suporte ao isolamento foram confirmadas pela Conferência Nacional de Saúde: as colônias agrícolas para receber os leproso, o dispensário para detecção de casos novos e controle dos comunicantes e os preventórios destinados à observação de filhos das pessoas doentes. O modelo, reconhecido como tripé, com o qual o estado de São Paulo já havia iniciado sua experiência, foi tomado nacionalmente pelas autoridades federais. Sob o título *Ampliando o nosso aparelhamento anti-leproso*” (ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA/FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS GC h 1935.09.02, f. 392), em que o governo anunciava auxílio para construção de preventórios, está registrada a justificativa do modelo, assim como o funcionamento integrado e complementar entre os serviços,

Compreendendo a extensão e a gravidade do problema da lepra no Brasil, o Governo Federal tem procurado, de certo tempo para esta parte, dotar o país de um amplo e eficiente armamento anti-leproso.

Seguindo a orientação que se traçou, desde 1936 (trecho rabiscado), a União baseou a sua campanha de combate ao mal de Hansen em três elementos principais: o leprosário, o dispensário e o preventório.

O leprosário, hospitalizando, isolando e tratando o leproso, circunscreve o mal e limita os seus efeitos; o dispensário, encaminhando os contagiantes para o leprosário, acompanhando de perto os que se acham clinicamente curados e seguindo os passos das famílias ou dos indivíduos suspeitos, exerce uma alta função de vigilância; e o preventório, recolhendo os filhos dos leproso ainda indenes de contágio, exerce a mais importante das missões humanas e sociais, subtraindo aos tentáculos do mal de Hansen milhares e milhares de crianças (ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA/FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS GC h 1935.09.02, f. 392).

Dessa forma, a obrigatoriedade do isolamento dos enfermos e a vigilância permanente das pessoas para garantir o controle da doença e obediência ao conjunto de regras sanitárias,

demonstram um caráter rígido da política desenvolvida no país. Impossível não observar que o foco de controle e vigilância era o doente, contra o qual se organizava um combate, erguendo em todo território nacional o “armamento anti-leproso” contra a pessoa e seu corpo adoecido. Nesse sentido, moldado nacional e internacionalmente, o isolamento compulsório se colocou como uma resposta médica e medida de saúde pública com o fim de conter a lepra, uma doença reconhecida como problema sanitário.

#### 4.4 REFORMAS NA SAÚDE SOB A GESTÃO DE GUSTAVO CAPANEMA

A gestão de Capanema teve início em julho de 1934, quando o país entrava numa nova fase desde a Revolução de 1930, o chamado Governo Constitucional (1934-1937). Segundo Fonseca (2007, p. 127-8), com a reforma Washington Pires, Capanema recebeu no campo da saúde pública uma estrutura ministerial que se preparava para maior centralização e abrangência da atuação federal, entretanto a ação ministerial precisou lidar com disputas e divergências internas nos estados e a dificuldade de articulação e consolidação de alianças políticas em virtude da fragmentação dos grupos, características da dinâmica política do período. Embora num contexto político inconstante, Capanema enviou em 1935 proposta de reforma do setor saúde para apreciação do Congresso Nacional, marcando o começo de uma gestão responsável por um forte processo de estatização das ações de saúde.

Para Hochman (2005, p. 130), a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945) foi o marco mais importante no processo de constituição da saúde pública como uma política estatal. Duas importantes reformas ocorreram sob sua gestão: a primeira apresentada em 1935, mas implementada a partir de 1937, quando foram definidas as diretrizes para a saúde pública, adequando-a aos princípios da política social do Estado Novo; outra em 1941, com a criação de serviços nacionais a partir dos quais se processou a verticalização das campanhas de combate a doenças específicas.

Fonseca (2007, p. 183) esclarece que as duas reformas trouxeram estratégias para implementar um modelo de gestão nacional dos serviços de saúde pública. A primeira definiu diretrizes das instituições públicas e, com a decretação do Estado Novo, teve intensificado o processo de regulamentação das atividades do setor. A segunda propôs alterações que aproximariam ainda mais a estrutura da saúde pública dos objetivos políticos e fundamentos ideológicos que

norteavam a construção do Estado Nacional varguista, fortalecendo a centralização, a normatização e a expansão dos serviços de saúde pública sob responsabilidade do ministério.

O documento produzido em 1935, intitulado *Programa e planos de ação do Ministério*, avaliava que as responsabilidades do MESP haviam aumentado desde sua instituição pelo Governo Provisório, pois a promulgação da Constituição de 1934<sup>71</sup> imputava maiores obrigações ao governo central com relação aos temas da educação e saúde. A pasta deveria imprimir medidas que, em harmonia com os princípios constitucionais e com o programa geral do governo, promovessem a “cultura”, ou ainda a “cultura nacional”, conceito que estaria relacionado à construção integral do homem, corpo e espírito.

De fato, do emaranhado de conceitos que da cultura se têm dado, resalta (sic) sempre uma noção justa e clara, a saber: cultura é a valorização do homem. É a construção integral e harmônica do ser humano, tanto no que concerne ao corpo como no que respeita ao espírito. Onde quer que o homem não domine a natureza, não resista às suas insídias e as suas agruras, mas a elas sucumba, onde quer que êle seja doente e frágil, não tenha densidade, dureza e vigor, onde quer que a êle faltem os providenciais recursos da ciência e da técnica e as novas inspirações da alma, aí não há cultura (ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA/FGV<sup>72</sup>, GC pi Capanema, G. 1935.00.00, f. 1).

Entre os planos iniciais para o governo, algumas medidas eram de prosseguimento de serviços existentes e, nessa perspectiva, estiveram relacionados a organização de institutos de pesquisa para orientação da administração, o incentivo ao desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento, o enfrentamento da lepra e tuberculose, os problemas de saúde da criança e a educação sanitária das camadas populares (AGC-CPDOC/FGV, GC pi Capanema, G. 1935.00.00, f. 2).

Quando o documento sobre os planos iniciais do MESP foi redigido, a Câmara Federal já estava estudando a ampla reforma dos serviços do ministério. Em carta à Getúlio Vargas, Gustavo Capanema apresentou o projeto de lei da reforma para exame do presidente e solicitou seu envio ao poder legislativo caso o aprovasse. Em suas exposições, Capanema dizia estar convicto da

---

<sup>71</sup> A Constituição de 1934 assinalou, em seu art. 138, que, entre outras responsabilidades, cabia à União, estados e municípios estimular a educação eugênica; amparar a maternidade e a infância; adotar medidas legislativas e administrativas para restringir a mortalidade e a morbidade infantis; promover ações de higiene social de maneira a impedir a propagação das doenças transmissíveis; cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais. No art. 140, instituiu que a União deveria organizar o serviço nacional de combate às grandes endemias cabendo-lhe o custeio, a direção técnica e administrativa nas zonas, onde a execução do serviço excedesse as possibilidades dos governos locais. Além disso, tornou obrigatório o amparo à maternidade e à infância com fixação de 1% das rendas tributárias da União, estados e municípios para as ações (POLETTI, 2012, p. 137).

<sup>72</sup> Daqui em diante as citações dessa fonte serão referenciadas como AGC-CPDOC/FGV, mantendo a classificação do arquivo e folha onde se encontra.

necessidade do ministério “[...] dilatar os limites de sua presença e de sua influência, projectando-se em todo o território nacional, levando o seu concurso a todas as unidades federadas” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.02.19, f. 4).

No entanto, ainda que estivesse para apreciação da Câmara Federal desde 1935<sup>73</sup>, a reforma somente foi aprovada dois anos mais tarde através da lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937 que conferiu nova organização ao MESP, alterou sua denominação para Ministério de Educação e Saúde (MES) e organizou o território nacional em oito regiões<sup>74</sup>. A reforma extinguiu a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e todas as diretorias sob sua coordenação e para desempenhar suas funções foi criado o Departamento Nacional de Saúde<sup>75</sup> (DNS) cabendo-lhe a administração de todas as atividades relativas à saúde pública e à assistência médico-social, que estivessem sob a competência do ministério (BRASIL, 1937).

Segundo Fonseca (2007, p. 184), a nova organização institucional intensificou medidas voltadas para a centralização e a normatização das ações de saúde. Com a reforma, que esteve sob a condução direta de João de Barros Barreto, diretor interino da DNSAMS desde março de 1935 e empossado diretor geral do DNS em fevereiro de 1937, teve início um período de intenso trabalho normativo com produção de leis, regulamentos e códigos sanitários, com o objetivo de padronizar detalhadamente as atividades dos diversos serviços de saúde nos estados, acompanhando o processo de burocratização e as orientações internacionais<sup>76</sup>.

De acordo com a legislação da reforma, a atuação da União em relação aos problemas de saúde seria efetivada por ação própria, ou seja, diretamente em qualquer ponto do território, podendo o governo federal instituir, manter e dirigir serviços avaliados como de necessidade ou conveniência nacional. Também poderia a União atuar de forma supletiva em qualquer local

---

<sup>73</sup> A tramitação da proposta e todo o processo político que a envolveu é um dos temas discutidos por Cristina Fonseca (2007) no capítulo 3 do livro *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*.

<sup>74</sup> As regiões foram formadas pelo agrupamento de unidades federadas da seguinte maneira: 1. Distrito Federal e Rio de Janeiro; 2. Território do Acre e estados do Amazonas e Pará; 3. Maranhão, Piauí e Ceará; 4. Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; 5. Sergipe, Bahia e Espírito Santo; 6. São Paulo e Mato Grosso; 7. Santa Catarina e Rio Grande do Sul; 8. Minas Gerais e Goiás (BRASIL, 1937).

<sup>75</sup> O DNS foi estruturado em quatro repartições: Divisão de Saúde Pública; Divisão de Assistência Hospitalar; Divisão de Assistência a Psicopatas; Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 1937).

<sup>76</sup> A esse respeito, Fonseca (2007, p. 176, 182, 196) reitera que as preocupações esboçadas pelos dirigentes políticos brasileiros estavam em consonância com os temas debatidos em fóruns internacionais de saúde pública, adequando-se a propostas discutidas particularmente nos Estados Unidos e incorporando prioridades definidas em congressos e conferências apoiados pela Oficina Sanitária Pan-Americana. Nesse sentido, as principais orientações internacionais para a ação governamental na área de saúde pública eram a centralização e a profissionalização, garantindo uniformidade das medidas sanitárias e execução de tais medidas por um corpo técnico especializado.



quando fosse diagnosticada deficiência de iniciativa ou de recursos, agindo de forma direta ou indireta por meio de concessão de auxílio ou subvenção federal (BRASIL, 1937).

Segundo Fonseca (2007, p. 134), a reforma aprovada em 1937 tinha como um dos princípios a expansão dos serviços públicos de saúde nas distintas regiões do país, num formato que permitia a influência do ministério em todas as unidades federadas. Nesse sentido, a inovação foi a criação de delegacias federais em cada região, estabelecendo sede nas cidades do Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Cidade do Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte. Classificadas como serviços intermediários, as delegacias estavam entre os órgãos de execução, cabendo-lhes, no caso da saúde, a inspeção dos serviços federais e a coordenação das atividades necessárias à efetivação da participação da União nos serviços locais de saúde pública e de assistência médico-social (BRASIL, 1937).

Com essa cobertura, vemos que a instalação das delegacias federais foi um passo importante para ampliar o controle da União sobre o território nacional. Nesse sentido, Hochman (2001, p. 136) insere o debate sobre a reforma considerando a instauração do Estado Novo em novembro de 1937. Para o autor, esse processo teria proporcionado a implementação de uma reforma que buscava aumentar a presença dos serviços federais nos estados e com isso reformular a relação entre os governos federal e estaduais.

Segundo Fonseca (2007, p. 157), ao orientar a criação das delegacias, a norma antecipou, de certa forma, o que iria ocorrer anos mais tarde, em 1941, com a criação dos serviços nacionais de saúde, órgãos que teriam foco em doenças específicas. As delegacias federais representaram assim um

[...] primeiro passo para a sistematização, organização e expansão do poder público para outras regiões. Na continuidade do governo Vargas, foram importantes órgãos intermediários entre o governo federal e os estados — uniformizaram as ações públicas no campo da saúde e asseguraram que a expansão do poder público federal pelo território nacional ocorresse segundo parâmetros comuns e de modo coordenado [...] (FONSECA, 2007, p. 155).

Além das delegacias federais de saúde, a reforma de 1937 inovou na instituição das conferências nacionais de saúde. Com a finalidade de auxiliar o governo federal, as conferências contribuíram para o conhecimento das atividades realizadas pelo país e na orientação da execução dos serviços locais e na concessão de subvenções. Convocadas a cada dois anos pelo Presidente da República, delas participaram autoridades administrativas do Ministério da Educação e Saúde e dos governos estaduais (BRASIL, 1937).

Com relação às grandes endemias, o texto da reforma afirmou o compromisso de executar os planos nacionais à medida que fossem organizados, cabendo à União custeá-los e dirigi-los quando os governos locais não pudessem fazê-lo.

À medida que se forem organizando os planos nacionais de combate às grandes endemias do país, dar-lhes-á o Ministério da Educação e Saúde imediata e progressiva execução, mediante o estabelecimento de serviços especiais, destinados à realização dos planos traçados, que serão custeados e dirigidos técnica e administrativamente pela União, salvo nas zonas em que os governos locais possam executá-los, com ou sem o auxílio federal (BRASIL, 1937).

No período 1930-1937, Fonseca (2007, p. 161) considera que a saúde pública foi tema que mereceu “atenção cuidadosa” das lideranças políticas e profissionais ligados a setores que estavam mobilizados para o processo de mudança em curso no país. Segundo Hochman e Fonseca (1999, p. 82), a reforma empreendida por Capanema a partir de janeiro de 1937 reformulou e consolidou a estrutura administrativa do ministério, adequando-a aos princípios básicos que orientaram a política social do governo Vargas. Nesse sentido, o setor de saúde foi um tema valorizado pelo poder público, cujos esforços se deram não só no sentido de modificar a estrutura vigente, mas também de organizar sua expansão visando fortalecer o projeto de consolidação estatal através do incremento de um aparato burocrático de Estado. Por intermédio das estruturas de saúde, buscou-se fazer com que o poder central chegasse a todos os recantos e essas estruturas representassem a presença do Estado diante da população.

No entanto, no sentido de consolidar esse processo, outra reforma foi realizada em 1941, quando Capanema apresentou nova alteração na estrutura do ministério em que reformulava o DNS e criava os serviços nacionais. Segundo Hochman (2001, p. 139), a proposição reafirmou o projeto político de consolidação da estrutura administrativa do governo federal na coordenação e supervisão das ações de saúde.

Ao apresentar a proposta de reorganização do DNS, Capanema esclarece ao Presidente Getúlio Vargas que o intuito era de aprofundar projeto político de expansão e fortalecimento da presença do poder federal em todo o país e, nesse sentido, a proposta estava baseada em dois princípios: o de maior coordenação, ao conferir ao DNS o caráter de um sistema único de repartições e atividades; e o princípio de maior atuação para que pudesse alcançar as mais distantes localidades, mantendo e ampliando as ações de caráter nacional. Nesse sentido, justificava a reforma como um aprimoramento ao que estava em curso (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.02.19, fls. 605, 607).

Segundo João de Barros Barreto, em *As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde*, (1942, p. 8), o Departamento Administrativo do Serviço Público<sup>77</sup>, através de seu presidente, compreendia que as mudanças seriam apropriadas para responder aos grandes problemas sanitários nacionais, uma vez que eles requeriam um órgão central com amplos poderes para coordenar os vários serviços federais, sendo também uma medida que vinha sendo adotada por administrações de outros países.

6. A seu turno, os problemas sanitários do vulto da tuberculose, da malária, da lepra, da peste, que dizimam a nossa gente e entorpecem o desenvolvimento do país e para cuja solução o governo federal contribue com verbas avultadas, estão a exigir o desenvolvimento de órgãos técnicos de coordenação e controle.

[...]

8. A atenção que merecem hoje os problemas de saúde em todas as nações adiantadas, tem levado os seus governos a criar um órgão central, com autoridade e poderes amplos, no qual se reúnem, de modo a torná-los coesos, interdependentes e entrosados intimamente, os vários serviços da alçada do poder central, colimando todos, em derradeira análise, o mesmo objetivo elevado, de proteger e melhorar a vida e a saúde.

9. É num órgão de tal natureza, e assim estruturado, que se pretende transformar o Departamento Nacional de Saúde (BARRETO, 1942, p. 8).

Assim, a reforma de 1941 procurou conferir maior amplitude e extensão ao trabalho do Departamento Nacional de Saúde e dos órgãos a ele vinculados, dilatando sua capacidade de controle e se fazendo presente em todos os estados. Ao reorganizar o Departamento Nacional de Saúde, o Decreto-lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941, definiu como suas competências a realização de inquéritos, pesquisas e estudos sobre condições de saúde, saneamento, higiene e epidemiologia das doenças e métodos sobre profilaxia e tratamento, bem como a administração dos serviços federais que respondessem por tais atividades; a coordenação e a orientação das repartições estaduais e municipais e de instituições de iniciativa particular que se ocupassem de atividades relacionadas à saúde; o estudo de critérios para concessão de auxílios e subvenções federais, além do controle dos recursos concedidos; e a organização de cursos de aperfeiçoamento sobre temas médicos e sanitários (BRASIL, 1941).

Com a reformulação do DNS, foram criados serviços nacionais para determinadas doenças e atividades específicas: Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Peste, Serviço

---

<sup>77</sup> Conforme Wahrlich (1984, p. 50), o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) foi um órgão central instituído em 1938, com responsabilidade de tratar das questões de pessoal, material, orçamento, organização e métodos relacionados a estrutura administrativa do governo federal. Nesse sentido, é de importância o parecer do seu gestor sobre a reforma da saúde empreendida por Capanema.

Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Educação Sanitária e Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (BRASIL, 1941).

A instituição de tais serviços evidenciou uma política de saúde pública preocupada com as doenças infectocontagiosas. Segundo Hochman e Fonseca (1999, p. 85), a reforma privilegiou enfermidades de maior impacto na comunidade nacional e não grupos específicos e, sob a supervisão do DNS, os serviços nacionais acompanhavam o trabalho desenvolvido nas regiões do país com a finalidade de debelar surtos epidêmicos e instituir métodos de controle e prevenção em conjunto com as delegacias federais de saúde e governos locais.

A respeito das delegacias federais, as repartições integrariam DNS, cabendo-lhes inspecionar o funcionamento das atividades executadas diretamente pelos órgãos especiais, entre os quais os serviços nacionais instituídos pelo art. 2, bem como seriam responsáveis pela execução das atividades necessárias à

[...] coordenação das repartições estaduais e municipais e das instituições de iniciativa particular, que se destinem à realização de quaisquer atividades concernentes ao problema da saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assisti-las tecnicamente, e ainda estudar os critérios a serem adotados para a concessão de auxílios e subvenções federais para a realização dessas atividades, e controlar a aplicação dos recursos concedidos; (BRASIL, 1941).

Assim, conforme Fonseca (2007, p. 221), as delegacias federais teriam um papel institucional de intermediação fundamental e, a partir de 1944, suas diretrizes passaram a ser mais minuciosas com atuação mais direcionada para questões específicas relacionadas às principais preocupações dos gestores públicos daquele momento, como as ações de controle de doenças infecciosas; o abastecimento de água e a canalização de esgoto; a oferta de serviços no interior com base nos sistemas distritais que aglutinavam municípios; o investimento na formação de pessoal especializado com cursos para guardas sanitários, visitadoras, atendentes, auxiliares de laboratórios e escreventes; a inspeção e o cadastro de hospitais; a fiscalização do exercício profissional e a realização de conferências sobre problemas relacionados à saúde pública. Tais atividades eram executadas em conjunto com os serviços nacionais e outros órgãos do DNS, como a Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar.

O balanço sobre os problemas de saúde enfrentados pelo governo Vargas demonstra em sua análise que as ações de saúde, antes restritas quase exclusivamente ao Distrito Federal, estenderam-se “[...] por todo território nacional, abrangendo, já em 1945, um vasto sistema de

atividades e empreendimentos de repercussão e influência em todo o país.” (AGC-CPDOC/FGV, GC pi Capanema, G. 1945.00.00/2, f. 19).

A consolidação desse sistema implicava em garantir a presença de uma equipe técnica nos estados e, nesse sentido, conforme Fonseca e Hochman (1999, p. 85), profissionais como médicos, sanitaristas, guardas sanitarias, enfermeiras e engenheiros se ocuparam do desenvolvimento das atividades de saúde pública, contribuindo para que o governo federal conjugasse centralização política e descentralização administrativa, aumentando a presença do poder central nos locais mais distantes do Brasil.

Dessa forma, reafirma Hochman (2001, p. 136) que as reformas empreendidas por Gustavo Capanema trouxeram para a saúde pública as orientações de centralização e verticalização das ações estatais em conformidade com a política varguista. Avançando por todo o território nacional, a saúde pública se fazia presente no interior do país, com ações verticalizadas por doença, que obedeciam ao comando de um núcleo central e eram implementadas hierarquicamente nos estados e municípios.

Nesse sentido, Fonseca (2007, p. 176) chama atenção para a estatização da saúde durante o Estado Novo, quando à saúde pública foi conferida uma ênfase nacionalista sustentada nos princípios de centralização, coordenação e normatização, colocados em prática com o desenvolvimento de uma estrutura administrativa e de serviços que absorveram tais princípios. Com efeito, no caso das ações públicas contra a endemia de lepra, a política de enfrentamento no período em questão foi erguida sobre as mesmas premissas, construindo um conjunto de dispositivos intensamente normatizados e sob forte coordenação do governo federal de maneira a garantir uniformidade das ações e unidade de comando.

#### 4.5 A GESTÃO DE GUSTAVO CAPANEMA E A EXPANSÃO DAS AÇÕES CONTRA A LEPROSA

Ao assumir o Ministério da Educação e Saúde Pública em 1934, Gustavo Capanema não encontrou plano específico de combate à endemia. Assim se pronunciou o ministro sobre sua chegada ao cargo durante audiência em 11 de março de 1937 na Comissão de Saúde Pública<sup>78</sup>.

---

<sup>78</sup> A ida à Comissão de Saúde Pública ocorreu em sessão de 11 de março de 1937 sendo solicitada para que Capanema fizesse esclarecimentos sobre o leprosário de Iguá/RJ, destacando qual a participação da União na construção do estabelecimento e quais as orientações técnicas que definiram a localização de sua instalação.

Na oportunidade, Capanema fez relato sucinto sobre a situação das atividades contra a doença, considerando ter se deparado com ações desvigoradas e sem acompanhamento da aplicação dos recursos federais que haviam sido remetidos aos estados, ou seja, viu-se diante de um cenário frágil e descoordenado.

[...] Quando assumi a direção do Ministério, em 1934, não encontrei um plano traçado, para combate da lepra.

O governo federal não descurava o assunto, mas, talvez por escassez orçamentária, não podia agir com a amplitude e o vigor necessários. Era escasso o que se fazia no Distrito Federal. A alguns Estados dava-se uma cooperação financeira, a ser utilizada segundo o critério das respectivas administrações (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 164-5).

No início de sua gestão à frente do órgão, declarou o ministro que, assim como a tuberculose, a lepra foi considerada um grande mal e a situação de ambas estava exigindo uma resposta da União na adoção de medidas estruturadas. Com esse diagnóstico, as duas enfermidades foram incluídas dentre as ações do programa inicial do ministério, cuidando a União naquele momento

[...] c) de atacar ativamente estes dois males: a lepra e a tuberculose. É preciso, com pouco tempo, fazer desaparecer o primeiro e reduzir o segundo a menores proporções. Para isto, todos os esforços devem ser, desde logo, coordenados, empregando a União, em tais campanhas, o máximo de recursos de que possa lançar mão (AGC-CPDOC/FGV, GC pi Capanema, G. 1935.00.00, f. 2).

Ao relacionar as ações que estariam sendo alvo de atenção do ministério, o documento *Programa e planos de ação do Ministério*, elaborado em 1935, não elenca outras enfermidades, o que sugere preocupação com a situação específica das duas patologias, bem como o entendimento de que os esforços da União deveriam ser ampliados. Em vista disso, percebemos que Capanema compartilhava o pensamento de que as ações que vinham sendo desenvolvidas pela inspetoria estavam deficientes e não correspondiam ao esperado para o controle da doença.

Entretanto, de acordo com Monteiro (2019), no estado de São Paulo a profilaxia da doença já estava organizada e serviria de modelo para outras unidades da federação, uma vez que desde 1933 a rede asilar, composta por cinco instituições (Santo Angelo, Padre Bento, Pirapitingui, Cocais e Aimorés) se encontrava “[...] estruturada e a internação em massa ocorria em todo o

---

Além desse tema, Capanema prestou informações sobre o “plano de combate à lepra” que, conforme argumentado pelos deputados, teria sido aprovado pelo Presidente da República cerca de dois meses antes daquela sessão. Capanema contestou a afirmação, pois o que havia sido submetido à aprovação de Vargas se referia a um plano de obras para a construção de leprosários e não a um plano de combate à lepra (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 164, 176 e 188).

estado [...]” (MONTEIRO, 2019, p. 386). Nesse sentido, havia no país uma referência importante atuando como exemplo para a política de isolamento compulsório dos doentes que Capanema pretendia desenvolver com determinação.

Alguns documentos administrativos produzidos no âmbito da gestão Capanema registram a percepção de que as medidas para contenção do avanço da lepra, antes ineficazes, se tornaram mais expressivas sob seu comando à frente do ministério. Em *Lepra: notas sobre a ação do governo federal 1931-1940*, as ações contra a lepra realizadas pela União no período, conforme descrito no documento do Departamento Nacional de Saúde, são subdivididas em duas etapas. Sobre a primeira, compreendendo entre 1931 e 1935, o documento registra que a ação do governo não esteve guiada “[...] por qualquer plano delineado previamente [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 564), resumindo-se a concessões de auxílios para melhoramento, manutenção e construção de leprosários distribuídos conforme as solicitações recebidas. Essa etapa, portanto, não contou com uma política federal normatizada de indução dessas obras e o governo respondia às demandas apresentadas.

Na segunda fase, fixada entre 1936 e 1940, conforme o documento registra, os trabalhos tiveram direcionamento planejado e “[...] seguiram a orientação traçada no plano elaborado em 1935, com as modificações que se tornaram necessárias, aconselhadas pela prática e melhor conhecimento do problema.” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 564). Como demonstração do empenho e da coordenação federal, o documento discorre sobre o início da construção de diversas colônias para isolamento de leproso, as unidades inauguradas e postas em funcionamento no período, o início do censo dos leproso e a ampliação do número de dispensários com desconcentração do serviço que antes privilegiava o Distrito Federal (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 564-567).

Nesse sentido, o documento constrói o argumento de que as ações de enfrentamento da doença se tornaram objeto de planejamento sistemático por parte do governo federal com a gestão de Gustavo Capanema, questão que também fica evidente em *Lepra: gastos da União de 1931 – 1940* (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 591-607). No documento, consta apenas o registro do Distrito Federal como beneficiário de repasse de verbas para o ano de 1931, sendo classificado como gastos com “manutenção”. Na sequência, para os anos entre 1932 e 1934, com o fim de “construção de leprosários”, estão registrados os estados do Maranhão, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro, além do DF. No mesmo período, receberam auxílio federal para gastos com manutenção o DF e o estado do Pará. Em 1934, há

ainda o registro de investimento com pesquisa, destinado ao Centro Internacional de Leprologia<sup>79</sup>, o que tem prosseguimento até 1939 (APÊNDICE A).

Contudo, ainda que tenha sido registrada a ampliação dos recursos entre 1931 e 1934, percebemos que, a partir de 1936, ocorreu a execução de investimentos financeiros de forma contínua e em maior volume por parte da União (Tabela 2). O APÊNDICE A, que descreve o tipo de ação desenvolvida e os beneficiários, possibilita a mesma avaliação, demonstrando que, a partir dessa data, ocorreu ampliação dos estados contemplados e diversificação na destinação de recursos para outras áreas, como subvenções para organizações privadas, realização de censos de leprosos, medicamentos e construção de preventórios.

Tabela 2 – Gastos da União em ações contra a lepra: 1931-1940

<b>Ano</b>	<b>Gastos Federais</b>
<b>1931</b>	380:000\$000
<b>1932</b>	808:960\$000
<b>1933</b>	1.584:669\$000
<b>1934</b>	3.157:361\$000
<b>1935</b>	2.900:102\$500
<b>1936</b>	5.791:662\$150
<b>1937</b>	11:194:136\$650
<b>1938</b>	12.755:832\$000
<b>1939</b>	13:951:643\$400
<b>1940</b>	10.446:728\$000

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02 (1935).

Assim, o balanço final foi de que, em 1940, a ação nacional estava sendo exercida nos 20 estados, além do território do Acre e no Distrito Federal, enfatizando a ideia de que as ações, antes mais tímidas, com a chegada de Capanema foram expandidas: “Para se ter uma ideia da ação nacional da campanha contra a lepra, basta enumerar as unidades que a pouco e pouco foram beneficiadas de 1931 a 1940” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 608).

A orientação da campanha contra a lepra, definida pela I CNS, estipulou princípios e normas que deveriam orientá-la. Entre outros aspectos, as diretrizes abordavam os mecanismos de descoberta dos casos através do censo, da notificação compulsória, do exame sistemático de

<sup>79</sup> O Centro Internacional de Leprologia foi inaugurado em junho de 1934 como resultado de um acordo entre o governo brasileiro e a Liga das Nações e contou com a colaboração do filantropo Guilherme Guinle. A União contribuiu com a manutenção do centro desde o ano de sua criação até 1939, data em que encerrou suas atividades. Dentre as principais atividades técnicas do órgão, destacam-se a realização de inquérito epidemiológico no estado do Rio de Janeiro; estudo sobre a lepra dos ratos, em cooperação com o Instituto Oswaldo Cruz; estudo sobre a ação de ácidos do óleo de *chaulmoogra*, e fabricação de medicamentos *chaulmoogricos* para pesquisa terapêutica; tratamento de doentes pelo oxigênio sob pressão; pesquisas bacteriológicas e imunológicas, estudo comparado das reações sorológicas mais conhecidas para o diagnóstico da lepra e da sífilis (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 590).



comunicantes e suspeitos e do inquérito de escolares; o isolamento obrigatório dos contagiados em estabelecimentos especializados ou domicílio; a vigilância e o controle dos doentes isolados em domicílios ou em tratamento nos dispensários, dos suspeitos, comunicantes e de pessoas que tiveram alta; o afastamento dos filhos sadios de leproso desde o nascimento até a adolescência; a formação de técnicos leprologistas e a instrução especializada para estudantes de medicina, enfermeiras e visitadoras sanitárias; a uniformidade na orientação técnica de todo armamento antileproso e os pontos fundamentais para serem tratados na propaganda educativa:

[...] que a lepra é doença contagiosa, evitável e clinicamente curável, sobretudo quando diagnosticada precocemente e tratada por meios adequados; que as crianças e adolescentes são particularmente receptíveis; que a infecção é muito favorecida pelo contacto íntimo e prolongado, em especial nos casos de coabitação [...] (BARRETO, 1942, p. 129).

Assim, sob o comando de Gustavo Capanema, foi sistematizada e implantada pela União uma ação pública objetivando enfrentar a epidemia em todo território. Com ênfase no isolamento compulsório dos doentes, importava principalmente a implantação e a manutenção do modelo profilático assentado na ação de três órgãos e leprosários, dispensários e preventórios. A doença considerada como flagelo nacional reclamava por medidas efetivas de controle, com alcance em todas as regiões do país e, nesse sentido, o governo federal reconhecia seu papel determinante para o planejamento de diretrizes que gerassem ações contínuas e uniformes.

#### **4.5.1 O plano geral de combate à lepra**

A instituição das ações nacionais contra a lepra pode ser conhecida através do depoimento de Capanema durante sua visita à Comissão de Saúde Pública em março de 1937. Para o ministro, as respostas para conter a epidemia daquela “[...] gravidade não podia ser combatida com êxito, sem o estabelecimento de etapas e diretrizes, sem a fixação de programa completo e rigoroso [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 165). Uma ação planejada e de firme coordenação deveria ser desenvolvida e, nesse sentido, Capanema esclareceu que o plano estava em execução desde 1936, mas suas linhas gerais haviam sido organizadas no ano anterior.

Havia um estranhamento dos deputados da Comissão de Saúde Pública, pois alegavam ter tomado conhecimento, em notícias publicadas na imprensa, de que o presidente da República teria aprovado um “plano nacional de combate à lepra”, ou seja, a matéria não foi apreciada pelos membros da comissão, o que era de competência do grupo. Após relativizar a queixa dos

deputados, Capanema prestou esclarecimento sobre o plano geral, de que destacou o plano de construção de leprosários.

O SR. MINISTRO: A notícia dos jornaes não é exacta: não se apresentou agora à aprovação do Presidente da Republica um plano de combate á lepra.

Há, porem, um ponto verdadeiro.

O SR. ABELARDO MARINHO<sup>80</sup>: Interessa-me particularmente esse ponto.

O SR. MINISTRO: O que foi proposta à aprovação do Presidente da República, há alguns meses, foi um plano de obras para a construção de leprosários, no anno de 1937, e não um plano de combate á lepra.

SR. FERNANDES TAVORA<sup>81</sup>: Uma parte do plano.

O SR. MINISTRO: Digo, porém, que o plano de combate á lepra no país, embora não esteja consubstanciado em uma só exposição escripta, ou em um regulamento ou lei, existe, desde 1935, no Ministério. (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 188).

Sendo assim, o dito “plano de combate à lepra” não havia sido materializado em regulamento ou lei e o plano de obras para construção dos leprosários não representava a totalidade da proposta ministerial, contudo Capanema declarou que o plano de ações para o combate à lepra estava em andamento e se ancorava em quatro pilares: a pesquisa, o censo, a legislação e a administração (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 190).

Segundo o ministro, as medidas, na pesquisa, pretendiam realizar a observação epidemiológica da doença de maneira que os dados pudessem prestar auxílio para a profilaxia e a terapêutica da moléstia, bem como subsidiar os programas de capacitação de técnicos e especialistas. A perfeita estatística dos leprosos era um dos pilares do plano e lhe daria maior eficiência, além de ser base para a pesquisa. A legislação seria formada por princípios gerais obrigatórios, emanados da União, que serviriam de base para leis supletivas ou complementares feitas pelos estados no combate à doença. Finalmente, o pilar intitulado “administração” foi traduzida pelo

---

<sup>80</sup> Abelardo Marinho de Albuquerque Andrade (1892-1968), médico, natural de Fortaleza/CE, inspetor sanitário do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1933, tornou-se deputado federal constituinte, representando os profissionais liberais, sendo reeleito em 1935 para a legislatura ordinária. Às vésperas da decretação do Estado Novo, promoveu reunião com opositores ao golpe iminente. Após o fechamento do Congresso Nacional em virtude da instauração do novo regime, Marinho voltou a exercer a medicina. Disponível em: <http://fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/abelardo-marinho-de-albuquerque-andrade>. Acesso em: 10 fev. 2020.

<sup>81</sup> Manuel do Nascimento Fernandes Távora (1877-1973), natural de Jaguaribe/CE, foi eleito deputado federal em outubro de 1934, exercendo o mandato até novembro de 1937, quando o golpe do Estado Novo fechou o Congresso e cancelou as eleições presidenciais. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/manuel-do-nascimento-fernandes-tavora>. Acesso em: 10 fev. 2020.

[...] conjunto de serviços administrativos a ser postos em pratica pelo poder público para o combate à doença: prophylaxia, tratamento, prevenção e cura; consideram o problema em toda a sua latitude: atinge o doente, quer confirmado ou suspeito, vae actuar sobre o comunicante, sobre o publico em geral. O serviço administrativo deve ter leis tão amplas, que abranjam todo esse vasto circulo dos leprosos confirmados, suspeitos, comunicantes etc. (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 190).

Sendo assim, os leprosários, preventórios e dispensários seriam os estabelecimentos que comporiam “[...] o aparelhamento que constitue o armamento ante-leproso [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 190). Esses dispositivos foram considerados por Capanema como elementos de “ação especial” da administração pública, pois recairiam diretamente sobre determinadas pessoas — indivíduos doentes, suspeitos e contatos do enfermo. No entanto, havia outra parte da administração relativa à “ação geral” que incidiria sobre a população de forma abrangente por meio dos serviços de propaganda e educação sanitária (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 268).

Segundo Capanema, o plano geral foi colocado em prática assim que esteve concluído, em meados de 1935 (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.09, f. 270) e, buscando explicar o desenvolvimento de cada um dos componentes do plano geral, fez um balanço das ações desde sua adoção até março de 1937 durante relato à Comissão de Saúde Pública.

Assim, com relação à pesquisa, a proposta de reforma do ministério em tramitação no Congresso contemplava a criação do Instituto Nacional de Saúde Pública<sup>82</sup> com uma seção de leprologia em sua estrutura para proceder à pesquisa do problema da lepra em todo país. Com a mesma finalidade, o governo apoiava o Centro Internacional de Leprologia, criado desde 1934. Os tópicos citados por Capanema como de interesse para a pesquisa foram as modalidades da doença, as formas de contágio, os processos de cura e os veículos de transmissão, porém deixava a possibilidade de outros temas serem acrescidos tendo em vista a importância do problema.

O censo para revelar as estatísticas da doença era uma tarefa considerada de difícil execução. Em 1935, os números apresentados pelos órgãos do ministério acusavam 30.647 doentes. Em 1937, a estimativa era de 30.309 e Capanema reconhecia imperfeições nos cálculos além de considerar:

[...] Nem o censo pode ser encarado apenas como uma numeração de leprosos. Dizer que em nosso país há 30.000 leprosos, suppondo-se mesmo que fosse tal cálculo

<sup>82</sup> O Instituto Nacional de Saúde Pública foi criado com a reforma de 1937 pela Lei nº 378, de janeiro de 1937, com o objetivo de realizar estudos, inquéritos e pesquisas sobre os assuntos de saúde.

absolutamente verdadeiro, não havendo mais um nem menos um doente, esse censo não satisfaz, por ser a declaração superficial (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 273).

Em seu entendimento, o censo deveria discriminar os casos pessoais e as circunstâncias dos leprosos, o que pode ser compreendido como o levantamento de dados mais amplos capazes de contribuir para traçar um perfil dos doentes e das condições do adoecimento (gênero, raça, profissão, moradia, estado civil, dados familiares, informações sobre uma possível fonte de infecção, data dos primeiros sintomas, entre outros). Para um censo mais completo, que somente poderia ser feito com as administrações locais, Capanema declarou que, em 1937, seria iniciada uma ação mais enérgica.

Quanto à legislação, estava em curso a elaboração de uma lei geral ou plano de saúde, em que haveria um capítulo sobre a profilaxia da lepra. Mediante um ordenamento legal nacional, as leis e os regulamentos estaduais seriam elaborados e assim a intenção de Capanema seria a organização de um aparato legal em conjunto com os Estados.

Declarando ser o tópico “[...] mais importante, mais eficiente, que são o conjunto dos serviços administrativos [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 279), Capanema tratou dos elementos classificados como aqueles de ação especial, ou seja, os leprosários, os preventórios e os dispensários. Quanto aos primeiros, mencionou que, a partir de 1936, a ação do governo federal teve como base um plano de construções, elaborado no ano anterior pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, entretanto admitia que a construção de leprosários não era suficiente para debelar a endemia e assim o combate à doença poderia [...] padecer de muitas imperfeições, por não se constituir propriamente um plano de combate à lepra, mas apenas de construção de leprosários, de acordo com o que foi combinado com os governos locais” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 288).

Sobre os dispensários, o investimento federal fez com que evoluíssem de uma unidade para doze entre 1934 e fins de 1936, todas elas instaladas no Distrito Federal. Quanto aos preventórios, Capanema relatou que a União ainda não havia executado qualquer obra, mas que viriam em sequência: “[...] Uma vez que se construa o leprosário, torna-se necessário o preventório, porque uma das dificuldades maiores da internação dos doentes é o destino das crianças sãs [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 291).

Capanema computou ainda a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária com a previsão de realizar uma campanha ampla sobre a lepra. Integrando o componente de administração geral do plano, as atividades de propaganda e educação sanitária teriam a atribuição de esclarecer as “[...] massas sobre as condições do contágio, sobre os meios de propagação da moléstia, sobre o charlatanismo médico ou farmacêutico [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 293).

Apesar de entusiasmado, Capanema já avaliava que o plano geral encontraria dificuldades para seu desenvolvimento pela insuficiência de recursos e inexistência de técnicos em quantidade adequada, porém a consciência dos limites não o impedia de manifestar perspectiva positiva na reversão da endemia num breve período de tempo, pois considerava que, com todo o esforço para conter a doença, o problema estaria “[...] dentro de poucos anos, bem encaminhado para uma solução definitiva no Brasil” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 297).

Com uma linha de ação projetada para conter a doença, o desafio estava fortemente vinculado à contenção das pessoas doentes, portadoras do bacilo e fonte de infecção para os sadios. A medida seria operacionalizada através do isolamento compulsório em leprosários e, nesse sentido, a construção desses estabelecimentos em todo território nacional foi o ponto central da política contra a doença. No entanto, a determinação em levar a cabo o plano de construções teve na realização do censo dos doentes uma estratégia vital para dimensionamento da estrutura necessária à campanha contra a lepra e, ao lado da pesquisa, o censo e a construção de leprosários foram ações prioritizadas dentro da campanha de combate à lepra.

#### **4.5.2 O censo e a construção de leprosários**

O censo, em conjunto com o plano de construções e a pesquisa, foram considerados componentes essenciais do plano geral, conforme manifestou Capanema em discursos proferidos na inauguração da Colônia de Itanhenga/ES (1937) e da Colônia do Iguá/RJ. No Espírito Santo, o ministro afirmou que o combate à doença obedecia um programa federal composto “[...] essencialmente em dois pontos: 1º) organização da pesquisa e do censo; 2º) montagem do armamento antileproso, que se compõe do leprosário, do dispensário e do preventório” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 319). Na inauguração da Colônia do Iguá/RJ, tratou a lepra como “[...] um dos mais angustiosos problemas sanitários de nosso país [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 466). Contra o problema, havia sido traçado

um plano de proporções que, em resumo, seria integrado por três serviços primordiais: a pesquisa, o censo e a montagem do armamento. A seleção desses pontos seguia uma justificativa, pois

[...] De fato, era preciso, por um lado, estudar a natureza da lepra, afim de desvendar os processos racionais de sua profilaxia e tratamento; por outro lado, se impunha a realização de um censo da endemia em todos o país, descobrindo-se assim o número de doentes, a sua localização, a modalidade da moléstia de cada um; finalmente, urgia montar por todas as regiões agredidas pela doença, um armamento anti-leproso completo, composto de leprosários, de dispensários e de preventórios (AGC-CPDOC/FGV, GC 1935.09.02, f. 467).

Assim, do plano geral apresentavam-se os componentes julgados basilares pelo governo federal, denotando uma estratégia de controle da endemia que previa o estudo da doença para elucidar a profilaxia e o tratamento, o mapeamento e identificação dos doentes e a instalação dos serviços assistenciais — o armamento antileproso — que, além de isolarem os doentes e vigiarem os contatos, tratariam de proteger os sadios do indesejado contato com os enfermos.

O censo, conforme afirmou Capanema no Espírito Santo em 1937, estava à cargo do Instituto Oswaldo Cruz e do Centro Internacional de Leprologia. Ainda que o tenha considerado fundamental no fornecimento de critérios para a prevenção e o tratamento da doença, base para uma profilaxia contra a endemia, Capanema afirmou que o censo, “[...] salvo num ou noutro ponto do país, ainda é falho e incerto [...]” (GC 1935.09.02, f. 319). O ministro, que discursou declarando que o censo não estava regularmente organizado, anunciou a existência estimada de 50.000 leproso no país tomando como base trabalho de Souza-Araujo publicado em edição das *Memórias de Oswaldo Cruz*. Capanema informava, portanto, um quantitativo diferente do censo que serviu de parâmetro para o plano de construções, ou seja, 30.647 leproso<sup>83</sup>.

Nesse sentido, os dados apurados ainda não eram considerados de total confiança, mas a falta de precisão nos números não foi motivo para imprimir o plano de construções. Considerando a afirmação de Capanema durante sessão da Comissão de Saúde Pública, a espera por um censo rigoroso implicaria morosidade das ações, pois “[...] nem em 10 anos poderíamos dar início ao combate à lepra [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 310) e assim optava-se por trabalhar com números aproximados. Em vista disso, podemos supor que a implantação de

---

<sup>83</sup> No mesmo ano, Capanema já havia demonstrado descrença nos dados oficiais apurados, quando se manifestou sobre o assunto na Comissão de Saúde: “Dizer que em nosso país há 30000 leproso, suppondo-se mesmo que fosse tal cálculo absolutamente verdadeiro, não havendo nem mais um nem menos um doente, esse censo não satisfaz, por ser a declaração superficial” (AGC-CPDOC/FGV. GC h 1935.09.02. f. 273).

alguns leprosários obedeceu a outros critérios que não o nível de endemicidade da patologia na região escolhida.

Como exemplo, temos que a própria seleção do local de instalação da Colônia do Iguá/RJ foi motivo de questionamento pela referida comissão. Para o deputado Abelardo Marinho, a escolha não foi precedida de um censo, entendimento também reafirmado por outro parlamentar, Sr. Bento Costa, como condição fundamental para construção do leprosário.

O SR. BENTO COSTA – Em Itaboraí toda gente sabe que não há leprosos...

O SR. ADALBERTO CORRÊA – Nunca houve.

O SR. BENTO COSTA - ...e no entanto lá foram fazer um leprosário.

O SR. ABELARDO MARINHO – Não sei se se possa levar em conta um censo estimativo para empreendimento de tal vulto.

[...]

O SR. MINISTRO - Há um censo aproximado, aquele em que nos baseámos.

O SR. ABELARDO MARINHO – O censo existente foi feito à “la diable”<sup>84</sup>.

O SR. BENTO COSTA – Apresenta variações enormes as estimativas: 60.000, 30.000, 15.000 etc.

O SR. ABELARDO MARINHO – Pode ser que tudo dê certo, mas não há base científica (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 311-3).

Não dispomos de todos os elementos para julgar a motivação dos questionamentos da comissão sobre a seleção do local, entretanto percebemos uma atitude de crítica quando na comissão se manifesta a compreensão de que localização e distribuição dos leprosários deveriam ocorrer “[...] segundo as circunstâncias regionais [...] Esse princípio é que se deve impor, embora não seja elle suficientemente compreendido por todos.” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 314).

A incompreensão sobre os critérios adotados levantou suspeita e, em determinado momento da sessão, o parlamentar Sr. Bento Costa questionou o valor de aquisição do terreno, afirmando que nem mesmo com as obras de saneamento realizadas na Baixada Fluminense valorizando a região”, [...] ainda assim o terreno não vale 60 contos de reis [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 178). Apesar de Costa ter preferido não estender e detalhar sua exposição, ele deixou transparecer suas dúvidas sobre o processo e as razões que determinaram a escolha do local. Além disso, Bento Costa também refutou outros argumentos apresentados pelo ministro

---

<sup>84</sup> Locução francesa que significa “sem cuidado; descuidadamente”. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2020. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/%C3%A0%20la%20diable>. Acesso: 24 fev. 2020.

sobre determinadas qualidades do terreno, como a ausência de áreas de cultivo agrícola nos arredores e por ser uma área livre da malária.

Assim, a polêmica nos faz notar que, apesar do reconhecimento de que dados dos censos deveriam orientar a localização dos leprosários, o levantamento censitário nem sempre foi fator preponderante, dando margem ao levantamento de suposições e denotando a negligência de critérios técnicos ou científicos.

Realizar o censo de todos os leprosos foi uma das atribuições da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas normatizadas pelo Decreto nº 14.354, de 15 de Setembro de 1920 (BRASIL, 1920a). Segundo o art. 424, o censo seria feito com o recolhimento das notificações efetuadas nas zonas sob jurisdição da inspetoria e aquelas enviadas pelos estados que fizessem a profilaxia da doença. Portanto, a apuração dos casos dependia das ações locais e, segundo Maciel (2007, p. 159), esse cenário não teve alteração substancial na década de 1930, situação que se alterou com a criação do Serviço Nacional de Lepra (SNL) quando o censo passou a ser uma ação de responsabilidades do governo federal, atribuída à Seção de Epidemiologia do órgão.

O campo de ação do SNL, estabelecido pela I CNS realizada em 1941, compreendia uma série de medidas, entre as quais realização do censo, estudos e investigações epidemiológicas<sup>85</sup>. Em 1944, quando seu regimento foi instituído pelo Decreto nº 15.484 de 8 de maio de 1944

---

<sup>85</sup> Conforme consta no relatório das atividades do Serviço Nacional de Lepra (SNL) no ano de 1942, o campo de ação do SNL compreendia as orientações definidas pela I CNS “[...] a) orientar, coordenar e fiscalizar todas as atividades públicas e particulares referentes à campanha contra a lepra em todo o país; b) realizar estudos, investigações epidemiológicas, censo, inquéritos e coletas e coleta de dados técnicos e administrativos; c) incentivar e auxiliar as pesquisas e investigações realizadas pelos serviços integrados na campanha contra a lepra e de interesse geral para a solução do problema; d) estabelecer normas uniformes para concessão de altas dos doentes de lepra; e) padronizar fichas epidemiológicas e clínicas, boletins, mapas e outros modelos que interessem ao S.N.L. e concorram para uniformidade e coordenação dos trabalhos contra a lepra; f) promover entendimentos entre as unidades federativas para as transferências de doentes de lepra de uma para outra; g) promover a construção e instalação de leprosários, bem como a ampliação e instalação dos existentes, desde que se torna necessário ao perfeito desenvolvimento da campanha; h) promover o auxílio para a instalação de dispensários, desde que os Estados se obriguem a mantê-los dentro das normas estabelecidas pelo Serviço; i) promover o auxílio para a construção, instalação de preventórios para filhos sadios de doentes de lepra, de acordo com os estudos epidemiológicos realizados ou aprovados pelo SNL; j) incentivar a iniciativa privada principalmente com referência às obras de assistência social aos filhos sadios de lázaros e suas famílias; k) traçar normas gerais de educação e propaganda; l) opinar sobre os projetos de localização construção e instalação de leprosários e preventórios bem como sobre a oportunidade de sua realização; m) estabelecer normas gerais para a uniformização da ação e eficiência dos trabalhos no tocante às medidas de combate à lepra a cargo da União, dos, Estado, dos Municípios e das instituições privadas; n) rever regulamentos e regimentos que cuidem da luta contra a lepra em todo o país e opinar pelo órgão especializado sobre a organização de serviços de combate a lepra. Ainda mais: promover o aperfeiçoamento técnico dos médicos em geral realizando concursos de monografias e publicando trabalhos sobre a especialidade; incentivar a cultura de plantas antilepricas nas regiões apropriadas. (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1049-50).



(BRASIL, 1944), as incumbências do SNL foram detalhadas, mas as atribuições não destoaram das orientações aprovadas na conferência.

Nesse sentido, o regimento trouxe como competência realizar o censo dos doentes e comunicantes; o censo imunológico; os inquéritos, as investigações e os estudos sobre epidemiologia, profilaxia e terapêutica da doença; manter atualizados os dados de incidência da lepra em todo país; manter entendimentos com autoridades para obter a revisão periódica do censo, a regularidade dos reexames, a vigilância dos comunicantes; determinar e classificar os focos de lepra e sua distribuição geográfica no território nacional; organizar e manter o fichário central de todos os leprosos e seus comunicantes.

Sob a coordenação do SNL, o censo passou a ser realizado em dezembro de 1941 com o propósito de ter um caráter fundamental “[...] de investigação epidemiológica e não um mero fichamento de doentes. [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1755). O trabalho consistia em “[...] minucioso exame dos enfermos, elaboração da sua ficha clínica e epidemiológica e de exames laboratoriais que favoreça a formação de um juízo seguro sobre a classificação clínica dos casos fichados” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 838).

Visto assim em linhas gerais, não se percebem os pormenores e a intensidade do trabalho da equipe técnica, muito menos a capacidade do poder público de adentrar as localidades e os domicílios em busca dos enfermos e de pessoas do seu convívio, entretanto o tópico que integra o relatório de atividades do SNL em 1942 — *Instruções para o serviço de censo de lepra* (ANEXO A) — é propício para fornecer detalhes dessa prática sanitária, demonstrando a metodologia da investigação desenhada para que nenhum doente, suspeito ou comunicante pudesse escapar.

Conforme as instruções, a primeira atividade do médico encarregado pelo censo seria entrar em entendimento com autoridades locais para obter apoio e, em seguida, manter contato com os médicos da localidade a fim de colher informações sobre enfermos ou suspeitos. Com o mesmo objetivo, averiguaria a dispensa de medicamentos indicados para a lepra ou outras dermatoses nas farmácias locais e manteria contato com pessoas de maior influência e conhecimento na região. Outro alvo seria a busca por registros de óbitos declarados como sendo lepra e assim seguir “no encaço” dos familiares da pessoa falecida. A investigação também incluía hospitais e quaisquer serviços sanitários e médicos da localidade, visando identificar suspeitos, doentes,

comunicantes e ex-comunicantes quando se tratasse de contato de algum doente extinto (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 847).

A visita às localidades deveria ser feita sem comunicação prévia para garantir a surpresa e a rapidez, pois eram comportamentos considerados necessários para o bom desempenho da atividade. Os profissionais deveriam se atentar para o fato de que o enfermo é um indicador de outro doente e assim auxiliariam na busca por mais leprosos. Quanto à cooperação policial, a instrução era que fosse solicitada em “[...] casos muito especiais de rebeldia. O doente deve ser dominado pela persuasão e bondade dos que o for examinar” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 848). Durante o censo, fazia-se o exame dermatoleprológico do enfermo e de todos os comunicantes intra e extradomiciliares, com coleta de material para elucidação do diagnóstico. Todos, doentes e comunicantes, seriam fichados (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 847).

Observando as instruções, podemos concluir que o censo trazia elementos para aprimorar o conhecimento sobre a doença, mas sobretudo levantava um conjunto de informações sobre onde estavam e quem eram os doentes e os suspeitos em potencial. Tratava-se de uma ação praticada pelo médico imbuído de autoridade não só científica, mas também política como um representante do Estado e que, por vezes, poderia ser acompanhado de um aparato repressor.

O resumo da realização do censo nos municípios brasileiros foi apresentado no mesmo relatório de atividades do SNL de 1942 e informava que, do total de 1574 municípios, a ação foi realizada pela União ou estados em 1052 municípios até 31 de dezembro de 1941; durante o ano de 1942, 148 municípios tiveram a ação feita pelo SNL, ao passo que em 374 cidades o censo ainda não havia sido desenvolvido (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 895).

Para o ano de 1944, o relatório do SNL apresentado na publicação *Arquivos de Higiene sobre as ações do Departamento Nacional de Saúde*, informava que 143 municípios foram trabalhados pelo censo e 31.424 pessoas foram submetidas a exames (BARRETO, 1945, p. 319). Desse conjunto, foram classificados 128 casos suspeitos, 1.395 doentes e 7.821 comunicantes. Com esse censo leprológico, o Brasil chegava ao total de 47.000 doentes conhecidos (Figura 6), montante próximo ao que Capanema afirmou no Espírito Santo em 1937 com base nos estudos de Souza-Araujo. Nesse sentido, percebemos que a contagem dos doentes foi uma ação que, ao chegar 1944, tinha abrangido todo o país, à exceção apenas de um território.

Figura 6 – Doentes conhecidos, doentes em leprosários e crianças em preventórios no Brasil em 1944

	<i>Doentes conhecidos</i>	<i>Doentes em leprosários</i>	<i>Crianças em preventórios</i>
Amazonas . . . . .	2.010	660	79
Pará . . . . .	3.701	1.320	57
Maranhão . . . . .	1.255	234	23
Piauí . . . . .	232	153	—
Ceará . . . . .	1.174	486	82
Rio Grande do Norte . . . . .	217	125	29
Paraíba . . . . .	144	83	33
Pernambuco . . . . .	488	214	68
Alagoas . . . . .	47	39	11
Sergipe . . . . .	69	—	—
Bahia . . . . .	183	80	25
Espirito Santo . . . . .	838	386	132
Rio de Janeiro . . . . .	1.139	378	126
Distrito Federal . . . . .	2.651	734	113
São Paulo . . . . .	16.686	8.877	586
Paraná . . . . .	1.398	796	108
Santa Catarina . . . . .	566	440	113
Rio Grande do Sul . . . . .	855	502	107
Minas Gerais . . . . .	10.588	4.154	457
Mato Grosso . . . . .	593	270	27
Goiaz . . . . .	1.653	480	89
Território do Acre . . . . .	312	120	—
Território do Amapá . . . . .	29	—	—
Território de Rio Branco . . . . .	15	—	—
Território de Guaporé . . . . .	34	—	—
Território de Ponta Porã . . . . .	106	—	—
Território de Iguazu . . . . .	17	—	—
Território de Fernando de Noronha . . . . .	—	—	—
	<hr/> 47.000 <hr/>	<hr/> 20.531 <hr/>	<hr/> 2.265 <hr/>

Fonte: Barreto (1945).

Para o conhecimento da endemia, o SNL também se esforçava na organização do fichário central de “todos” os doentes e esse propósito de cobrir a totalidade dos enfermos demonstra a intensidade com que se projetava a ação. Da mesma forma que os censos, a organização do fichário central era competência da Seção de Epidemiologia, conforme estabelecido no art. 7º, inciso VIII, do Decreto nº 15.484: “[...] organizar e manter atualizado o fichário central de todos os leprosos e de seus comunicantes, em todo o país [...]” (BRASIL, 1944).

A atividade, conforme afirmava Ernani Agrícola em relatório do SNL no ano de 1943 (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1792) era de relevância para a campanha contra a lepra, mas demandava enormes esforços, tendo em vista o volume de serviço para aquisição e remessa de todas as fichas de doentes que já tivessem sido feitas no Brasil. Outro obstáculo estava no fato de muitos fichários estaduais estarem desatualizados. No entanto, ainda que as dificuldades se apresentassem, havia a decisão de concretizar o objetivo, afirmando Agrícola que “[...] Pelo quanto foi realizado até o momento, não há dúvidas de que o trabalho segue um curso bastante animador [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1792).

No desenvolvimento do fichário central, o SNL contava com apoio dos serviços sanitários estaduais para a remessa de cópias das fichas epidemiológicas e clínicas encontradas em seus arquivos. Em casos de elevado número de fichas, como em Minas Gerais, São Paulo, Pará e Ceará, o SNL disponibilizava pessoal para realizar as cópias e enquadrá-las dentro do modelo adotado pelo órgão federal (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1793).

O relatório das atividades do SNL de 1943 mencionava estágio em que o trabalho se encontrava, pois que “[...] a remessa das fichas de alguns Estados se realiza de uma maneira regular, e graças a isto conta o fichário central com cerca de 17 mil delas [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1793). Esse número representava um avanço nos trabalhos, uma vez que, conforme declarado em relatório de 1942, encontravam-se 6.500 fichas arquivadas na sede do SNL (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 893).

As estatísticas gerais do SNL apontavam que, até o ano de 1943, tinham sido fichados 59.786 leprosos em todo país, incluindo os já falecidos (13.778) e aqueles que tiveram alta definitiva (438). Deduzindo esses agrupamentos, seriam 44.575 doentes que se encontravam fichados em todo território (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935. 09.02, f. 1883-5). Esses números demonstravam que ainda seria necessário manter o esforço para alcançar a meta de reunir as fichas de todos os doentes num fichário central.

No ano seguinte, ainda que distante do total de doentes fichados em todo país, a composição do fichário central foi ampliada, chegando quase a duplicar o quantitativo de fichas apresentadas em 1943, pois, em relatório do DNS de 1944, consta: “Com as fichas dos doentes, que vão sendo cifradas — e já as há no total de 33.000 — será feito um estudo estatístico que compreenderá dados do país inteiro e dará uma impressão exata da doença no Brasil” (BARRETO, 1945, p. 320).

Com a organização do fichário central, pretendia-se realizar um aprofundamento sobre o perfil epidemiológico da doença, tendo como base as inúmeras fichas provenientes de todas as Unidades Federadas. Para tanto, além de possuir um enorme fichário, seria necessário viabilizar a apuração dos dados cadastrados e com isso tornar “[...] realizável o manuseio de milhares e milhares de fichas [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1840). O SNL desconhecia ação semelhante em outro local que pudesse transmitir experiência em sua realização, mas buscou cooperação do Serviço Federal de Bio-Estatística no sentido de contribuir com a metodologia de apuração do grande volume de informações.

Assim, em um cartão com 80 colunas, os dados foram enquadrados para apuração de 24 quesitos adotados para o estudo epidemiológico: residência, número de ordem da ficha na respectiva pasta, local de fichamento, data da ficha, sexo, cor, naturalidade, estado civil, tipo de residência, ocupação ou profissão, grau de instrução, tempo de doença, idade em que se manifestou a doença, naturalidade do pai, se houve ou não casos de lepra na família do pai, naturalidade da mãe, se houve ou não casos de lepra na família da mãe, número de irmãos, número de filhos, tempo de casamento, número de pessoas residindo com o doente na época do fichamento, convivência anterior com doentes de lepra, sintomas iniciais e outras informações sobre exames e classificação da doença (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1842).

Nesse sentido, o profundo conhecimento da endemia daria suporte para a campanha contra a doença, que tinha no isolamento compulsório dos leprosos a principal estratégia operacionalizada com o desenvolvimento do plano de construções. Assim, o plano foi uma medida de grande impacto ao materializar os espaços de segregação. Em conjunto com um arranjo normativo para o funcionamento dos serviços e a organização de práticas sanitárias sob a direção e o controle do SNL, o plano de construções garantiu a presença da União em todo território.

Podemos tomar conhecimento sobre o plano por meio de registros que integram os Arquivos Capanema (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 97-143) em documento que nos parece um relatório organizado em quatro partes, a última delas assinada por João de Barros Barreto: *I - Ligeiro histórico até 1935 (inclusive) – realizações do governo federal; II - Plano de construções, organizado em 1935; III – Realizações em 1936 e IV – Plano traçado para 1937.* De acordo com tais registros, o plano trazia como finalidades principais o melhoramento dos leprosários existentes e a construção de novas unidades. Sua apresentação à Capanema ocorreu em julho de 1935 pelo chefe da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, Dr. João de Barros Barreto, em colaboração com Ernani Agrícola e Joaquim Motta. Conforme descrito no relatório, o plano foi publicado nos *Archivos de Higiene*, ano V, n.1, a partir da página 119, e continha quadro das construções e recursos necessários. O quadro é transcrito no relatório (Figura 7) e dispunha dados organizados por estado sobre o censo de leprosos, número de leitos e de leprosários necessários, valores de novas construções para três anos e valores de manutenção a partir do quarto ano.

Figura 7 – Demonstrativo do plano de construção de leprosários, organizado em 1935

ESTADOS	UMBSO	N. de leitos necessários	N. de leprosários	NOVAS CONSTRUÇÕES			MANUTENÇÃO (xxx)
				1º anno	2º anno	3º anno	A partir do 4º anno
Acre (x)	400	300	3	13:300\$000	219:300\$000	302:300\$000	300:000\$000
Amazonas	1.250	660	1	193:000\$000	193:000\$000	193:000\$000	330:000\$000
Pará	4.000	2.600	4	856:000\$000	850:000\$000	850:000\$000	1.300:000\$000
Maranhão	1.130	690	2	254:000\$000	253:000\$000	253:000\$000	340:000\$000
Piauí (xx)	300	130	1	180:000\$000	65:000\$000	65:000\$000	65:000\$000
Ceará	800	558	2	380:000\$000	380:000\$000	380:000\$000	280:000\$000
Rio Grande do Norte (xx)	160	98	1	74:000\$000	50:000\$000	50:000\$000	50:000\$000
Parahyba	300	130	1	117:000\$000	117:000\$000	117:000\$000	65:000\$000
Pernambuco	1.000	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)	?	30	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
Espirito Santo	451	322	1	153:000\$000	153:000\$000	153:000\$000	161:000\$000
Estado do Rio	295	240	1	193:000\$000	193:000\$000	193:000\$000	120:000\$000
Distrito Federal (x)	1.569	1.000	2	1.359:000\$000	700:000\$000	700:000\$000	700:000\$000
Minas Geraes	8.693	6.980	5	5.203:000\$000	5.200:000\$000	5.200:000\$000	5.490:000\$000
S. Paulo	8.000	6.000	5	750:000\$000	750:000\$000	750:000\$000	3.000:000\$000
Paraná	1.009	750	1	150:000\$000	150:000\$000	150:000\$000	375:000\$000
S. Catharina	500	350	1	350:000\$000	350:000\$000	350:000\$000	175:000\$000
Rio Grande do Sul	600	408	1	400:000\$000	400:000\$000	400:000\$000	200:000\$000
Matto Grosso	?	100	1	100:000\$000	100:000\$000	100:000\$000	50:000\$000
<b>Total .....</b>	<b>30;647</b>	<b>22.486</b>	<b>38</b>	<b>11.533:300\$000</b>	<b>10.687:300\$000</b>	<b>10.770:300\$000</b>	<b>11.592:000\$000</b>

(x) - Inaluida desde o inicio a despesa de manutenção  
 (xx) - Despesas totaes de instalação no 1º anno. Do 2º em diante metade das despesas de manutenção.  
 (xxx) - Os calculos para a 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 medio verificado nos leprosarios que já estão funcionando. Essa despesa, entretanto, terá de variar de um estado a outro só podendo ser definitivamente fixada após o primeiro anno de funcionamento dos novos leprosarios.

Fonte: FGV/CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 102 (1935).

Conforme disposto no quadro (Figura 7), o plano trabalhou com uma estimativa de 30.647 leproso, para os quais foram previstos 22.486 leitos distribuídos em 38 leprosários. A implementação do plano nos estados fica demonstrada na terceira parte (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 103-5), quando estão descritas as realizações em 1936 e os valores despendidos de 4.611:887\$550 em construção, instalação, medicamento e auxílios.

Segundo o relatório assinado por Barreto, o programa traçado representava o “[...] mínimo do que se poderia desejar, mas que, à vista da insuficiencia de dados censitários com referência a vários Estados, parece atender às necessidades do momento [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 101). Foi considerado um programa modesto e novos dados poderiam indicar sua revisão e o planejamento de leprosários de grande capacidade. Assim, o plano é apresentado sucintamente em duas folhas, sendo uma delas o mencionado quadro de construções (Figura 7), cuja configuração demonstra que o plano teria a duração de três anos, entrando depois em período de manutenção dos serviços.

A parte referente ao *Plano traçado para 1937* (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 106) apresenta justificativa de revisão do plano de construções e de ampliação de leprosários, assinada por João de Barros Barreto em 8 de dezembro de 1936 e destinada a Gustavo Capanema. Barreto informou que o programa também contou com a cooperação de Ernani Agrícola, Diretor de Serviços Sanitários nos Estados, e Joaquim Motta, Assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública e tinha o propósito de que dentro do período de governo de Getúlio Vargas fossem “[...] tomadas as providencias essenciais para a construcção e ampliação dos leprosarios necessarios á prophylaxia da doença [...]” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 107).

Tendo em vista a revisão, é apresentado quadro (Figura 8) elaborado em formato um pouco diferente quando comparado ao anterior (Figura 7), acrescentando, para cada estado, as despesas feitas pela União no período 1936-1938 (ano a ano e total), o primeiro orçamento elaborado, o acréscimo ou decréscimo necessário e o total a menor sobre o primeiro orçamento. Assim apontou-se que seriam necessários 43 leprosários e 23.237 leitos, considerando uma população de leproso estimada em 30.309 indivíduos (Figura 8). Ainda que nessa revisão a população geral de leproso do país estivesse menor do que a estimativa apresentada no quadro de construções (30.647 doentes), foram feitas ampliações no número de leprosários e elas atenderam aos estados do Amazonas, Pará, de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. Para esses três últimos, encontramos aumento no número de doentes, sendo que eles não haviam sido contabilizados anteriormente para Mato Grosso e Goiás.



Figura 8 – Demonstrativo do plano de construções de leprosários para 1937 com ajustes

Estados ou Territorio	N. de doentes	N. de leitos julv. cessarios	N. de leprosarios	Despesas feitas em 1936 pelo Governo Federal	Despesas em 1937	Despesas em 1938	Total	1º orçamento	A mais sobre o 1º orçamento	A menos sobre o 1º orçamento	Total a menos sobre o 1º orçamento
Acre	400	306	3		45.000\$	1.036.000\$	1.080.000\$	250.000\$	850.000\$		
Amazonas	1.250	837	2	50.000\$(*)	815.000\$	450.000\$	1.315.000\$	579.000\$	736.000\$		
Pará	4.000	2.860	5	350.000\$(**)	905.000\$	3.180.000\$	4.435.000\$	2.550.000\$	1.885.000\$		
Maranhão	1.130	678	2	358.000\$(**)	615.000\$	720.000\$	1.693.000\$	750.000\$	943.000\$		
Piauí	200	130	1		40.000\$	305.000\$	345.000\$	180.000\$	165.000\$		
Ceará	764	495	2	200.000\$	370.000\$	375.000\$	945.000\$	840.000\$	105.000\$		
R.G. do Norte	150	130	1		200.000\$	300.000\$	500.000\$	75.000\$	125.000\$		
Parahyba	200	130	1	1.155.750\$(xxx)	380.000\$	40.000\$	440.000\$	350.000\$	90.000\$		
Pernambuco	1.000	870	2	530.000\$	570.000\$	387.000\$	1.487.000\$	1.580.000\$		123.000\$	
Alagoas	100	65	1		40.000\$	280.000\$	320.000\$	180.000\$	80.000\$		
Sergipe	89	65	1		220.000\$	40.000\$	260.000\$	40.000\$	220.000\$		
Bahia	300	205	1	200.000\$	320.000\$	80.000\$	600.000\$	280.000\$	320.000\$		
Espírito Santo	461	318	1	200.000\$	200.000\$		400.000\$	460.000\$		60.000\$	
Estado do Rio	295	240	1	440.000\$	285.000\$		725.000\$	580.000\$	145.000\$		
Distrito Fed.	1.030	890	2	240.000\$	1.045.000\$	455.000\$	1.830.000\$	2.760.000\$		930.000\$	
Minas Geraes	8.700	6.938	6	1.200.000\$	2.400.000\$	5.396.228\$	8.996.228\$	15.600.000\$		6.603.772\$	
S. Paulo	7.023	5.966	5		400.000\$	119.000\$	519.000\$	2.250.000\$		1.731.000\$	
Paraná	1.063	900	1	110.000\$	150.000\$	680.000\$	940.000\$	450.000\$	470.000\$		
S. Catharina	654	425	1	393.490\$(xxxx)	360.000\$	390.000\$	1.143.490\$	1.050.000\$	93.490\$		
R.G. do Sul	800	532	1	310.000\$	370.000\$	595.000\$	1.265.000\$	1.200.000\$	65.000\$		
Matto Grosso	500	325	2		290.000\$	660.000\$	950.000\$	300.000\$	650.000\$		
Goyaz	200	130	1		80.000\$	490.000\$	570.000\$		570.000\$		
	30.309	23.237	43	4.582.625\$750	10.000.000\$	11.647.228\$	30.348.718\$	32.314.000\$	7.482.490\$	9.447.772\$	1.965.282\$

(\*) - Despesas de instalação  
(\*\*) - Incluídas despesas de instalação  
(xxx) - Foi revigorado para 1937 o artigo 1º da importância de 120 contos  
(xxxx) - A quota consignada no texto é de 350 contos, majorada no fim do anno para 393.490\$000, por melhoramentos introduzidos.

Fonte: AGC-CPDOC/FGV GC 1935.09.02, f. 144 (1935).

O balanço das ações, em *Lepra – Gastos da União de 1931 a 1940* (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 591), demonstra a evolução do plano de construções ao final do período quando aponta que, entre 1931 e 30 de novembro de 1940, haviam sido construídos e inaugurados 12 leprosários, dos quais 3 foram totalmente custeados pela União e estavam situados no Maranhão, Rio de Janeiro e Alagoas; 4 tiveram a cooperação dos governos estaduais de Minas Gerais, Espírito Santo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; 1 havia sido custeado pela Associação de Assistência aos Lázaros de Parnaíba (Piauí) e 4 pelo governo estadual de São Paulo. Encontravam-se com as obras em andamento, sob responsabilidade do governo federal, outros 13 leprosários, sendo 1 sanatório e os demais do tipo colônia agrícola. Para a construção de preventórios, havia uma cooperação entre União e Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra em 14 estados: Amazonas, Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 609).

O avanço e a continuidade do plano é observado no relatório de atividades do SNL de 1943 que apresentou a existência de 38 estabelecimentos<sup>86</sup> de diferentes tipos: colônia-agrícola, hospital,

<sup>86</sup> Dos 38 estabelecimentos, 5 ainda estavam em construção e com inauguração aguardada para que ocorresse em breve.



sanatório e asilo<sup>87</sup>, (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1892). Ao discorrer sobre as obras e melhoramentos, faz referência ao plano de construções traçado em 1935 que vinha tendo prosseguimento “[...] com as alterações aconselháveis pelo melhor conhecimento do problema, efetuando-se novas edificações em vários estabelecimentos destes, destinadas a ampliar a capacidade deles ou completar-lhes as instalações” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1897).

O relatório destaca que a preocupação em implantar as colônias agrícolas para o recolhimento dos leprosos permanecia dentre os projetos governamentais. Nesse sentido, a “[...] obra construtiva não parará, sem dúvida, enquanto se não tiver atingido o ideal em vista, e enquanto houver necessidade de exercer uma profilaxia ativa desta endemia que tanto deprecia o país por ela invadida” (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1898).

Como visto, o plano concebido inicialmente para três anos teve continuidade e procurou prover os estados com o chamado “armamento anti-leprótico” para o combate à endemia. Seu desenvolvimento seguiu com a implantação de

[...] mais pavilhões para alojamento de enfermos, novas dependências para crianças hansenianas, outras tantas casas geminadas para casais acometidos de lepra, são também levantados edifícios destinados aos serviços sociais, e oficinas para trabalho [...]

Através do Serviço de Obra do Ministério da Educação e Saúde o plano de construções vae tomando a sua forma concreta, objetivando um formidável programa de edificações de magna utilidade para resolver o problema do internamento dos hansenianos (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 1899).

A publicação *O Departamento Nacional de Saúde em 1944* (BARRETO, 1945) mostra que, além do Distrito Federal e do Território do Acre, existiam doentes isolados em leprosários em 19 estados naquele ano. Ao todo, eram 47.000 doentes conhecidos e 20.531 deles, 43,7%, estavam isolados compulsoriamente. Conforme registrado, no ano em questão, o SNL cuidou

---

<sup>87</sup> Podemos compreender melhor sobre as tipologias das instituições de isolamento de leprosos com a leitura das teses de Luciano Marcos Curi (2010), *Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil*” e de Zilda Maria Menezes Lima (2007), *‘O grande polvo de mil tentáculos’: a lepra em fortaleza (1920/1942)*. A título de um breve alinhamento sobre o assunto, vamos encontrar em Souza-Araujo (1956, p. 551), ao apresentar suas sugestões sobre a campanha de proteção contra a lepra, que os sanatórios seriam destinados ao isolamento de doentes abastados, ao passo que os asilos e as colônias atenderiam os leprosos indigentes ou pobres. Nos esclarecimentos de Zilda Lima (2007, p. 113), as colônias agrícolas, também chamadas de asilos-colônias, procuravam reproduzir a vivência social e comunitária semelhante a uma pequena cidade. Assim, suas estruturas eram dotadas de prefeitura, cadeia, espaços de lazer e esporte, igreja, oficinas, áreas de criação de animais e hortas. Para Lima (2007, p. 122), a partir da década de 1930, as colônias diferem dos asilos, sendo um lugar onde o doente podia ser útil, desenvolvendo uma atividade laborativa de acordo com suas habilidades e contribuindo para o sustento próprio e de sua família.

de prosseguir com as ações do censo leproológico, com a instalação de dispensários e de [...] impulsionar o plano de construções e aprestamento de leprosários e preventórios [...]” (BARRETO, 1945, p. 315).

Nesse sentido, compreendemos que, com a criação do SNL, o país desenvolveu uma ação mais arrojada no controle da doença com a implantação dos espaços de isolamento compulsório e a organização de informações sobre os doentes e comunicantes. O modelo de enfrentamento da endemia de lepra espelhou a doutrina norteadora da ação governamental no período, que almejava um Estado garantidor da coesão nacional em prol do bem público, combinando a ampla presença do governo federal em todo território, a centralização administrativa, a uniformidade e o controle das práticas. No caso do enfrentamento da lepra, ao imprimir direcionamento central de uma questão pública, o governo suprimiu as individualidades ao tornar indesejáveis a circulação e o convívio social das pessoas doentes, consideradas o principal alvo a ser combatido. Dentro desse contorno, a colônia agrícola para leprosos foi o modelo eleito para conter o doente e, portanto, inibir o avanço do problema sanitário da lepra por meio da resposta médico-política do isolamento compulsório.

## 5 VIVOS NO CAMPO DO ESQUECIMENTO: DO ISOLAMENTO E SUAS MEMÓRIAS

Com esta seção, buscamos analisar o desenvolvimento da política de isolamento compulsório no Espírito Santo a partir da instalação Colônia de Itanhenga na década de 1930 e sua trajetória até a destituição oficial do isolamento no Brasil. Também nos interessa compreender como o doente percebeu a doença e o isolamento compulsório em sua vida. Vamos perceber que a endemia de lepra também se tornou objeto da política estadual e, a partir dos recursos técnicos e entendimentos políticos e sociais sobre a doença naquele período, o isolamento compulsório foi o centro da prática sanitária de lidar com os doentes e a enfermidade.

O isolamento foi consolidado a partir de 1937 com a instalação da Colônia de Itanhenga na cidade de Cariacica. O processo teve à frente o médico Pedro Fontes e prescindiu de medidas governamentais para o fornecimento de aparato legal e de condições administrativas para execução do projeto, bem como de medidas sanitárias prévias como a identificação dos doentes e suspeitos. De igual importância, o projeto também foi antecedido da compreensão social da sua necessidade em nosso meio.

### 5.1 “A LEPRA É MAIS FREQUENTE DO QUE PARECE, SÓ NÃO SENDO ENCONTRADA QUANDO NÃO PROCURADA”: A PRESENÇA DA LEPRA NO ESPÍRITO SANTO

Heráclides Cesar de Souza-Araujo deixou alguns registros sobre a presença da lepra no território do Espírito Santo em pelo menos duas obras: *Contribuição á epidemiologia e prophylaxia da lepra no norte do Brasil*, que consiste num relatório destinado ao Ministro da Educação e Saúde Pública em 31 de maio de 1933, e *A lepra no Espírito Santo e a sua prophylaxia*, texto apresentado em conferência proferida na Academia Nacional de Medicina em 13 de maio de 1937. A partir das duas obras, o médico demonstrou que a enfermidade esteve inicialmente subestimada no estado e apresentou o trabalho do médico Dr. Pedro Fontes<sup>88</sup> a partir de 1927 como responsável por tornar a doença um problema sanitário em nosso meio,

---

<sup>88</sup> Conforme “Levantamento Nominal dos Formados de 1812 a 2008 da Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA”, elaborada pelo Colégio Brasileiro de Genealogia, Pedro Fontes graduou-se médico em 1903. Disponível em: [http://www.cbg.org.br/wp-content/uploads/2012/07/b\\_formandos\\_medicina.pdf](http://www.cbg.org.br/wp-content/uploads/2012/07/b_formandos_medicina.pdf). Acesso em: 9 dez 2020.

contribuindo para organizar ações de profilaxia com base no modelo que se consolidou a partir da segunda metade da década de 1930.

Nesse sentido, Souza-Araujo destacou a atuação de Pedro Fontes no processo de reconhecimento da doença como flagelo no Espírito Santo, realçando sua contribuição para a direção e organização dos serviços de saúde para conter o problema. Em vista disso, Souza-Araujo considerou que a relevância sanitária da doença para o Espírito Santo foi resultado do trabalho do médico, uma vez que “[...] Pedro Fontes criou, portanto, para o Espírito Santo, o problema da lepra; mas, criou-o para ter o prazer de dominal-o, de extinguil-o, dando aos nossos pósteros um exemplo de patriotismo e de sabedoria... [...]” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 552).

Pedro Fontes chegou ao estado após ter passado pela chefia do Posto de Profilaxia Rural em Campo Grande, no Distrito Federal (SOUZA-ARAÚJO, 1956, p. 566). Em relatório de 18 de fevereiro de 1936, intitulado *Serviço de lepra no Espírito Santo: Colônia de Itanhenga*, informava que o serviço de lepra do Espírito Santo, subordinado ao Serviço de Profilaxia Rural até o ano de 1926, havia tido pequeno desenvolvimento até aquela data. Em 1927, ocorreu a extinção do serviço rural e somente o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas foi restabelecido, sendo-lhe entregue a direção do órgão (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 83).

As palavras de Pedro Fontes, presentes no relatório, nos aproximam do percurso que o médico percorreu desde seu ingresso no serviço de profilaxia da lepra no Espírito Santo até aquela presente data. Da leitura do relatório, podemos distinguir que a materialização da resposta sanitária de isolamento dos leprosos através da construção da colônia, foi antecedida pelo censo dos doentes e pela instalação dos dispensários. Assim, cético em relação às informações oficiais disponíveis sobre o baixo número de casos, Pedro Fontes se empenhou na estratégia de reconhecer e identificar os doentes em todas as localidades, pois estava convicto de que “[...] A lepra é mais frequente do que parece, só não sendo encontrada quando não procurada [...]” (FONTES, 1933 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 566).

Escrito em primeira pessoa, o documento de 1936 proporciona ao leitor a sensação de escutar o autor e, por essa razão, está aqui parcialmente reproduzido.

Logo que installei o Serviço agi, portanto, junto ao Governador do Estado no sentido de ser adquirida uma pequena ilha fronteira á Capital para construirmos um pequeno leprosário.

Era o suficiente para um tão reduzido numero de leprosos.

Tendo instalado 3 dispensarios no Estado para a prophylaxia das doenças venéreas, recommendei aos chefes dos dispensarios todo interesse na investigação de novos casos de lepra e fui verificando que elles iam sendo descobertos. Convenci-me então que não deviam ser assim tão exiguos os casos de lepra no Espírito Santo.

Resolvi fazer um inquerito.

Percorri todas as localidades do Estado, tomando informações com os medicos e pharmaceuticos locais e findo esse inquerito officiei á Inspectoria de Lepra calculando o numero de leprosos em 150.

Iniciei o recenseamento, feito principalmente por médicos itinerantes e annualmente o numero de leprosos fichados, ia aumentando, ultrapassando dentro de pouco tempo a minha estimativa. (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 83).

Franco e Barros (2015, p. 235) analisam que a chegada de Pedro Fontes ao Espírito Santo para coordenar os serviços de profilaxia da lepra trouxe importantes mudanças à situação geral da doença e que, a despeito de possíveis erros, tendo em vista as dificuldades para identificação dos doentes, o censo dos leprosos sob o comando de Pedro Fontes foi fundamental para a organização dos serviços contra a enfermidade.

Para Pedro Fontes, o trabalho de recenseamento exigia dedicação e comprometimento. Em janeiro de 1932, Pedro Fontes se dirigiu ao Sr. Capitão João Punaro Bley, Interventor Federal no Espírito Santo, enviando relatório de atividade do serviço no ano anterior (SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 323). Dizia Fontes que havia completado o recenseamento contando com a dedicação do médico Sylvio Avidos percorrendo

[...] todas as cidades, villas e logarejos do Estado. Onde quer que houvesse um caso suspeito, indicado pelo inquerito epidemiológico, por médicos ou mesmo por pessoas leigas idoneas, fosse fazenda, roça, em plena floresta, para lá se transportava esse digno auxiliar, afim de examinar o caso (FONTES, 1932 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 323).

O resultado do trabalho foi o fichamento de 340 leprosos, incluindo 50 suspeitos que estavam em observação; quase todos os comunicantes também foram fichados e foi possível a realização de 1524 exames para pesquisa do bacilo de Hansen. Mesmo considerando que o trabalho não estava perfeito, o médico declarou ter sido realizado com boa vontade e sacrifício. Parte da insatisfação se relacionava ao aporte de recursos, pois considerava alto o custo do serviço de recenseamento e a verba de que dispunha era insuficiente para manter os serviços de profilaxia, que também incluía as doenças venéreas.

[...] são menos de 200:000\$000 para manter 4 Dispensários de Doenças Venereas e Posto de Injecções nos quaes é realizado um serviço anti-venéreo vultoso. Restava, assim, pouco para o serviço de recenseamento da lepra e tratamento de leprosos, que é um serviço muito oneroso, em virtude das despesas de transporte (FONTES, 1932 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 323).

Para priorizar o censo, Fontes cogitou em fechar os dispensários, dada a escassez de recursos. A avaliação de que a atitude desagradaria a população e não teria a aprovação do governo estadual o fez conter o ímpeto (FONTES, 1932 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 323). O censo, ao contrário dos dispensários, não tinha o reconhecimento público, conforme aponta o médico.

O recenseamento da lepra vale muito para os technicos, porém muito pouco para o publico. Para este o que recommenda o serviço é o movimento de injecções e exames de sangue. Era preciso atender a esse lado da questão, para não faltar-me a contribuição estadual que só seria dada emquanto o publico fizesse boas referencias ao serviço (FONTES, 1932 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 323).

Além do pouco recurso financeiro disponível, as dificuldades inerentes ao processo de trabalho de campo para busca dos doentes se constituiu em outro problema, conforme detalhou Pedro Fontes.

[...] o recenseamento de lepra é trabalhoso, dispendioso e cheio de grandes dificuldades, exigindo da parte de quem o faz verdadeiro sacrificio. Viajar 6 ou 8 leguas a cavallo dentro da matta, pra ir procurar um leproso; aproximar-se desse homem ignorante e naturalmente irritado; convencer-o a deixar-se examinar e fotografar, tirar material para laboratório, e deixar examinar toda a familia, não é tarefa fácil, sendo até muitas vezes arriscada. Não fallo ainda na falta de conforto de uma viagem longa a cavallo até á casa distante de um leproso, onde não é possivel pensar em alimentar-se e muito menos em dormir.

O medico tem de examinar o doente e regressar para pernoitar na casa de um vizinho, ás vezes bem distante. Ademais, o recenseamento de leprosos devia ser feito por especialista, pois ha muitos casos de difícil diagnostico. Não seria fácil, porém, um especialista para viajar com tamanho desconforto e vencimentos reduzidos – 50\$000 por dia, incluindo *todas* as despesas de viagem (FONTES, 1932 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 323).

Todo esforço empreendido no censo dos doentes almejava conhecer amplamente os casos, dimensionando e localizando os leprosos onde quer que estivessem. Saber responder onde estavam, quem e quantos eram seriam pontos preciosos que contribuiriam para tornar a lepra um problema sanitário no Espírito Santo e tornar o controle da doença objeto da política estadual de saúde. Entre dificuldades e incômodos advindos da execução do recenseamento, Pedro Fontes compreendia o componente estratégico da atividade.

De maneira que, tendo apresentado ao Espírito Santo o problema da lepra por intermédio dos resultados do censo, Pedro Fontes extraiu mais do que números desse processo, pois colheu

experiências e criou condições que o ajudariam a “dominar” a doença e as relatar ao descrever as “vantagens” do recenseamento (FONTES, 1934 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 566-7), entre as quais estão:

- o censo demonstrou que os doentes eram em número superior ao registrado pelas estatísticas oficiais, determinando providências profiláticas mais enérgicas;
- identificou as localidades de maior incidência de lepra, orientando a criação de dispensários;
- pelo exame de todos os comunicantes, descobriu casos novos;
- fez com que a lepra passasse a ser considerada pelos médicos do interior, pois muitas vezes deixavam passar casos iniciantes sem notar;
- conheceu casos de maior impacto, “perniciosos”, devido à vida ambulante ou à profissão que exerciam, determinando o isolamento emergencial na Ilha da Cal;
- mostrou aos governos estadual e federal a necessidade de criação de uma colônia de leprosos;
- permitiu manter em vigilância cerca de 2.000 comunicantes por meio de exame sistemático;
- determinou com precisão a residência de cada doente, facilitando seu recolhimento à Colônia de Itanhenga quando estivesse construída;
- selecionou os casos de lepra aberta e os não bacilíferos, sendo que entre os contagiantes identificou os que precisariam ser mais rapidamente isolados por apresentarem alguma das condições: extrema pobreza, impossibilidade de qualquer tratamento, distância das residências em relação aos dispensários, convivência em meio populoso, exercício de profissões propícias ao contágio;
- iniciou o tratamento em domicílio, utilizando comprimidos ou injeções de *chaulmoogra* obtendo como resultado a melhora de alguns doentes, o retardo na progressão da doença, a familiaridade com o tratamento médico e o abandono da prática de curandeirismo.

As vantagens do recenseamento, conforme tratadas por Pedro Fontes, podem ser vistas como um guia para a ação profilática no Espírito Santo, pois recolhia impressões e diretrizes úteis para a implantação da política isolacionista: mapeamento e identificação precisa dos doentes, dimensionamento dos serviços conforme os focos da doença e magnitude da endemia, sensibilização dos médicos para o diagnóstico e vigilância da lepra, reconhecimento da classe

política sobre a necessidade de investimento, além da aproximação entre doente e profilaxia médica oficial.

Por meio do censo, foi sendo revelada a dimensão da endemia no Espírito Santo e, conforme pronunciou Souza-Araujo em maio de 1937, os doentes “[...] foram encontrados em numero sempre maior de anno para anno. E, hoje, o numero dos encontrados, bem conhecidos e bem conquistados, orça exatamente em 719.” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 552). Em sua obra, Souza-Araujo apresenta um resumo dos números denominado *Resumo da marcha do censo*, partindo do ano de 1927 (31 de agosto) quando estavam fichados 22 leprosos. No resumo, está indicado que, no ano seguinte, após percorrer todo o Espírito Santo realizando o inquérito, o médico estimou 150 leprosos e, em 1931, “[...] quando foi terminando o recenseamento, diz Pedro Fontes, foram fichados 290 leprosos e 50 suspeitos [...]” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 557). Três revisões do censo foram feitas nos anos seguintes, apurando-se na última, 1934, o quantitativo de 445 leprosos e 60 suspeitos. Se somarmos os dois grupos (leprosos e suspeitos), eles totalizaram 595, 701 e 719 em 1935, 1936 e em 30 de abril de 1937 respectivamente.

A distribuição geográfica dos doentes pode ser conhecida por meio de dados agrupados por Souza-Araujo, utilizados para demonstrar o progresso do fichamento dos leprosos, suspeitos e comunicantes durante seis anos nos municípios do Espírito Santo. Aqui trazemos a localização por municípios para o primeiro ano da série, 1932, e o último, 1937 (Quadro 2). Nele podemos perceber a cobertura e o alcance do censo, expandindo o fichamento dos doentes em todo o território, cumprindo o objetivo de conhecer os casos de lepra<sup>89</sup>.

Souza-Araujo (1937) apresenta dois mapas para demonstrar a distribuição geográfica dos casos no estado. Ao analisar o primeiro deles, que representa os leprosos fichados até 31 de dezembro de 1936 segundo os municípios (Figura 9), o médico comenta que a doença havia “invadido” toda a região mais povoada. Notamos que a concentração se fazia mais na região central do estado, envolvendo os municípios de Colatina, Santa Teresa, Itaguaçu e Afonso Claudio, e ao sul, nas cidades de Alegre, Cachoeiro do Itapemirim, Muqui e João Pessoa (Mimoso). Essas concentrações ficam mais evidentes no cartograma<sup>90</sup> (Figura 10), em que, por meio da

---

<sup>89</sup> Conforme se observa no Quadro 2, nos municípios de Alfredo Chaves, Lauro Müller e Serra não constam pessoas doentes e/ou suspeitas nos períodos selecionados, mas, na fonte consultada, o segundo município aparece com 6 casos em 1934 e 5 casos no ano seguinte.

<sup>90</sup> Mapa ou carta geográfica que representa determinados dados relativos a uma zona geográfica, nomeadamente, a ocorrência, da distribuição ou a intensidade de um fenômeno ou a relação entre os valores e medidas (Disponível em <http://dicionario.priberam.org/cartograma>. Acesso: 25 abr. 2020)



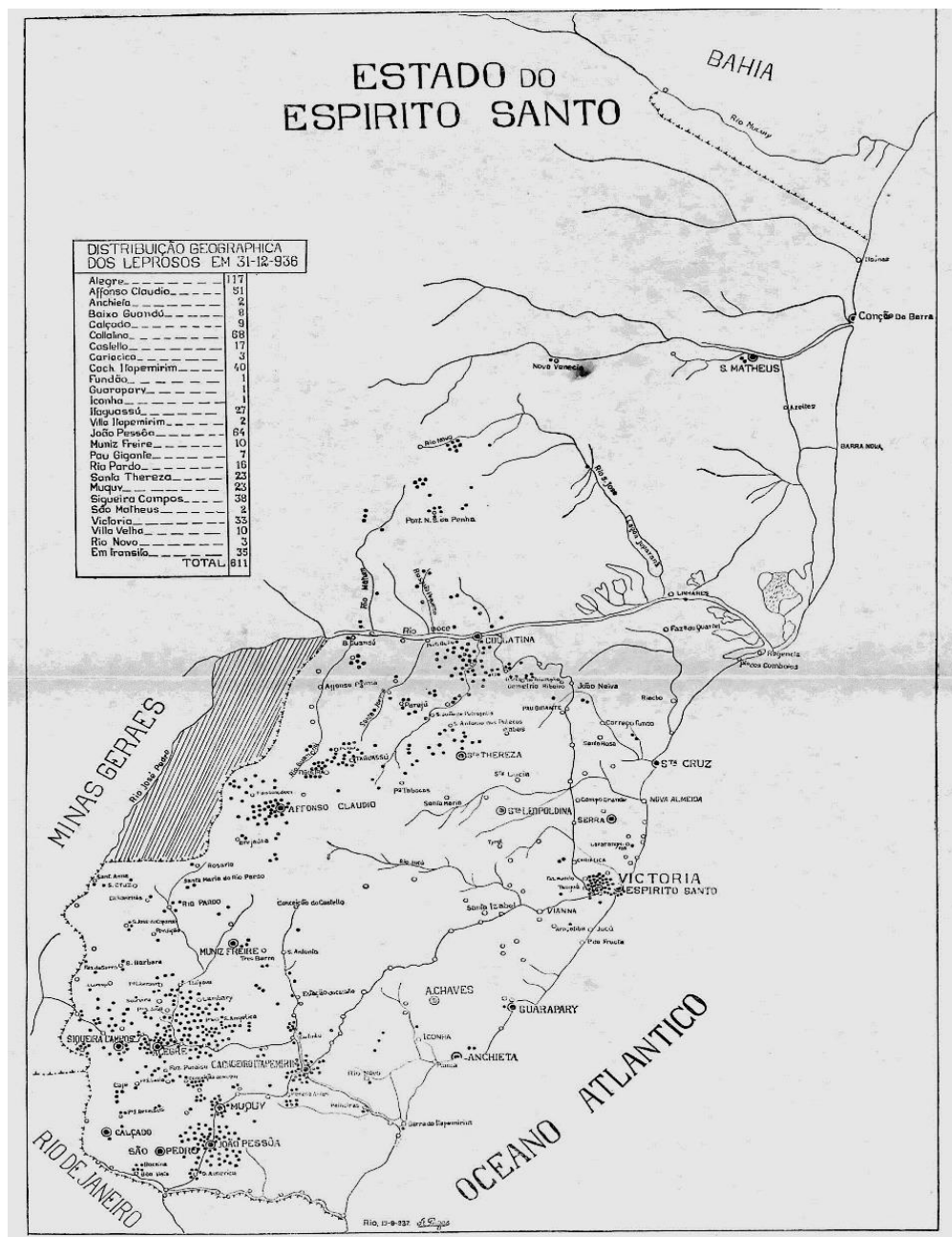
representação do número de casos, notamos a intensidade da doença nesses locais. No cartograma, percebe-se que a região norte do ES não está representada, podendo sugerir que a concentração de casos era considerada baixa. Conforme análise de Souza-Araujo, o cartograma indicava “[...] que os maiores focos dessa doença são os municípios de Alegre, Collatina, João Pessoa (Mimoso), Affonso Claudio, Cachoeiro de Itapemirim, Siqueira Campos e Victória.” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 559).

Quadro 2 – Número de leprosos, suspeitos e contatos fichados nos municípios do ES em 1932 e 1937

Municípios	31-12-1932		30-04-1937	
	Leprosos e Suspeitos	Contatos	Leprosos e Suspeitos	Contatos
Affonso Claudio	28	139	59	395
Alegre	80	390	133	688
Alfredo Chaves	-	-	-	1
Anchieta	2	9	2	16
Baixo Guandu	-	-	10	39
Cachoeiro de Itapemirim	23	68	52	193
Caçado	8	25	15	52
Cariacica	-	-	3	7
Castello	11	26	17	44
Collatina	41	191	83	318
Domingos Martins	1	5	-	-
Fundão	1	17	1	-
Guarapary	1	8	1	4
Iconha	1	8	1	8
Itapemirim (Villa)	2	12	2	6
Itaguassú	19	69	31	163
João Pessoa	36	104	77	273
Lauro Müller	-	-	-	-
Muniz Freire	8	33	10	49
Pau Gigante	6	33	7	38
Rio Pardo	8	19	21	53
Rio Novo	2	-	4	23
Santa Cruz	-	-	1	-
Santa Thereza	16	94	29	154
Serra	-	-	-	-
São João Muquy	4	17	25	82
São Matheus	1	-	3	4
Siqueira Campos	22	73	42	102
Victoria	26	126	35	167
Villa Velha	-	-	12	36
Em Trânsito	-	-	43	22
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>1.435</b>	<b>719</b>	<b>2.937</b>

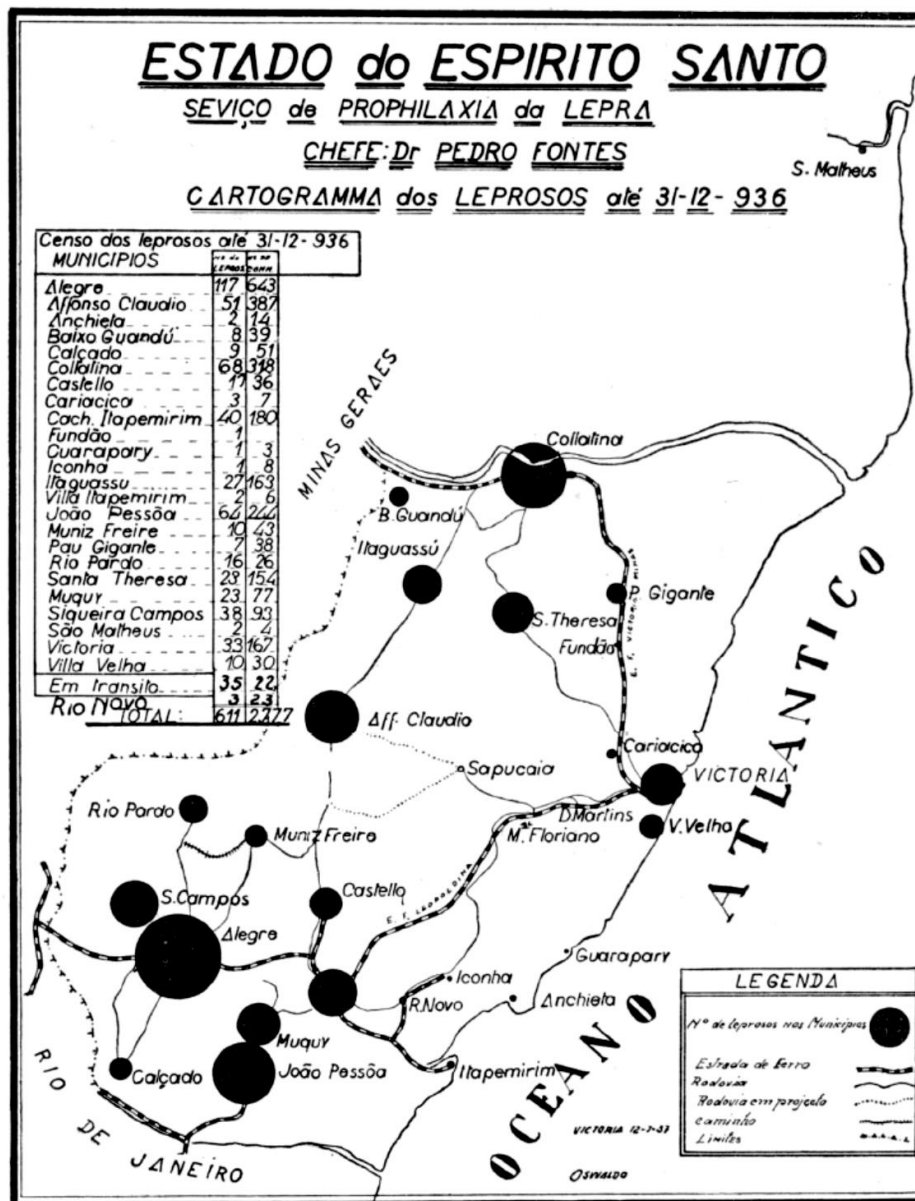
Fonte: Souza-Araujo (1937).

Figura 9 – Distribuição geográfica dos leprosos em 31 de dezembro de 1936 no Espírito Santo



Fonte: Souza-Araujo (1937).

Figura 10 – Cartograma dos leprosos até 31 de dezembro de 1936 no Espírito Santo



Fonte: Souza-Araujo (1937).

## 5.2 “FEITO O RECENSEAMENTO DE LEPROSOS, É TEMPO DE CUIDARMOS, COM DECISÃO, DO SEU ISOLAMENTO”: OS SERVIÇOS DE PROFILAXIA DA LEPROA E O ISOLAMENTO DOS DOENTES

Os resultados do censo de leprosos e de suas revisões apresentaram para a comunidade espírito-santense uma doença de dimensões até então desconhecidas e serviram de base para organização dos serviços de profilaxia, sobretudo para a consolidação do isolamento

compulsório. Como mencionou Souza-Araujo, Pedro Fontes havia “criado” o problema da lepra para o Espírito Santo, para ter o “prazer de dominá-lo” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 552).

Considerando o censo primordial para a organização das ações de enfrentamento da doença, Pedro Fontes, em trabalho apresentado à Conferência para Uniformização do Combate à Lepra, realizada no Rio de Janeiro, em 1933, o defendia para fornecer [...] um calculo exacto e uma conveniente distribuição de serviço.” (FONTES, 1933 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 566). Nesse sentido, retornando a outros textos do médico que descreve sobre as vantagens atribuídas ao recenseamento (FONTES, 1934 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 566-7) e também ao relatório *Serviço de lepra no Espírito Santo: Colônia de Itanhenga*, escrito em 1936 (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 83), notamos que o médico chamava atenção naquele contexto para dois serviços: os dispensários e o leprosário.

O foco nesses estabelecimentos pode ser justificado pelo estágio de organização dos serviços no estado, uma vez que a instalação dos dispositivos de suporte à busca, à vigilância e ao isolamento dos doentes ainda era insuficiente. A criação de dispensários tinha papel estratégico para o combate à lepra e de impacto em toda rede assistencial. Os dispensários atuavam para atrair doentes, “[...] conquistal-os pelo tratamento e selecionar dentre ellles os mais perigosos para serem encaminhados ao isolamento de rigor. [...]” (SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 331).

A instalação de dispensários foi medida prioritária e a cidade de Vitória recebeu o primeiro deles. Segundo Souza-Araujo (1937, p. 565), a implantação do Dispensário Central de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas foi a providência inicial adotada pelo Serviço de Lepra e Doenças Venéreas em 1927. Junto ao dispensário, também foi instalado um laboratório de microscopia e sorologia para atendimento de todo o estado. Nos anos seguintes, outros dispensários foram estabelecidos nas cidades de Cachoeiro do Itapemirim (1928), Alegre e Colatina (1929), João Pessoa (Mimoso) em 1932, Muqui (1933), Calçado e Afonso Claudio (1935).

Assim, em 1936, Pedro Fontes informava à Heráclides César de Souza-Araujo a existência de 8 dispensários mistos, onde era realizado o tratamento ambulatorial dos leprosos que residiam nas proximidades e, para os demais, seriam distribuídos seringas e medicamentos. Também eram mantidos pelo serviço dois dispensários ambulantes [...] para exame e re-exame dos leprosos, suspeitos e communicantes, e conselhos prophylacticos ás famílias dos leprosos.” (FONTES, 1936 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 566)

Para Pedro Fontes, os dispensários mistos eram úteis, pois, ao atraírem um público em busca de tratamento para sífilis, poderiam identificar, entre estes doentes, alguma pessoa cujo diagnóstico seria lepra. Por outro lado, é lamentável supor que algumas pessoas que receberam diagnósticos de lepra poderiam na verdade sofrer de sífilis ou de outra doença dermatológica. Fontes declara a importância dos dispensários mistos em trabalho apresentado à Conferência para Uniformização do Combate à Lepra, ao concluir que “[...] os dispensários de doenças venéreas prestam serviço na profilaxia da lepra descobrindo leprosos entre os indivíduos portadores de dermatoses, que vão à procura de tratamento anti-syphilitico [...]” (FONTES, 1933 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 566).

Os dispensários também atuavam no fichamento dos leprosos, embora o trabalho feito pelas equipes de recenseadores captassem um maior contingente de doentes. Ao final de 1936, dos 701 leprosos fichados, 238 fichas haviam sido feitas pelos dispensários fixos, enquanto 463 pelas Comissões Médicas ambulantes (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 568).

Em outubro de 1937, conforme Souza-Araujo (1937, p. 569-70), o Serviço de Profilaxia da Lepra<sup>91</sup> estava organizado nos seguintes setores pela chefia do órgão com sede no Dispensário Central, localizado em Vitória: 10 dispensários, incluindo os de Castelo e Siqueira Campos; dispensário itinerante; postos de vigilância criados em 1937, exclusivos para a lepra e fixados em 5 localidades que não comportariam um dispensário misto (Rio Pardo, Santa Teresa, Baixo Guandu, Itaguaçu e Figueira de Santa Joana); inspetoria dos dispensários, com cargo criado em 1936 e designado ao dermatologista Dr. José Augusto Soares para desenvolver as funções de orientador e uniformizador dos serviços de lepra nos dispensários e postos de vigilância; leprosário de Itanhenga, para receber casos de lepra aberta, leprosos inválidos e mendicantes. Além desses setores, estavam em construção o preventório e a granja<sup>92</sup>. Para Franco e Barros (2015, p. 236), além do recenseamento, a construção de leprosário para isolar os casos identificados e a construção de preventório para receber os filhos dos doentes foram etapas do

---

<sup>91</sup> A criação do Serviço de Profilaxia da Lepra do ES foi instituída pelo Decreto nº 6.579, de 31 de julho de 1935 (SERVIÇO DE LEPRA, 1949; SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 568) e sua regulamentação ocorreu pelo decreto nº 7.117, de 25 de dezembro de 1935 (CYPRESTE; VIEIRA, 2014, p. 30; MENDONÇA [1959?]).

<sup>92</sup> Granja Eunice Weaver, instituição anexa e complementar ao Preventório Alzira Bley, destinada a receber rapazes maiores, filhos ou parentes de leprosos, funcionava como uma escola rural para o ensino básico, com noções de agricultura e pecuária e demais ofícios correlatos (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 603). Ambas as instituições foram inauguradas em 14 de abril de 1940 e, dois anos depois, o preventório abrigava 145 internos e a granja, 32 meninos com idade superior a 12 anos (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 347).

trabalho de Pedro Fontes e formavam as condições fundamentais para que a campanha contra a lepra fosse exitosa no Espírito Santo.

O mapa a seguir (Figura 11) está apresentado por Souza-Araujo (1937, p. 569), com o título de *Organização anti-leprótica em 1937 - Dispensários, Postos de Vigilância, Leprosário e Preventório*<sup>93</sup>, e apresenta a distribuição dos serviços de profilaxia da lepra pelo estado. Percebe-se que a região norte não está representada, o que pode ser explicado pela frequência de casos de lepra inferior às demais regiões, determinando a priorização de alocação dos serviços em locais com presença mais intensa da doença.

Figura 11 – Distribuição dos serviços de profilaxia da lepra em 1937 no Espírito Santo



Fonte: Souza-Araujo (1937).

<sup>93</sup> Souza-Araujo (1937, p. 569) fez uma correção, dizendo que no mapa havia um engano, pois em Afonso Claudio encontrava-se um dispensário fixo e não um posto de vigilância.

Nesse sentido, os resultados da atividade censitária orientaram a distribuição e a organização dos serviços, além de terem provocado o desenvolvimento sistemático de ações prestadas por diferentes dispositivos no controle da doença, sendo a vigilância e o isolamento dos doentes as medidas centrais desse processo: “Feito o recenseamento de leprosos, é tempo de cuidarmos, com decisão, do seu isolamento para que esse serviço não resulte inútil” (FONTES, 1932 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 324).

A organização dos serviços seguia medidas que haviam sido previstas em reunião técnica, ocorrida em 10 de março de 1933, na sede do serviço de profilaxia localizado em Vitória. Segundo Souza-Araújo (1933, p. 330), a reunião fora por ele convocada e contou com a presença do Dr. Pedro Fontes e dos médicos do serviço itinerante de lepra, Dr. Sylvio Monteiro Avidos e Dr. Theóphilo Batinga, entre as conclusões a que chegaram os presentes, havia a indicação de que fossem instalados dez dispensários em todo estado e uma colônia agrícola para recolher 500 leprosos.

### 5.3 ISOLAMENTO, UM “DESTINO IMPLACÁVEL”

Na Figura 11, o leprosário aparece localizado em Cariacica, onde, a partir de 1937, se cumpriria isolamento compulsório dos doentes. Anterior a sua instalação e ao seu funcionamento, a prática de isolamento de leprosos vinha sendo executada de forma insuficiente no estado e, como antecedente dessa prática, consta a existência de um pequeno asilo na Ilha da Cal, criado de forma emergencial.

A preocupação com a instalação de um leprosário vinha sendo solicitada por Pedro Fontes desde 1928, quando se dirigiu em ofício ao então Presidente do Estado, Dr. Aristeu Aguiar. Em agosto do ano seguinte, o médico repetiu a estratégia e novamente se pronunciou a favor da criação de um leprosário para recolher “[...] pelo menos os leprosos cujas condições financeiras não permitam um perfeito isolamento nas próprias residências e um asylo para os filhos desses leprosos.” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 570). Em dezembro de 1929, Pedro Fontes insistia junto ao Presidente do Estado sobre a necessidade de autorização legislativa para construção do leprosário, o que obteve com a Lei nº 1.727, de 3 de janeiro de 1930 (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 571). Através de telegrama, o médico externou seu agradecimento ao Presidente do Estado pelo ato que autorizou a construção do leprosário, conforme publicado pelo *Diário da Manhã*, em 8 de janeiro de 1930 (TELEGRAMMAS ..., 1930, p. 1).

Em dezembro do mesmo ano, Pedro Fontes expôs a situação da lepra ao Interventor Federal no Espírito Santo, Capitão João Punaro Bley. Novamente o médico insistiu na fundação de uma colônia de isolamento para os leprosos recenseados e na criação de um asilo de emergência na Ilha da Cal (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 371).

Dessa maneira, segundo Punaro Bley, após recenseamento “minucioso” realizado em todas as localidades do Espírito Santo, [...] O Governo não ficou indiferente á sorte dos leprosos descobertos e fichados e nem ao problema da profilaxia dessa moléstia inexorável.” (BLEY, 1934). Nesse sentido, declarou, em discurso proferido na cidade de Cachoeiro do Itapemirim e publicado no *Diário da Manhã*, que mandou adaptar em 1931 uma casa na Ilha da Cal para funcionar provisoriamente como leprosário, recolhendo mulheres e crianças cujas condições de vida representavam mais perigo à coletividade. No ano seguinte, foi construído um pavilhão para alojamento de homens, afirma o interventor.

Na ilha, a lotação das instalações em 1933 era de 10 doentes, conforme declaração de Souza-Araújo ao informar sobre visita realizada ao local em companhia de autoridades, em 10 de março. Na ocasião, teria percorrido as Ilhas da Cal e da Pólvora<sup>94</sup>, esclarecendo: “[...] Nesta se acha o Hospital de Isolamento, e naquella um pequeno Asylo de Leprosos, compreendendo uma casa com 5 mulheres e outra com 5 homens. [...]” (SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 329).

Na reunião ocorrida em mesma data, convocada por Souza-Araújo na sede da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, lhe foi informado que não havia doentes isolados em domicílio ou sob vigilância, exceto os da ilha localizada a cerca de 7 minutos de Vitória, por transporte de lancha. Na ocasião, foram sugeridas medidas de urgência que indicavam a insuficiência das estruturas da Ilha da Cal, como a fundação da colônia agrícola e a construção de dois barracões para isolamento de emergência (SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 330).

A existência de um asilo provisório mantido pelo governo estadual é mencionada em *Notas sobre a lepra: Contribuição da União para o combate á lepra*, quando o documento trata do período 1931-1933 (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 415). Para um período seguinte

---

<sup>94</sup> O serviço situado na Ilha da Pólvora se destinava ao isolamento de casos de doenças infectocontagiosas. Conforme mensagem do Presidente Florentino Avidos de 15 de abril de 1926, após um surto de varíola de duração de quatro meses ocorrido na capital e em mais 11 municípios no ano anterior, foi improvisado um hospital em pavilhão de madeira da Ilha do Príncipe para isolamento dos doentes. De capacidade reduzida, 16 leitos apenas, foi necessário erguer instalações para instalar 40 leitos de isolamento em antigo depósito de pólvora, quase em ruínas, situado na ilha de mesmo nome. Após a alta do último doente, em 12 de outubro de 1925, diz Florentino Avidos que providenciou a melhoria das instalações provisórias (AVIDOS, 1926, p. 21).



(1934-1937), o relatório aponta a participação da União na implantação da Colônia de Itanhenga, em Cariacica, projeto que antedeu expectativas de setores técnicos e políticos.

No entanto, há indícios de que o projeto atendeu expectativas igualmente compartilhadas por outros setores da sociedade espírito-santense, o que pode ser compreendido a partir de publicação feita na revista *Vida Capichaba*<sup>95</sup>, edição 00170 publicada em 1929, demonstrando que o isolamento compulsório dos leprosos era uma ideia em circulação na sociedade. Vemos que Almeida Cousin, que assina o artigo intitulado *O problema da lepra*, apesar de compartilhar da crença de não ser a morfeia um grave problema para o Espírito Santo, adverte a todos para a possibilidade de assim vir a se constituir e, vista sob esse ângulo, a enfermidade mereceria maior atenção. Cousin emite a opinião de que as verminoses são as maiores desgraças para o Espírito Santo, sendo que a

[...] morphéa, por enquanto, não assume proporções assustadoras, mas, por isso mesmo carece de ser encarada, enquanto relativamente fácil realizá-lo e antes que ella se nos apresente temerosa e quasi insolúvel como no Pará e outros Estados no norte [...] (COUSIN, 1929, p. 49).

A título de tornar seu receio mais evidente e demonstrar a “gravidade do mal” que os leprosos representavam para a comunidade, Cousin descreve uma cena ocorrida em uma cidade paulista e relatada no *Jornal do Brasil*.

Pindamonhangaba, uma das antigas e importantes cidades da zona da Central, é invadida por um bando enorme de morfeicos, irritados contra a população sadia, que procuram contaminar por todos os modos, entrando nos estabelecimentos públicos — *bars*, cafés, theatros, cinemas, et. — servindo-se dos objectos de uso comum e ostensivamente procurando todos os meios de favorecer o contagio. Refere mesmo o telegrama de uma ação nefanda de um destes desgraçados, mordendo uma criancinha e esfregando-a contra as próprias úlceras. Chegam ao cúmulo de provocar uma reação armada da população, para os expulsar da cidade (COUSIN, 1929, p. 49).

Diante de tal terror, pelo qual o autor responsabiliza o governo, a solução seria o isolamento compulsório, caso contrário continuariam a espalhar horror e doença enquanto andassem livremente pela cidade a mendigar por um prato de comida, a espalhar suas excreções ou ainda a ter comércio sexual com mulher ainda sã. Assim sendo, Cousin advoga que a solução do problema da lepra se resume em uma palavra,

[...] que está na Biblia e que a experiencia dos séculos confirmou: — isolamento — isolamento compulsório do morphetico, impedindo assim de continuar pelas ruas, sentando com as creanças à soleira das portas, pedindo um prato em cada casa, assoando-se aos dedos e espalhando ao redor as excreções da rhinite, que

<sup>95</sup> Publicação fundada em 1923, da Empresa Grafica Editora Vida Capichaba.

habitualmente os ataca, ou então — peiores ainda — vivendo no meio da família, tendo commercio sexual com a mulher ainda sã [...] (COUSIN, 1929, p. 49).

Nesse sentido, Cousin (1929) defende que o leprosário seria a forma eficiente de realizar o isolamento, pois todas as outras formas seriam falhas e escapariam à vigilância das autoridades. Em seu discurso, apresenta o isolamento como uma medida clássica e segura, justificando-a como necessária para conter o risco de disseminação da doença com afastamento de pessoas de corpos impuros e hábitos insalubres.

No mesmo periódico, em 1935, a publicação de um convite para evento na cidade de Colatina, localizada ao norte do Espírito Santo, buscava sensibilizar para adesão à ação beneficente “[...] carinhosamente voltada para os que, afastados de sua convivência, merecem receber no seu exílio doloroso, o conforto material e moral daquelles que estão preservados do terrível mal de Hansen.” (SORVETE..., 1935, p. 23). O texto traz a ideia de que o doente se sacrificava e experimentava o sofrimento, vivendo uma condição que os tornavam merecedores de compaixão. Mantendo-se apartados da sociedade, os leprosos deixariam os sãos livres da doença, e o texto do convite fornece evidências de que o isolamento traria a proteção dos sadios.

O isolamento, mas de forma absoluta e definitiva, é retratado em conto de autoria de Waldir Menezes, intitulado *As duas cartas*. Condenando-se ao isolamento pela morte, o protagonista Gilberto prepara duas cartas de despedida, uma delas aos pais.

[...] Dentro de alguns minutos eu não existirei mais. Vou morrer. E penso se esse o único destino que merece este meu corpo pestilento. Sinto a mesma dôr que ireis sentir. Sei, porém, que morrendo prestarei um grande bem a vós e á humanidade. Meus pais, eu não poderia viver tendo o mundo inteiro a correr de mim como se corre de um bandido celerado. Vós mesmos havereis de vos repugnar ao ouvir esta palavra cruel que punge dolorosamente: Lepra! (MENEZES, 1934, p. 3).

Gilberto, que se lamenta da impotência da ciência em curá-lo e revolta-se contra Deus, encontra solução e consolo no ato extremo e derradeiro contra si próprio, pronunciando-se sobre sua atitude: “[...] A minha convicção, porém, em que a minha morte será um benefício para a humanidade, torna mais suave meu último cálice [...] (MENEZES, 1934, p. 3).

Após escrever a segunda carta, essa para a noiva, Gilberto toma o caminho da rua em direção ao rio “[...] e as aguas remoinhantes arrastam para as profundezas misteriosas o corpo pestilento de um homem desiludido, massacrado pela sorte cruel, vencido pelo destino implacável.” (MENEZES, 1934, p. 3). A narrativa é uma defesa radical do isolamento, que, apresentado de maneira tão absoluta e chocante na figura do suicídio, reúne argumentos para aceitação da

prática de segregação dos leprosos, que seria um bem à coletividade e única solução aos doentes.

De certa maneira, o desenvolvimento do isolamento compulsório de leprosos, viabilizado a partir do projeto de implantação do leprosário no Espírito Santo, articulou esses propósitos de proteção da sociedade e ser a resposta médico-política à doença naquele período.

#### 5.4 INSTALAÇÃO DA COLÔNIA DE ITANHENGA

Com o censo de doentes fornecendo informações objetivas fundamentais para revelar uma epidemia até então silenciosa, o projeto de instalação da colônia foi levado a cabo no Espírito Santo no final da década de 1930, a partir de uma ação integrada entre os governos estadual e federal. Conforme Punaro Bley, o fim do recenseamento mostrou a necessidade de proceder ao isolamento dos leprosos em uma colônia. Quando Souza-Araujo esteve no Espírito Santo em missão do governo federal para inspecionar o norte do país e apresentar plano de combate à lepra, foi acordado que o governo estadual forneceria o terreno para o leprosário. No local escolhido e desapropriado pelo governo, a Fazenda de Itanhenga, já se encontravam 10 pavilhões construídos em agosto de 1934 e o empreendimento teria sido reconhecido pela Conferência Nacional de Leprologia<sup>96</sup> reunida no DF em setembro de 1933 (BLEY, 1934, p. 3).

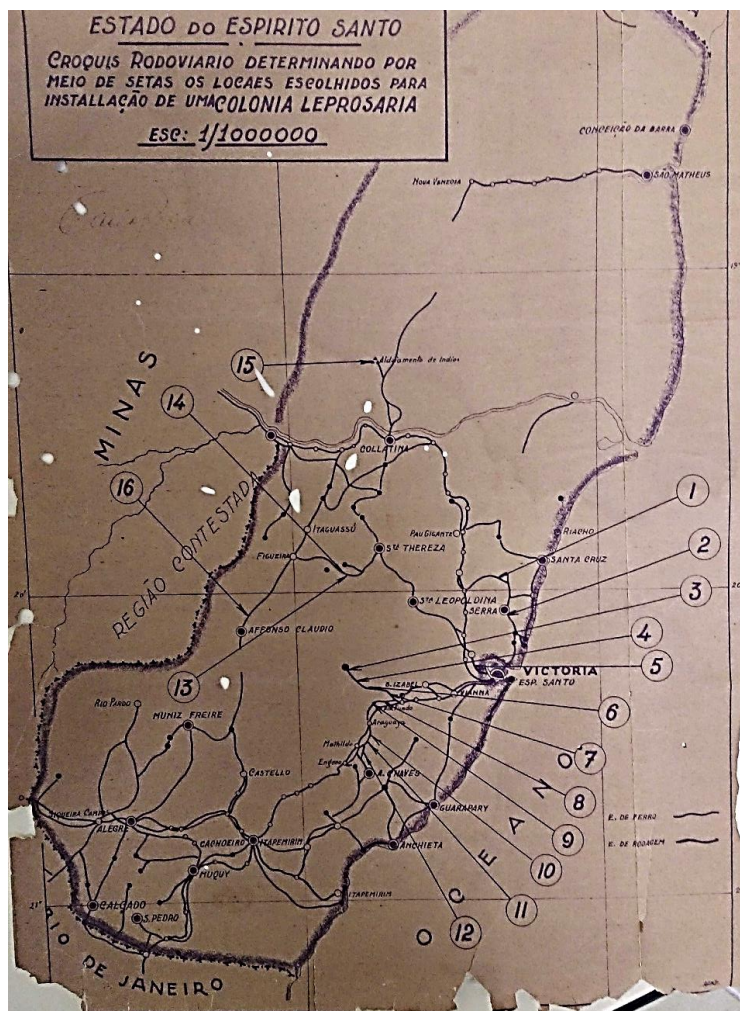
Para avaliação e escolha do terreno, Pedro Fontes contou com a colaboração de Carlos Rosa, Inspetor de Rodovias. Das inspeções realizadas, Rosa emitiu o Relatório nº 21, em 17 de junho de 1933 ao Diretor de Viação e Obras Públicas detalhando as condições de todos os terrenos visitados por ele em companhia de Pedro Fontes num raio de 182 quilômetros da Capital. “A esse ilustre clínico apresentei todas as localidades cabíveis a esse grande empreendimento, dentro das condições técnicas por ele exigidas” (ROSA, 1933). Rosa menciona o nome dos proprietários dos terrenos apresentados, com as áreas, altitudes e distância da cidade de Vitória e das estações ferroviárias, além dos inconvenientes dos terrenos. Junto ao relatório, seguiram dois croquis, um deles de caráter geral com os terrenos visitados indicados por setas (Figura

---

<sup>96</sup> O evento citado por Punaro Bley se refere à Conferência para Uniformização da Campanha contra a Lepra e, conforme divulgado pelo Jornal do Comercio em 28 de setembro de 1933, ed. nº 230, Pedro Fontes fez uma ligeira exposição sobre o serviço de lepra no Espírito Santo, recebendo os cumprimentos do Professor Eduardo Rabello. (CONFERENCIA..., 1933b, p. 5). Disponível em: [http://memoria.bn.br/docreader/364568\\_12/25064](http://memoria.bn.br/docreader/364568_12/25064). Acesso em: 13 maio 2020.

12). As áreas consideradas mais adequadas foram identificadas no relatório como “Rodovia Vitória-Sapucaia” e no croqui geral estão indicadas pelas setas 3 e 4.

Figura 12 – Áreas visitadas para instalação da colônia de leprosos no Espírito Santo em 1933



Fonte: ROSA (1933).

Anterior à emissão do relatório, em março de 1933, Fontes manifestou preferência pelo terreno entre Santa Izabel e Sapucaia (SOUZA-ARAÚJO, 1933, p. 331), contudo, alguns meses depois, em setembro, o médico encaminhou ofício ao interventor informando que dificuldades na aquisição do terreno, o que havia sido relatado em correspondência de 31 de maio, fizeram com que retomasse as pesquisas com o Sr. Carlos Rosa (FONTES, 1933 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 574). Assim, a área selecionada, situada na foz do rio Cariacica e na orla da baía de Vitória, não estava representada no croqui, dando margem à interpretação de que não teria sido inicialmente considerada. As justificativas para sua escolha foram:

- a) ser o terreno de fácil aquisição porque ainda é do domínio do Estado, embora invadido por posseiros;

- b) ter uma área de 300 hectares com possibilidade de ser aumentada;
- c) apresentar facilidade de isolamento;
- d) ter fácil comunicação com a capital por estrada de rodagem ou por água;
- e) estar situado em lugar alto e saudável;
- f) poder ser abastecido pelo abastecimento d'água da Capital, que passa a 2 quilômetros, a exemplo do que se fez com o Hospital de Isolamento;
- g) idem quanto a energia eléctrica e telephone
- h) apresentar a configuração do terreno disposição conveniente para separação das zonas limpa e de contágio, tendo ambas *plateaux* para construção. (FONTES, 1933 *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 574-5).

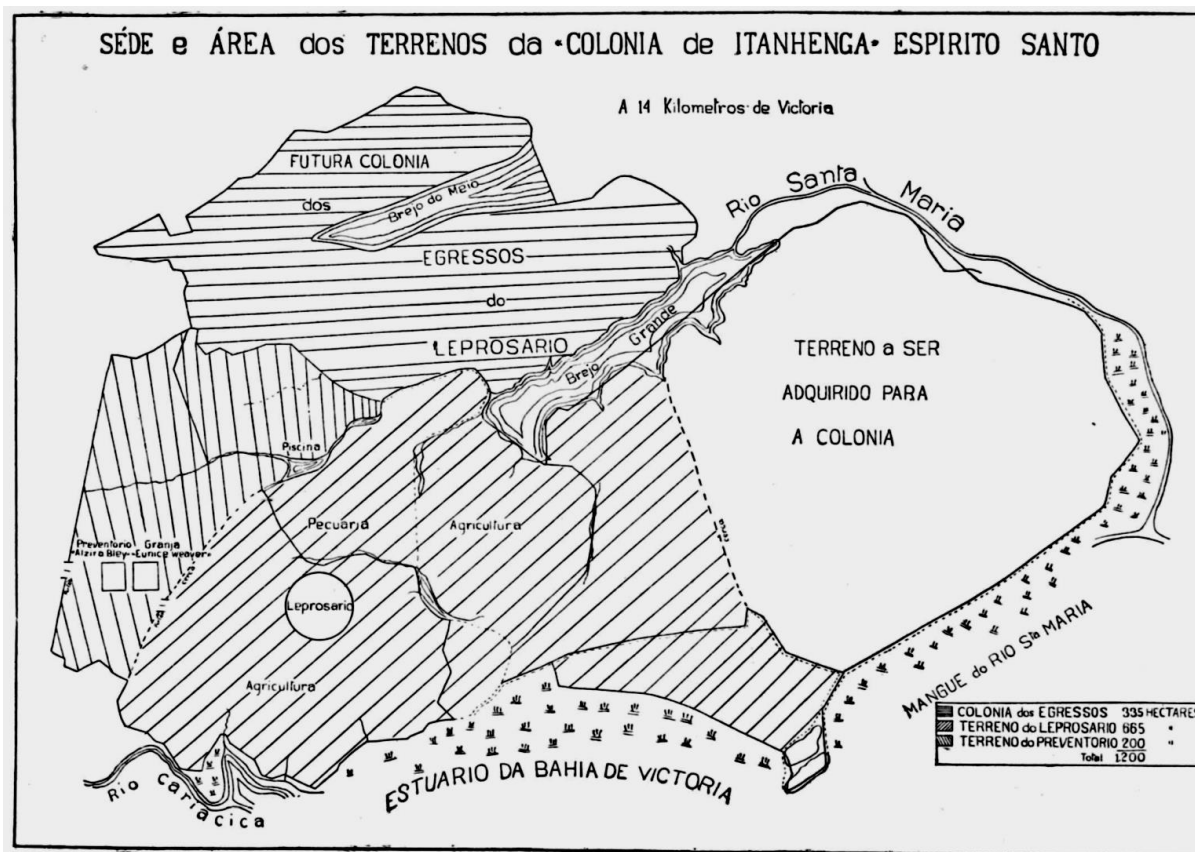
Em sequência à definição do terreno, houve outros procedimentos administrativos necessários à instalação do leprosário, entre os quais a desapropriação do terreno e a criação da colônia. A desapropriação se deu pelo Decreto nº 4.443, de 31 de janeiro de 1934, em que declara de utilidade pública o terreno situado no lugar denominado Itanhenga, no município de Cariacica, numa área de 350 hectares, fazendo limite ao norte e a oeste com terrenos de particulares, ao sul com o rio Cariacica até a barra; a leste com os mangues do estuário do rio Santa Maria, na baía de Vitória. Em 7 março de 1935, o Decreto nº 5.967 criou oficialmente a colônia, com área aproximada de duzentos e setenta e seis hectares, determinando que a direção técnica e administrativa do serviço ficará subordinada ao Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 576-9).

Na Figura 13, além da área onde se encontra o leprosário, representado por um círculo, vemos outra com duas imagens quadradas simbolizando o preventório e a granja. O primeiro para receber crianças filhas dos doentes internos e a segunda, uma instituição anexa e complementar do preventório, que funcionaria como escola rural onde se ensinaria o básico e os conhecimentos elementares de agricultura e pecuária a rapazes saudáveis, filhos ou parentes de leprosos (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 603).

Ainda na mesma Figura 13, a área superior do mapa denominada *Futura colônia dos egressos do leprosário* é considerada por Souza-Araújo (1937) como sendo uma visão sábia do governo estadual, “[...] provendo meios de atender um sério problema futuro, qual seja o de amparar os ex-leprosos, isto é, os egressos do leprosário, aqueles que d’alli tiverem alta por cura [...]” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 604). A decisão previa a dificuldade da sociedade e famílias em aceitar o regresso dos doentes e considerava competência do governo fornecer sustento temporário e facilidade de trabalho. Nesse sentido, projetava-se que os egressos poderiam trabalhar na agricultura e pequena pecuária para garantir meios de subsistência e o excesso da produção poderia ser adquirido pela administração do leprosário. No entanto, além da

importância econômica, a iniciativa também se prestaria à vigilância dos leprosos clinicamente curados.

Figura 13 – Áreas da Colônia de Itanhenga, preventório, granja e colônia para egressos do leprosário



Fonte: Souza-Araujo (1937).

A construção foi iniciada pelo engenheiro Celestino Quintanilha em março de 1934, seguindo planta organizada por Pedro Fontes e Carlos Rosa, que se orientaram por projetos cedidos pela União; pelos serviços de profilaxia de São Paulo e Minas Gerais e pela Seção de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 580). A divulgação das obras iniciais (Figuras 14 e 15) ganhou espaço na imprensa local e, com detalhes sobre a edificação, o periódico *Vida Capichaba* reafirmou a data de início em março de 1934. Segundo o periódico, além dos pavilhões para atendimento médico e setores administrativos, a obra teria espaços para diversão, escola, capela, cemitério, manicômio e 25 casas ao longo de uma avenida de 700 metros. O empreendimento foi tributado ao esforço da administração estadual, preocupada com a assistência aos mais de 400 leprosos que reclamavam por hospitalização adequada. Naquele momento, já estavam concluídos 4 pavilhões e a obra, sob direção de Quintanilha “[...] a cuja

incansável atividade se deve o estado de adiantamento das obras já realizadas [...]” (ASSISTENCIA..., 1934, p. 19).

Figura 14 – Obras iniciais da Colônia de Itanhenga: pavilhões em 1934



Fonte: Assistência... (1934).

Figura 15 – Obras iniciais da Colônia de Itanhenga: avenida e pavilhões em 1934



Fonte: Assistência... (1934).

Em 22 de maio de 1935, durante os festejos do Quarto Centenário da Colonização do Espírito Santo, foram inaugurados os primeiros 13 pavilhões, entretanto Pedro Fontes decidiu não instalar o leprosário optando por completar a obra para então receber os doentes (AGC/FGV



CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 150). O evento foi registrado pela *Vida Capichaba* cujas publicações trazem imagens das autoridades visitando as obras entregues naquela ocasião e Pedro Fontes enquanto se pronunciava em discurso rodeado por lideranças estaduais (Figuras 16 e 17).

Figura 16 – Inauguração parcial da Colônia de Itanhenga em 1935



Fonte: Quarto... (1935).

Figura 17 – Pedro Fontes discursa em inauguração parcial da Colônia de Itanhenga em 1935



Fonte: Quarto... (1935).

O desembolso federal para construção da colônia alcançou os valores de 790:000\$, repassados entre 1933 e 1936 e, com relação à participação financeira do governo estadual, estimou-se que teria contribuído [...] mais ou menos com a mesma importância” (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 151). Para auxílio nas despesas da obra, Pedro Fontes foi atendido em pedido



dirigido ao município de Vitória que arcou com a construção de um pavilhão Carville<sup>97</sup>. Agradecido, o médico expressou sua satisfação em ofício publicado pelo *Diário da Manhã* onde também registra o apoio que recebera do Departamento Nacional do Café com doação de 3.000 sacas do produto, além do investimento do governo estadual na aquisição do terreno, instalações e fornecimento de água, luz e telefone (O LEPROSARIO ..., 1934). Da prefeitura de Vitória, o auxílio foi de 25 contos e da venda das sacas de café apurou-se 240 contos (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 86).

A instalação definitiva da Colônia de Itanhenga<sup>98</sup> ocorreu em 11 de abril de 1937, num evento em que a presença de autoridades estaduais e federais, a descrição pormenorizada das instalações, os benefícios dos serviços para o enfrentamento da lepra no Espírito Santo e a modernidade do estabelecimento foram temas abordados com destaque pela imprensa e nos discursos proferidos. Para a União, tratava-se da entrega de um serviço modelar, um “[...] estabelecimento perfeitamente aparelhado para cumprir as suas altas finalidades, quer com obra de prophylaxia quer com a de assistência. No gênero é o estabelecimento mais perfeito do Brasil.” (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 152).

Antecedendo ao evento, o destaque para a presença de autoridades e convidados que viriam prestigiar e conhecer a importante obra dá mostras do clima comemorativo.

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 pessoas gradas que tomarão parte da excursão a Itanhenga (SERÁ ..., 1937).

Do Rio de Janeiro, o *Correio da Manhã* anunciava excursão por transporte marítimo no navio Loyd Brasileiro Dom Pedro II, com todos os serviços necessários à estadia em Vitória para quem desejasse assistir à cerimônia de inauguração da Colônia de Itanhenga com participação de Getúlio Vargas (Figura 18).

<sup>97</sup> A denominação pavilhão Carville se referia aos dormitórios coletivos, pois seguiam o estilo das construções do Carville Hospital – New Orleans/Louisiana, com dois pavimentos e varanda ao redor do primeiro andar (SANTOS, 2006, p. 96).

<sup>98</sup> Para aprofundamento sobre o processo de implantação da Colônia de Itanhenga e sua organização inicial, ler capítulo 4 da dissertação de mestrado de Luiz Arthur Azevedo Barros, *Colônia de Itanhenga – a luta contra a lepra no Espírito Santo (1934 -1945)*, 2014 (Programa de Pós Graduação em História/UFES).

Figura 18 – Anúncio de excursão para cerimônia de inauguração da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo



Fonte: Correio da Manhã (1937).

A ampla mobilização para inauguração interferiu na rotina da sociedade, pois o evento foi anunciado como uma festa que merecia ampla adesão da sociedade e atrairia atenção de diversos setores. Nesse sentido, o início do torneio de futebol coordenado pela Liga Espiritosantense de Desportos Terrestres foi remarcado por considerar a inauguração um acontecimento de importante significado social e a manutenção do início do torneio no mesmo dia da inauguração privaria as pessoas de assistirem “[...] às festas, deixando assim de prestar sua homenagem ao Chefe da Nação; considerando que as festas do dia 11 desviarão por certo a assistência do torneio [...]” (LIGA..., 1937, p. 2).

No domingo, dia 11 de abril de 1937, publicação do Diário da Manhã estampava toda a agenda relacionada à inauguração sob o título *Programa das festas de Itanhenga*, dando detalhes sobre a chegada dos convidados, entre os quais o Ministro Gustavo Capanema, que veio representando o presidente da República; o representante do Ministro do Trabalho e o Dr. Barros Barreto, Diretor de Saúde Pública. Na agenda, constava as boas-vindas às lideranças pelo governador do estado e pelos deputados federais e estaduais e a recepção dos convidados no Palácio do Governo. Às 10:30, ocorreria a instalação do leprosário, o lançamento da pedra fundamental da Granja e Preventório “Alzira Bley” e, logo após, haveria o almoço oferecido pelo governador na sede do Clube Saldanha da Gama às autoridades estaduais, federais, municipais, da Justiça, do comércio e o bispo diocesano. Antes do regresso dos convidados, programou-se um passeio pelos principais pontos turísticos da cidade (PROGRAMA..., 1937, p. 1).

Na mesma edição, ainda encontramos comunicado de que empresas de ônibus da capital haviam organizado uma linha desde as 7 horas da manhã até a noite para “[...] facilitarem o transporte da população para conhecer o majestoso leprosário de Itanhenga [...] partindo os carros das imediações do ‘Club Vitoria’, no Parque Moscoso até o local das festas” (OMNIBUS..., 1937, p. 1).

Dando destaque nacional ao evento, o *Jornal do Brasil* noticiou em 13 de abril que no local, em Itanhenga, grande multidão estava à espera dos visitantes, referindo-se às autoridades estaduais e federais (A INAUGURAÇÃO ..., 1937a, p. 8) e em 15 de abril a instalação da colônia retorna às páginas do periódico que traz o discurso proferido por Capanema na ocasião (A INAUGURAÇÃO ..., 1937b, p. 8).

Sobre a instalação da colônia, extenso artigo trata dos 52 setores e serviços oferecidos no espaço, fazendo a descrição pormenorizada a respeito de cada um deles, de maneira que pessoas que não estiveram presentes aos festejos poderiam tomar conhecimento da dimensão da obra. Assim, o periódico conduz o leitor a uma “visita” pelo posto policial, residência de funcionários sãos, garagem, pavilhão administrativo, portaria, centro de luz e telefones, correio, pavilhão dos suspeitos, pavilhão de expurgo, escola, prefeitura, farmácia, laboratório, pavilhões para leprosos solteiros, residências para leprosos casados, dormitórios para meninos, refeitório, cozinha, lavanderia, pavilhões para leprosos inválidos, pavilhão para leprosos enfermos com outras doenças, pavilhão para leprosos tuberculosos, delegacia de polícia, manicômio, pavilhão de diversões, biblioteca, oficinas, pavilhão de clínica, campos de esporte, banheiros coletivos, casas para funcionários leprosos, igreja, cemitério, forno crematório, zona estabular, plantações frutíferas (COLONIA ..., 1937, p. 1, 7 e 11).

A descrição dos serviços e estruturas físicas e suas funcionalidades projetadas para manter os leprosos segregados por tempo indeterminado e naturaliza o ambiente sugerindo que os doentes estariam muito bem hospedados e assistidos em todas as suas necessidades clínicas e sociais. Com intuito de aproximar nosso leitor desse conteúdo, trazemos aqui trechos de algumas das descrições.

Um dos serviços se refere ao *pavilhão para leprosos inválidos* em que “[...] Os seus hospedes serão objeto do carinho e do tratamento constante de enfermeiros que, naturalmente, lhes procurarão minorar os sofrimentos [...]” (COLONIA..., 1937, p. 7). Quanto ao *refeitório*, conforme estampa a Figura 19,

[...] O observador não tem sob a vista mesas extensas e tão ao agrado dos refeitórios de quartéis e alojamentos de muita gente. Na Colonia de Itanhenga, as mezas são para pequenos grupos. A sala é bastante ampla e o prédio cercado por duas grandes varandas que permitem entrada de luz em abundancia para o refeitório. Vinte mezas de seis cadeiras cada uma, são distribuídas pelo vasto compartimento, proporcionando aos internos, como os quartos a que nos referimos atraz, um ambiente de lar. (COLONIA..., 1937, p. 7).

Figura 19 – Refeitório da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo em 1937



Fonte: SOUZA-ARAÚJO (1937).

Também se previu a *Prefeitura de Itanhenga*, pois “Como todo núcleo de cidadãos, Itanhenga terá o seu prefeito. A escolha será feita pelos próprios segregados, devendo recair sobre um dos seus. [...]” (COLONIA..., 1937, p. 7). Por fim, os *pavilhões para leprosos solteiros*.

[...] Ao penetrarmos em um deles não é uma fila de camas que se nos apresenta aos olhos. Ao contrário. Um corredor divide duas series de quartos espaçosos e arejados. Em cada quarto ficarão duas pessoas. As camas dispostas, assim o indicam. Um guarda roupa para cada quarto facilitará aos internos logar para guardarem o que lhes pertence. Instalações sanitárias as mais modernas, confortáveis, limpas, escarradeiras de pedal, bebedouros higiênicos completam a comodidade desses pavilhões. Nada neles, não é demais repetir, lembra um hospital. Lembra quartos particulares, cuidados e limpos” (COLONIA ..., 1937, p. 7).

Dessa forma, por entregar ao Espírito Santo um estabelecimento com essas qualidades, João Punaro Bley recebeu as felicitações pela “[...] inauguração do LEPROZARIO DE ITANHENGA, a obra-padrão, a realização que sua majestade e beleza representa um

verdadeiro monumento Á DOR.” (NOVAES, 1937, p. 8). Portanto, a colônia, um dispositivo da saúde pública para responder a um problema sanitário, que receberia pessoas aflitas com o mal da lepra, é exaltada por representar o sofrimento e a angústia do outro, num sinal que pouco ou quase nada poderia ali ser feito em prol dos internos. Era o enaltecimento da dor e não da esperança.

Notamos ainda que a satisfação relacionada à conclusão e à entrega do estabelecimento assistencial vinculou-se à expectativa de desenvolvimento de uma prática sanitária que, ao fim, protegeria as pessoas sãs, indicando ser esse o entendimento sobre a aplicabilidade do recolhimento dos leprosos na colônia e não necessariamente a oferta de algum tratamento da enfermidade para alívio ou esperança do doente.

A segregação de leprosos do seio da sociedade, reuni-los num nucleo apropriado, amparar suas familias é garantir a saude da população inteira do Estado, que atualmente está ameaçada da facil contaminação do mal de Hansen (SERÁ ..., 1937, p. 1).

Nesse sentido, compreendemos que a abertura da colônia de Itanhenga, recebida com grande entusiasmo pela sociedade, significou retirar de circulação pessoas contaminadas, corpos transmissores da terrível doença e, portanto, perigosos para a saúde pública. Assim, comemoraram-se a segregação e o banimento dos doentes do convívio social e familiar, sem perspectiva de retorno ao seu meio, mas em espaço inseguro do ponto de vista terapêutico. De certa maneira, uma reprise contemporânea dos funerais em vida.

Quanto às autoridades políticas, os discursos de Punaro Bley e Gustavo Capanema enaltecem a obra e seu significado, seja para o estado, seja para a campanha nacional. Orgulhoso do feito de sua administração, Bley enfatiza as ações de profilaxia da doença após 1930, quando assumiu a interventoria do Estado. Comungava da concepção que naturaliza o espaço da colônia como um refúgio acolhedor e piedoso do doente diante da experiência angustiante e desesperançosa da lepra. Nesse sentido, para o interventor, a colônia era um ambiente “[...] hospitaleiro em que se vão abrigar essas criaturas, de cujos corações angustiados se esvaneceram todos os sonhos de alegria e esperança [...]” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 581).

A evolução dos casos catalogados da doença e a informação de que em 31 de outubro de 1936 havia 675 leprosos registrados no Espírito Santo, incluindo 39 casos suspeitos, o fizeram concluir que era evidente o perigo do contágio a que se expunha a população, estando aí a razão dos seus esforços para a construção do leprosário, para “[...] abrigo e tratamento dos infelizes,

que a morphéa implacável sella, com seu estigma execrando” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 582).

Adiante, dá detalhes da colônia, cuja superfície abrangia 1.000 hectares de terras, possuindo 65 pavilhões, 13 dos quais inaugurados em maio de 1935. Ao final, o custo de todo empreendimento foi de 2.500 contos de réis, dos quais aproximadamente 1.500 contos vieram dos cofres do governo estadual, 790 oriundos da União e o restante das contribuições da Prefeitura Municipal de Vitória e do Departamento Nacional do Café (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 583).

Todo esse investimento resultou na obra que poderia receber 350 leprosos e em breve receberia não só os doentes contagiantes, mas os não contagiantes que, com alguma deformidade provocada pela doença, estivessem impossibilitados de prover sua subsistência. Sendo assim, Punaro Bley já anunciava a ampliação da colônia em mais 14 prédios para casados e um pavilhão especial para doenças intercorrentes. Além da ampliação, anunciava também o projeto de amparar os filhos dos leprosos isolados com a construção da granja e preventório. Concluiu seu pronunciamento reafirmando uma postura bondosa do poder público diante do desalento do indivíduo doente “[...] em nome dos infelizes, que se vão abrigar nestes pavilhões, transmito-lhe o eterno reconhecimento de suas almas torturadas, sobre as quaes cahiu o balsamo refrigerante da bondade e da comiserção christãs de V.Exa [...]” (SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 583, 585).

Na fase inicial de seu discurso, Capanema também tocou nas mudanças de postura governamental diante do problema da lepra após 1930, afirmando que, em período anterior, apesar da grave e intensa disseminação da doença no país e da ação de pessoas com boa vontade, a lepra não era tratada com eficiência. Assegurou o ministro que “[...] foi com o advento da Revolução que se iniciou, em todo o país, combate seguro, completo sistemático contra a lepra. À Revolução devemos, sem dúvida, entre outros, este imenso benefício.” (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 318). A vinculação entre a Revolução de 1930 e a política de isolamento compulsório nos leprosários é esclarecida por Monteiro (2019, p. 382) quando afirma que a medida foi endossada pelo grupo médico que apoiou o movimento político e através dele pôde chegar aos espaços de poder.

Após discorrer longamente sobre o plano da campanha nacional contra a doença, adotado pelo governo Vargas, e sobre os vários dispositivos instalados nas unidades federativas, Capanema

relatou os investimentos feitos na Colônia de Itanhenga e afirmou que a organização do serviço de combate à lepra no Espírito Santo era um modelo em todos os aspectos, sendo a Colônia de Itanhenga “[...] resultado de uma ação governamental esclarecida e devotada, e ainda um sinal do radiante espírito que inflamou a Revolução” (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 322).

Compreendemos que a insistente referência à colônia como um dos benefícios da Revolução é uma menção ao que a colônia poderia significar e resultar para a sociedade, ou seja, o isolamento obrigatório, o controle e o confinamento de corpos doentes e improdutivos, produzido em benefício da coletividade, cuja realização foi possível sob a tutela do Estado forte e centralizador. No entanto, a medida integrava um contexto político maior do Estado varguista, cuja política de saúde pública estava “[...] fortemente associada ao ideário de construção da nacionalidade por meio de um Estado forte e autoritário” (HOCHMAN, 2005, p. 139). Nesse sentido, a consolidação do isolamento compulsório ocorreu num contexto receptivo à sua implementação, encontrando ambiente propício e estruturas adequadas no estado e consentimento social observado na expressão de ideias veiculadas.

## 5.5 O INGRESSO E A PERMANÊNCIA DOS DOENTES NA COLÔNIA

O ingresso dos pacientes na colônia se deu imediatamente a sua instalação, uma vez que o censo e o fichamento dos doentes pelo serviço de profilaxia tornaram os doentes conhecidos e localizáveis pelas autoridades sanitárias. Conforme afirmou Pedro Fontes, o trabalho prévio do recenseamento facilitou o recolhimento dos doentes fichados, pois eles tinham conhecimento da enfermidade e sabiam que o isolamento era necessário, além de estarem familiarizados com os médicos do serviço de profilaxia e esperarem a possibilidade de cura. Nesse sentido, o médico informou que os doentes não fizeram oposição ao recolhimento e que até aquele momento não havia utilizado apoio policial para o recolhimento dos indivíduos doentes (FONTES *apud* SOUZA-ARAÚJO, 1937, p. 600). Assim, o seu relato nos apresenta um doente passivo diante do recolhimento e indica que o uso da força policial era um recurso de que se lançaria mão, porém, com relação à postura do doente, isso nem sempre se confirmou, conforme poderemos ver mais adiante a partir dos depoimentos dos ex-internos da colônia.

Após aberta ao recebimento dos doentes, a colônia internou 230 pessoas entre maio e outubro de 1937, conforme relato de Souza-Araujo (1937, p. 600) e segundo informações disponíveis pela administração do atual Hospital Pedro Fontes (HPF), nos três primeiros anos, 467 doentes

deram entrada na colônia. Entre 1940 e 1949, a unidade recebeu 521 leprosos (Tabela 3)<sup>99</sup> e, considerando tais registros percebemos que os anos iniciais da colônia tiveram proporcionalmente maior fluxo de entrada de pacientes, podendo indicar que nessa primeira fase foram absorvidos um contingente silencioso de doentes descobertos pelas atividades do censo, fichados antes da abertura do serviço. Para os anos seguintes o ingresso seguiu num ritmo constante, mesmo após 1962 quando o país institui normas de profilaxia que abolem o isolamento.

Tabela 3 – - Número de pacientes no segundo período de ingresso na Colônia de Itanhenga: 1937-1999

<b>PERÍODO</b>	<b>REGISTROS</b>
<b>1937 - 1939</b>	467
<b>1940 - 1949</b>	521
<b>1950 - 1959</b>	515
<b>1960 -1969</b>	465
<b>1970 - 1979</b>	531
<b>1980 - 1989</b>	408
<b>1990 - 1999</b>	179

Fonte: Arquivos do Hospital Pedro Fontes.

Nota: Elaboração da autora (2020).

Quanto ao quantitativo de doentes mantidos internados sob isolamento compulsório, a estatística do SNL apontava respectivamente para os anos 1942 e 1943 a presença de 369 e 388 internos (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 1889). Para o ano de 1946, a administração da colônia registrou em relatório remetido ao Serviço de Profilaxia da Lepra a existência de 388 doentes isolados. O relatório trazia informações sobre o perfil dos doentes e, segundo informou Dr. Jair Lima, diretor da colônia, a maioria dos doentes internos era composta de homens (252) e pessoas brancas (254). Com relação à faixa etária, 6 eram menores de 10 anos, 34 tinham entre 11 e 20 anos, predominando, portanto, os grupos de adultos e idosos: 21 a 40 anos (179), 41 a 50 (96) e os acima de 50 (73). Quanto às profissões, os lavradores (222) e domésticas (129) eram as mais expressivas numericamente (COLÔNIA DE ITANHENGA, 1946).

Dois anos depois, em 1948, o Serviço de Profilaxia da Lepra contabilizou o isolamento de 395 doentes na colônia e outros 556 casos estavam sob controle nos dispensários, portanto, fora do leprosário (SERVIÇO DE LEPROSA, 1948, [s.p.]<sup>100</sup>). Um ano depois, em 31 de dezembro de

<sup>99</sup> Os dados foram extraídos de arquivo em Excel que integra o acervo das documentações digitais administrativas do Hospital Pedro Fontes, antiga Colônia de Itanhenga. O arquivo foi cedido pela direção em 2 de junho de 2015, ainda durante a fase de elaboração do projeto de pesquisa. No referido arquivo, estão registrados nominalmente os internos do antigo leprosário que ingressaram entre os anos 1937 e 2001.

<sup>100</sup> A abreviatura [s.p.] significa “sem número de página”. Os relatórios do Serviço de Lepra do Espírito Santo de 1948, 1949 e 1950 não apresentam numeração em suas páginas, por isso optamos por usar a abreviatura com o devido esclarecimento.



1949, registrou-se a existência 407 pessoas isoladas compulsoriamente na colônia e a maioria permanecia composta por homens<sup>101</sup>. Diante desse número de internos, consta do relatório que a colônia estava superlotada<sup>102</sup>: [...] Apesar das medidas tomadas para compensar o excesso de lotação, o número de doentes tem permanecido acima do da lotação.” (SERVIÇO DE LEPROSA, 1949, [s.p.]).

O critério para recolhimento dos adoentados para a colônia, conforme descrito no relatório, pode explicar o excesso de doentes, uma vez que não só os casos contagiantes eram levados para a colônia.

Pelos recolhimentos de doentes contagiantes e de alguns não contagiantes cujas condições físicas e de mau aspecto as quais os tornam incompatíveis com os meios de que se cercam, presumimos [sic] que a totalidade de contagiantes de lepra do Estado está em Itanhenga [...] (SERVIÇO DE LEPROSA, 1949, [s.p.]).

No aspecto assistencial, segundo o relatório da Colônia de Itanhenga (1946), os serviços oferecidos englobavam os atendimentos prestados por médicos dermatologistas, farmácia, laboratório e por enfermeiros, estes também doentes. O documento aponta queda de serviços quando compara a quantidade de procedimentos realizados em 1946 com o ano anterior e cita que as consultas médicas caíram de 7.718 para 5.364 e os exames dermatológicos foram de 2.143 para 1.462. A queda foi observada em outros serviços não especificados no documento e, além da diminuição em procedimentos assistenciais, o relatório informou que houve menor assiduidade dos doentes “ao tratamento” (COLÔNIA DE ITANHENGA, 1946).

O documento sugere que estava havendo o abandono de tratamento por parte daqueles doentes cujas possibilidades de serem tratados eram remotas e, diante dessa situação, seria importante alguma medida que pudesse trazer de volta esses enfermos: “[...] Vamos empreender esforços para ver se conseguiremos que os doentes, alguns já desiludidos de tratamento, voltem a tratar-se” (COLÔNIA DE ITANHENGA, 1946).

---

<sup>101</sup> No mesmo relatório, figura o número de 405 internos. A opção pelo número apresentado no texto (407) nos pareceu mais apropriado pois há detalhes de sua composição quanto a sexo e idade (252 homens e 155 mulheres; 20 menores e 387 adultos) e por isso nos pareceu ser mais fiel à realidade.

<sup>102</sup> Os estudos orçamentários para prosseguimento da construção e instalação de leprosários e preventórios apontavam que Itanhenga estava com a capacidade excedida em 1939, razão pela qual justificava sua ampliação em mais 57 leitos, além dos 32 daquele exercício (1940). O plano proposto contemplava a construção de 4 grupos de casas geminadas para casais e 2 grupos para funcionários, 1 pavilhão especial para 25 crianças doentes e a ampliação da rede de abastecimento de água (AGC/FGV CPDOC, GC h 1935.09.02, f. 686)

O relatório, que aponta deficiência da assistência prestada, destacando a queda na oferta de procedimentos e a baixa assiduidade dos doentes, não contribuiu para esclarecer os motivos, assim como não deixa claro se houve situação de caráter administrativo que fez diminuir a oferta dos serviços assistenciais, como a ausência de profissionais ou de insumos. Com relação à assiduidade dos pacientes, não esclarece como doentes confinados na colônia conseguiam brechas para burlarem as normas e se ausentarem dos exames e consultas, bem como quais as providências adotadas para o caso de ausência dos doentes. Por outro lado, a conclusão de haver pacientes “desiludidos de tratamento”, sugerindo que para alguns a terapêutica aplicada não traria benefícios, pode compor um possível elenco de explicações para a baixa assiduidade (COLÔNIA DE ITANHENGA, 1946).

Como medicamento utilizado, o relatório de 1946 mostra a aplicação das injeções *chaulmoogricas*. A medicação também aparece em 1948, mas, para esse período, os registros incluem a utilização do Promin, uma droga do tipo sulfônico. Segundo conclusões do V Congresso Internacional de Lepra de 1948, tais drogas satisfaziam a critérios mínimos de terapia, levando a conclusão de que naquele momento as sulfonas<sup>103</sup> constituiriam os medicamentos de eleição para o tratamento da lepra. Os medicamentos sulfônicos em uso seriam o Promim (Promanida), a Dasona (Diamidine) e o Sulphetrone<sup>104</sup> (CONCLUSÕES..., 1948, p. 235).

O emprego das sulfonas marcaria uma nova fase na terapêutica da lepra, pois, conforme Manini (2019, p. 52), ainda que muitos pesquisadores se negassem a admitir, sua eficácia passou a ser verificada, implicando o aumento do número de altas e a discussão sobre o fim do isolamento em congressos internacionais: “[...] por acabar com a contagiosidade do doente logo no início do tratamento, a sulfona revolucionou os quadros medicamentosos e impôs uma nova realidade para a profilaxia baseada no isolamento dos doentes entre os muros do leprosário; [...]” (CUNHA, 2005, p. 113). Assim, deixando de contaminar as pessoas próximas na fase inicial

---

<sup>103</sup> O poder terapêutico das sulfonas foi testado no início da década de 1940 pelo médico norte-americano Guy Faget, através de experiências desenvolvidas no Leprosário de Carville, em Louisiana, EUA (CARVALHO, 2015, p. 542; MACIEL, 2007, p. 219). No entanto, o efeito terapêutico foi apresentado por Faget em 1943 afirmando que as sulfonas deveriam ser consideradas o melhor tratamento para lepra naquele momento. No Brasil, o tratamento foi iniciado pelo médico Lauro de Souza Lima no Sanatório Padre Bento (São Paulo) em 1945, com o Promin e com a Dasona (OLIVEIRA, 2012, p. 24).

<sup>104</sup> Conforme Opromolla (1997, p. 345), o uso do óleo de *chamlmoogra*, apesar de ter sido empregado por longo período no tratamento da lepra, tinha ação discutível, uma vez que os casos em que seu emprego parecia ter alguma atividade eram situações que costumam retroceder de forma espontânea. Após a primeira sulfona ser utilizada, o Promin, vieram outras sulfonas ativas, derivadas igualmente de um composto “mãe”, a Diamino-Difenilsulfona. Tempos depois, verificou-se que a atuação de fato devia-se ao tal composto.

do tratamento, a segregação do enfermo não seria necessária e, como afirma a autora, instalou-se um “[...] um processo de questionamentos — que durou mais de vinte anos — do modelo de isolamento compulsório dos doentes de lepra [...]” (CUNHA, 2005, p. 113).

Dessa maneira, entre 1946 e 1949, notamos que em Itanhenga o uso da chaulmoogra perdeu sua intensidade, enquanto a administração dos medicamentos sulfônicos ganharam espaço para o tratamento dos doentes (Tabela 04), trazendo entusiasmo com o emprego dessas drogas, conforme descrito em dois momentos do relatório de 1949.

Obtivemos este ano 50.000 comprimidos de Diazone, 20.000 de Diaminoxil [...] e para o próximo ano, além desses e do Promin, vamos contar também com Diamidim, cujo estoque já se acha na farmácia, pronto para entrar em ação. A medicação sulfônica, não se pode negar, tem dado bons resultados.

[...]

Em novembro começamos a empregar em alguns doentes o Diaminoxil, medicação de grande reclame e que está despertando muita esperança de cura nos doentes. O tempo curto de experimentação não permite por enquanto dizer-se algo sobre sua eficiência. Quanto a Diazone e Promin, já temos tido observações de sóbra sobre melhoras clínicas e baciloscópicas constatadas em um certo número de doentes (SERVIÇO DE LEPRAS, 1949, [s.p.]).

Tabela 4 – Emprego de medicamentos para tratamento da lepra na Colônia de Itanhenga/ES entre 1946 e 1949

	1946	1948	1949
Chaulmoogra*	32.242	16.075	1.416
Promin*	....	4.082	2.575
Diazone**	...	...	47.370
Diaminoxil**	...	...	2.340

(\*) informações em centímetros cúbicos aplicados; (\*\*) comprimidos; (...) sem registro.  
Fontes: Colônia de Itanhenga (1946); Serviço de Lepra (1948, 1949).

Nesse sentido, os resultados positivos com a aplicação das sulfonas abririam a possibilidade real de altas, conduta até então relativizada pelo serviço, que alegava dificuldades de diferentes ordens em procedê-las. Em 1950, nenhuma alta<sup>105</sup> foi dada, sob alegação de dificuldades no laboratório que prejudicaram a realização dos exames de sangue necessários ao controle dos pacientes que utilizavam as sulfonas<sup>106</sup>:

<sup>105</sup> Encontramos informações de que anualmente entre 20 e 27 pacientes teriam deixado a colônia para ficarem sob vigilância dos dispensários no quadriênio (1946-1949): os relatórios de 1946 e 1949 informam 27 altas em cada período e o relatório de 1950 traz o registro de que em 1947 e 1948 foram concedidas 20 e 23 altas a internados, respectivamente. Por outro lado, o relatório da colônia de 1946 também aponta reinternação de 10 casos que haviam recebido alta.

<sup>106</sup> Conforme esclarece o Relatório de 1950, a documentação e procedimentos necessários para concessão de altas eram previstos pela Lei nº 1.45, de 2 de janeiro de 1950, e sua regulamentação pelo SNL em Portaria nº 11, de 8 de março de 1950 (SERVIÇO DE LEPRAS, 1950).

[...] falta de funcionários com eficiência no laboratório, tem prejudicado a boa marcha dos serviços lá, para o preparo de doentes para as altas. Em 1950, sob diversos protestos, ora uma cousa, ora outra, não conseguimos que o laboratório fizesse uma única contagem de glóbulos de sangue dos doentes, tão necessária e tão reclamada no controle dos que estão sob tratamento pelas sulfonas (SERVIÇO DE LEPROSA, 1950, [s.p.]).

Conforme o relatório, tais dificuldades administrativas e assistenciais eram os motivos pelos quais não foi possível apresentar candidatos à alta em 1950: “[...] Não pudemos preparar a documentação dos exames laboratoriais como exige a lei 1.045 de 2/1/1950 e sua regulamentação pelo SNL em Portaria nº 11, de 8 de março de 1950.” (SERVIÇO DE LEPROSA, 1950, [s.p.]). Naquele ano, havia entrado em vigor a normativa legal para concessão das altas, prevendo que, em cada unidade federada, os candidatos propostos para a alta e a transferência para dispensário deveriam ser submetidos a exames por uma comissão de três leprologos: dois designados pela autoridade sanitária competente e um que presidiria a comissão, indicado pelo diretor do SNL (BRASIL, 1950).

Ao mesmo tempo que o relatório faz um balanço dos acontecimentos passados em 1950, o documento parece considerar expectativas positivas com relação à concessão das altas em momento futuro próximo. O relatório sugere que conceder altas estaria relacionado ao bom desempenho da assistência prestada, de maneira que acompanhavam em jornais ou rádios “[...] notícias alviçareiras de altas aos doentes de lepra internados em outros leprosários do País.]” (SERVIÇO DE LEPROSA, 1950, [s.p.]). Nesse sentido, a Colônia de Itanhenga também pretendia protagonizar tais notícias e assim vinha “[...] preparando alguns doentes para serem examinados este ano em Julho e Outubro pela comissão de altas designada pelo diretor do S.N.L [...]” (SERVIÇO DE LEPROSA, 1950, [s.p.]).

Ainda que a evolução dos pacientes permitisse e diversos deles estivessem aptos a deixarem Itanhenga, recebendo alta e transferência para tratamento em dispensário, o processo encontrava óbices, entre os quais a possibilidade de rompimento de relações familiares constituídas na colônia, a dificuldade para retomar atividades como trabalho e o preconceito ainda presente na sociedade.

[...] Temos diversos doentes internados em condições de receberem alta hospitalar e transferência para tratamento em dispensário mas sempre surge um obstáculo a saída deles de leprosários: ora, si casados lá, não pode sair e deixar o outro conjugue, ora é indivíduo já deshabitado ao trabalho e não se aguenta cá fora e o primordial fator é a repulsa da sociedade, invocando preconceitos lendários e milenários que já não devem existir mais hoje, a respeito da contagiosidade da lepra que os obriga a recolherem-se novamente ao leprosário, quando cá fóra, tentam sua reabilitação á vida de sociedade” (SERVIÇO DE LEPROSA, 1950, [s. p.]).

Nos anos seguintes, uma correspondência expedida<sup>107</sup> pelo Diretor do Serviço de Lepra, Dr. Moacyr Henriques de Mendonça, destinada ao Dr. Carlos L.V. Schilgen, Diretor do Departamento Estadual de Saúde, demonstrava insatisfação com a evolução das altas consentidas responsabilizando a assistência médica pelo baixo desempenho. Segundo Mendonça (1959) “[...] em 1955 foram dadas 44 altas; em 1956 apenas 22; em 1957 a insignificância de 13 altas; e em 1958: 0. Os números falam por si, e testemunham de modo claro e irrefutável a falta de assistência médica” (MENDONÇA, [1959?]).

O documento, ao expor preocupações com a qualidade do serviço assistencial prestado aos internos, bem como à organização e estrutura da colônia, o faz em tom de crítica à gestão antecessora que estava à frente do executivo estadual e da direção da colônia. Nesse sentido, demonstra tratar-se de um período de transição política em que as críticas são frequentes. Contudo, traz algumas observações que estavam presentes em documentos anteriores, como a descontinuidade na coleta de material para exames e o tratamento irregular e mal controlado dos doentes.

Apesar de abordar a necessidade de investimentos para as reformas do espaço físico, como a conservação dos 73 prédios, das instalações hidráulicas e sanitárias, a reforma da padaria, montagem do frigorífico e do curral, dando o sentido de manutenção da colônia e seu melhoramento, o documento reconhece que a prática do isolamento em leprosário estaria inadequada e precisaria de atualização à luz das modernas orientações.

O Regulamento de Profilaxia da Lepra do Estado do Espírito Santo data de 25/12/1935, está antiquado, pois preconiza como medida primordial na profilaxia da lepra o isolamento do doente em leprosário (grifo do autor), fato este que não coincide com as modernas aquisições em Leprologia [...] (MENDONÇA, [1959?]).

Assim, para respaldar suas afirmações, o Dr. Moacyr Henriques de Mendonça, Diretor do Serviço de Lepra, reproduz na correspondência as conclusões do Seminário sobre Profilaxia da Lepra ocorrido em 1958 na cidade de Belo Horizonte, sob coordenação da Repartição Sanitária Pan Americana.

---

<sup>107</sup> Consideramos 1959 o ano provável dessa correspondência pelas seguintes evidências: em vários momentos cita estatísticas, sendo 1958 último ano da série; apresenta visitas à colônia durante o primeiro semestre de 1959 e faz crítica à realização de exames que teria ocorrido pela última vez em outubro de 1958. Além dessas evidências, menciona que as verbas estaduais para o Serviço de Profilaxia da Lepra sofreram queda nos três últimos anos [...] chegando ao ponto de 1959 ter a sua verba diminuída em CR\$ 300.000.00 (trezentos mil cruzeiros) [...]” (MENDONÇA, [1959?]).

É opinião do Seminário que a determinação legal do isolamento compulsório em estabelecimentos especiais, leprosários acarreta sérios inconvenientes que prejudicam a execução das medidas essenciais à profilaxia. Dentre elas soblevam:

- a) ocultamento de grande número de doentes, pelo temor do isolamento e consequente dificuldades no controle de seus comunicantes;
- b) o elevado ônus para o erário público, desviando-se sem proveito para a profilaxia, recursos financeiros que poderão ser melhor aplicados no desenvolvimento de métodos racionais e mais eficazes da luta contra a lepra;
- c) a desintegração e estigmatização da família, o que lhe torna mais difícil o reajustamento social;
- d) a discriminação injusta e deshumana de uma classe de enfêrmos, que passam a ser considerados marginais impossibilitando-lhes, a posterior reintegração na sociedade;
- e) a perpetuação de preconceitos populares.

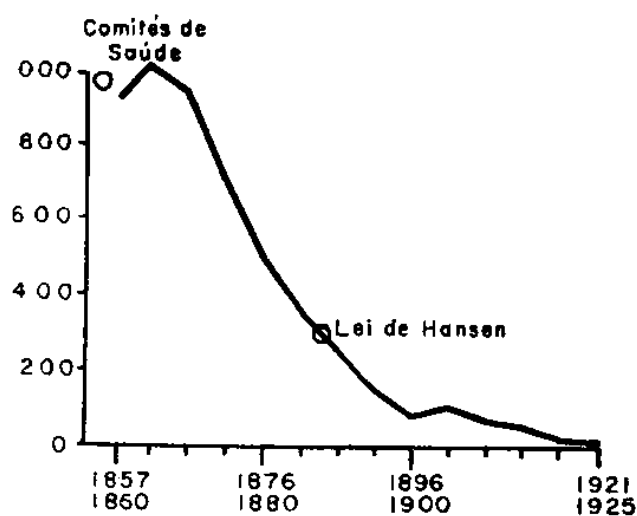
Recomenda, pois, o Seminário, a ABOLICÃO DO ISOLAMENTO OBRIGATÓRIO, e sua substituição, pelo controle efetivo dos focos, logrado através do tratamento de todos os doentes e da vigilância de todos os seus comunicantes.

A internação em hospitais especializados ficará restrita aos casos para os quais houver indicação médica ou social especiais (MENDONÇA, [1959?]).

Anos depois, tais conclusões também foram mencionadas pelo Dr. Abraão Rotberg, em artigo intitulado *Bases da Moderna profilaxia da lepra: plano recomendado para o estado de São Paulo*, publicada na Revista Brasileira de Leprologia em 1967. Rotberg evolui em seu trabalho a partir da premissa exposta ao iniciar o artigo: “A legislação e os programas de profilaxia das doenças transmissíveis modificam-se, obviamente, à medida que surgem novos conhecimentos básicos e se descartam concepções falsas ou obsoletas.” (ROTBURG, 1967, p. 3). Entre os conhecimentos ultrapassados, indicou: “[...] A técnica de isolar da comunidade, em estabelecimentos especiais, doentes de lepra contagiantes, com a finalidade de diminuir a incidência de casos novos da doença [...]” (ROTBURG, 1967, p. 4). Seus argumentos tratam de que a prática foi uma interpretação errônea da experiência norueguesa, uma vez que, quando a lei do isolamento de Hansen passou a vigorar (1885), a endemia já estava em declínio em virtude das medidas educativas de higiene instruídas pelos Comitês de Saúde. Para ilustrar seu raciocínio, Rotberg apresenta graficamente a curva da endemia em declínio na Noruega e o momento de aplicação de duas intervenções: Comitê de Saúde/medidas de higiene e Lei de Hansen/isolamento (Figura 20).

Figura 20 – Declínio da hanseníase na Noruega

## GRÁFICO I



I — Declínio da hanseníase na Noruega.

Fonte: Rotberg (1967).

Conforme afirma, tal equívoco de interpretação foi uma tragédia, pois causou desintegração familiar, estigmatização social, enfim, uma série de violências, além das vultosas somas empregadas. Tudo isso ocorreu sem a menor influência do isolamento como medida profilática para reduzir significativamente a incidência da enfermidade (ROTBERG, 1967, p. 5).

Nesse sentido, Mendonça justifica, em correspondência de 1959, a necessidade de atualização do regulamento sobre a profilaxia da doença no ES, afirmando ser

[...] preciso que o Hanseniano seja visto como um doente comum, que não se tenha prevenção contra ele e seus familiares, permitindo-se o seu tratamento nos postos de higiene, o seu tratamento domiciliar, desde que as medidas médico-sanitárias sejam resguardadas [...] (MENDONÇA, [1959?]).

Ao tomar tal atitude, o Diretor não só demonstra acompanhar e afirmar as orientações sobre a doença no período, mas também se aproxima do conjunto de vozes que admitiam os sinais da decadência do isolamento compulsório como prática sanitária e das fragilidades das instituições que a operavam. Tais sinais aparecem na experiência da Colônia de Itanhenga por meio da documentação disponível e a correspondência de 1959 sugere um momento de transição onde o gestor manifesta a necessidade de zelar pela instituição, mas também discute o fim do isolamento obrigatório, caminho que será trilhado a partir da década de 1960.

## 5.6 O ISOLAMENTO COMPULSÓRIO DEIXA DE SER OPÇÃO PROFILÁTICA: O PROCESSO NACIONAL E REFLEXOS NO ESPÍRITO SANTO

Ao final de década de 1950, os resultados positivos do tratamento com as sulfonas para a cura dos doentes já tinha se firmado e sustentava o rompimento do isolamento compulsório. Oficialmente a primeira medida que suprimiu o isolamento compulsório como ação profilática da lepra ocorreu no início da década de 1960, após a experiência com a campanha nacional lançada na segunda metade dos anos 1950 que, segundo Maciel (2007, p. 264) enfatizava a integração de atividades de controle da doença em unidades gerais de saúde, com foco na assistência ambulatorial e vigilância epidemiológica.

Implantada experimentalmente no Rio de Janeiro em 1954 e oficialmente em todo país em 1959<sup>108</sup>, a Campanha Nacional contra a Lepra (CNCL) tinha como objetivos principais modificar a estratégia de controle da doença e assim abolir o isolamento em leprosários. A iniciativa, organizada e supervisionada pelo SNL, apresentava diretrizes que se sustentavam em novas orientações para o enfrentamento da doença, como aquelas apresentadas em fórum internacional em 1958 (MACIEL, 2007, p. 255-256).

O VII Congresso Internacional de Lepra, realizado no Japão, em 1958, ratificou a eficácia do tratamento da lepra com o uso das sulfonas e firmou recomendações a exemplo do diagnóstico e do tratamento precoces como condição para o controle da doença, o alcance e o tratamento de pacientes bacteriologicamente positivos e aqueles que mais provavelmente poderiam se tornar positivos, bem como a abolição do isolamento compulsório. Sendo assim, o leprosário poderia desempenhar papel no controle da doença, recebendo para tratamento aqueles pacientes em reação<sup>109</sup> e os infectantes admitidos voluntariamente, atuando ainda como centro de pesquisa, formação profissional e centro de cirurgia especializada. Havia, portanto, um contexto que acenava para mudanças no controle da doença.

---

<sup>108</sup> Por apresentar avaliação positiva, a CNCL foi ampliada para outras unidades da federação entre 1956 e 1958 e expandida para todo país no ano seguinte, quando foi instituída pela Lei nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959. Suas bases, conforme previstas no art. 2º, estariam em ações preventivas visando a profilaxia, ensino, pesquisa, propaganda e educação sanitária e ação social. No entanto, em função de alguns fatores, como questões políticas decorrentes do término do governo de Juscelino Kubitschek, em 1961, a campanha durou oficialmente por apenas dois anos (MACIEL, 2007, p. 274).

<sup>109</sup> Conforme Manini (2019, p. 55), o termo “reação” é empregado para caracterizar o surgimento de sinais e sintomas de inflamações nos pacientes e se constituem em episódios agudos que ocorrem antes, durante e após o diagnóstico e o tratamento da doença. Ela é responsável por grande parte das deformidades físicas e pode permanecer se apresentando mesmo após a alta terapêutica.



A partir do trabalho levado a cabo no Rio de Janeiro, Orestes Diniz (1958, p. 144), em conferência realizada na Sessão Solene da Sociedade Paulista de Leprologia, descreve a execução da campanha nacional, cuja estrutura de funcionamento se dava com a associação entre leprologistas e médico sanitaria ou clínico geral. Havia ainda um segundo grupo, formado pelo dermatologista do centro de saúde, o sanitaria do posto de higiene ou médico de institutos de previdência. O princípio da campanha seria ampliar o diagnóstico precoce da doença, o tratamento profilático de todos os casos infectantes e a aplicação de recursos para elevar a resistência daqueles que se expuseram ao contágio. A premissa adotada era de que o controle da lepra deveria ficar a cargo de organizações médico-sanitárias não especializadas, de âmbito local.

Quanto aos resultados, a campanha ampliou o número de diagnósticos precoces, o alcance do tratamento profilático para todos os casos infectantes e a elevação da resistência dos comunicantes com administração de BCG e realização de testes de Mitsuda<sup>110</sup> (MACIEL, 2007, p. 275). A campanha, no entanto, sofreu em 1961 restrições orçamentárias que comprometeram sua continuidade e, a partir de 1962, as ações de combate à lepra não tiveram o prosseguimento esperado pelos leprologistas, ainda que, conforme defende a autora, o SNL tenha buscado cumprir um plano de trabalho mantendo as ações propostas pela CNCL. Nesse sentido, avalia que a campanha contribuiu para tornar o tratamento possível fora dos leprosários e refletiu em mudanças na legislação com aprovação do decreto que oficializou a ruptura do modelo de internação (MACIEL, 2007, p. 277, 281).

A partir da eficácia das sulfonas, a legislação que versava sobre o combate à lepra deveria sofrer reformulações e, nesse sentido, o Dr. J. M. Barros (1962, p. 85-6) aponta para divergências entre tais orientações e as normas legais brasileiras sobre o controle da lepra. No período, estavam em vigor a Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, que exigia o isolamento obrigatório de todos os doentes de lepra lepromatosa, e a Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950, que previa que para receber alta hospitalar os pacientes isolados deveriam ser submetidos à aprovação de uma comissão formada por três leprólogos e que se reunia no máximo três vezes ao ano. Para Barros, esses dispositivos estavam desatualizados e precisavam de uma revisão urgente.

A publicação de J. M. Barros, realizada na Revista Brasileira de Leprologia, referente a julho setembro de 1962, foi veiculada após a instituição do Decreto nº 968, de 7 maio de 1962, que

---

<sup>110</sup> Teste de Mitsuda tem emprego na classificação e prognóstico da hanseníase, não tendo valor para o diagnóstico da doença. Constitui-se de injeção intradérmica com leitura da reação após 28 a 30 dias (ARAUJO, 2003).

baixava as Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País, dando a entender que Barros não reconhecia tal medida. O decreto, em art. 1º, inciso II, parágrafo único, previa que no combate à endemia seria “[...] 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” (BRASIL, 1962). A norma estabelecia que a profilaxia da lepra seria realizada mediante estudos e pesquisas, capacitação de pessoal, inquéritos epidemiológicos, busca de doentes, tratamento, educação sanitária, assistência social, limitação dos movimentos das fontes de contágio e vigilância sanitária. Não determinava, portanto, o isolamento compulsório dos doentes e desaconselhava o afastamento do indivíduo de seu contexto familiar e social.

Em contrapartida, segundo Maciel (2007, p. 283), o decreto não causou impacto nos escritos médicos que analisou, situação que atribuiu ao fato de um decreto ter menos mecanismos de persuasão. Lembra a autora que o isolamento havia sido instituído por força de lei, “[...] mas a sua quebra, sua ‘não recomendação’ foi estabelecida através de um decreto, inferior a uma lei.” (MACIEL, 2007, p. 283). Nesse sentido, a crítica do médico J. M. Barros, ao ser feita sob a vigência do decreto, pode ser exemplo do baixo impacto referido por Maciel, constituindo-se numa fragilidade da norma para operar suas determinações.

Na avaliação de Oliveira (2012, p. 115-6), o Decreto nº 968/1962 foi a primeira iniciativa oficial de proceder a longo prazo a extinção do isolamento, inclusive dos casos contagiantes, mas, conforme a autora, o que se viu foi o inverso, ou seja, a saída desses pacientes era impedida pelos estigmas da doença. Eles assim acabaram permanecendo nos hospitais, justificando a permanência dessas estruturas.

Mais adiante, em 1968, a edição da Lei nº 5.511 de 15 de outubro representou o ato final para o isolamento dos doentes, pois revogou definitivamente a norma que o instituiu (Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949) e a lei que regulamentava as altas dos doentes (Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950). Nesse sentido, a extinção do isolamento se deu por determinação de uma lei federal, ou seja, pela ação de um instrumento de mesmo nível daquele que o fazia obrigatório até então.

A abolição do isolamento compulsório no Espírito Santo foi analisada como um processo tímido por Dora Martins Cypreste e Alda Vieira, assistentes sociais que ingressaram no Hospital Pedro Fontes em 1982 e publicaram trabalho abordando a trajetória da Colônia de Itanhenga e

o processo de ressocialização dos doentes. Segundo as autoras, as ações com vistas a eliminar o isolamento tiveram pouquíssimo alcance em virtude da insegurança dos profissionais de saúde e ao enraizamento de “[...] conceitos e preconceitos muito antigos a seu respeito.” (CYPRESTE; VIEIRA, 2014, p. 64). Com a publicação da Portaria Ministerial nº 165, de 14 de maio de 1976, com novas normas para o controle da doença e ênfase no tratamento ambulatorial, na manutenção da unidade familiar e na integração social do doente, Cypreste e Vieira (2014, p. 66) afirmam que o governo estadual adotou as recomendações nacionais, orientando que o tratamento da doença ocorresse em serviços ambulatoriais, com objetivo de preservação do convívio social e familiar do paciente.

As assistentes sociais, no entanto, mencionam que, durante a década de 1970, o estado passou por uma fase de conflitos entre adeptos do tratamento ambulatorial e aqueles que insistiam nas internações dos doentes em Itanhenga. De tal forma que, na década seguinte, os pacientes continuaram sendo “[...] encaminhados através de médicos desavisados ou mesmo padres do interior [...]” (CYPRESTE; VIEIRA, 2014, p.65).

A reflexão de Ribeiro (2019, p. 93) sobre o processo de abolição do isolamento compulsório no Amazonas, quando trata da experiência com a desativação da Colônia Antônio Aleixo a partir de 1979, também refere resistências junto à classe médica. A autora observa ainda longo espaço de tempo decorrido entre a decisão estadual e as orientações internacionais e a norma federal.

De forma semelhante, o fluxo das internações ocorridas na Colônia de Itanhenga a partir da década de 1960 (Tabela 3)<sup>111</sup> mostra que, no Espírito Santo, a superação da prática médico-sanitária do isolamento compulsório dos doentes necessitou de um longo processo de transição. Nesse sentido, podemos pensar que seria necessário determinado tempo para a construção e o acolhimento de uma nova forma de perceber a doença e o doente, ou seja, uma mudança de paradigma estava em curso e ela não obedeceria prontamente aos atos oficiais. Não sendo suprimida imediatamente, a prática se manteve produzindo reflexos na vida daqueles que foram submetidos à segregação no espaço da Colônia de Itanhenga, pessoas que não deixaram aquele ambiente onde em vida foram colocados no campo do esquecimento social. Para elas, o

---

<sup>111</sup> Na referida tabela apresentada anteriormente, apresentamos os números de pacientes segundo o período de ingresso na colônia, sendo 465 registros entre 1960-1969; 531 entre 1970-1979; 408 entre 1980-1989 e 179 ingressos no período 1990-1999.

processo de isolamento trouxe experiências de abandono, mas também de resistência, superação e ressignificação.

## 5.7 LEPROSA E ISOLAMENTO COMPULSÓRIO SOB A PERSPECTIVA DE EX-INTERNOS DA COLÔNIA DE ITANHENGA

Neste tópico, vamos nos remeter a experiências de pessoas que, em virtude do diagnóstico de lepra e da submissão à internação compulsória na Colônia de Itanhenga, viveram à margem do convívio social, distantes da família e de seus projetos e sonhos<sup>112</sup>. A partir das memórias dos próprios sujeitos, buscamos compreender como o doente percebeu a doença e o isolamento compulsório em sua vida. Nesse sentido, tais percepções foram identificadas a partir dos conteúdos que tratam sobre a noção de lepra e de hanseníase; da vivência com a descoberta da doença e o ingresso na colônia; as abordagens sobre estigma e os relatos que apontam estratégias de superação.

Acreditamos que essas vozes nos fornecem uma escala diferenciada de observação da política de isolamento compulsório implantada no Espírito Santo e enriquece seu entendimento. Elas captaram e nos fornecem uma percepção histórica do objeto sob outra perspectiva e contribuem para a análise de uma intervenção pública em saúde, em que o sujeito precisa ser considerado como agente promotor de atitudes e habilidades que interferem a todo momento no desempenho da medida implantada, não ficando passivo diante dela. Quase sempre emudecidas, as vozes expressam recordações que ficaram aquietadas na memória, de onde podem migrar em algum momento. Isso foi o que buscamos fazer, trazer as percepções ainda vivas, guardadas no cantinho da memória ou deixadas no esquecimento, para assim compreender os significados da doença e do isolamento para quem viveu esses processos.

### 5.7.1 “Naquela época não era hanseníase, era lepra”

Uma das características na explicação sobre a lepra é sua referência a uma enfermidade incurável e de efeitos físicos e sociais cruéis. No entanto, em decorrência dessa vivência, notamos possíveis distinções entre a percepção sobre a enfermidade vivida no passado e a

---

<sup>112</sup> Por questões éticas, os depoentes serão identificados por nomes fictícios.

doença na atualidade sob a nomenclatura de hanseníase, de maneira que “lepra” e “hanseníase” podem denotar formas diferentes de adoecer e de significar a doença.

Josué relata ter ingressado no leprosário em 1964, aos 22 anos de idade, e recorda como se deu a descoberta da enfermidade e como o médico se referiu a ele. O médico, “[...] só falou que era uma doença perigosa, ruim, mas não falou que era ...hanse...naquele tempo era lepra, né.” (JOSUÉ, 2016). A distinção entre lepra e hanseníase que Josué parece perceber pode ser atribuída ao advento do tratamento eficaz e da cura da enfermidade, mas também sugere guardar associação com as representações da doença e do doente como algo pavoroso, assim como no depoimento de Heloísa, internada no leprosário em 1975, aos 23 anos, logo após ter sido mãe pela primeira e única vez. Ela relaciona a doença ao preconceito que sofreu e às penosas mudanças em sua vida, a exemplo do abandono do esposo e a separação de sua filha recém-nascida, fazendo uma ressalva de que

*[...] naquela época não era hanseníase, era lepra. Portanto, quando a gente saiu lá da colônia, a nossa patroa, que nós moramos 27 anos numa colônia só, a nossa patroa mandou derrubar a casa e queimar as casa da colônia [...]* (HELOÍSA, 2016).

Curi (2010) aponta uma distinção entre lepra e hanseníase, defendendo que não há equivalência entre ambas. Cada uma tem sua história, pois cada uma delas remonta a “[...] a momentos distintos e representam estilos de pensamento diferentes [...]” (CURI, 2010, p. 7). O autor conclui dizendo que o hanseniano atual não corresponde ao antigo leproso. Estar acometido pela lepra, e não pela hanseníase, significava, entre outras coisas, que o indivíduo seria rapidamente retirado de seu contexto para um lugar distante e, sem a certeza de cura e de retorno ao seu ambiente original, sofreria com uma série de preconceitos.

Essa dura marca da lepra é identificada em narrativas que tentam explicar a enfermidade e sua ocorrência, recuperando a vinculação da doença à Bíblia e suscitando assim o aspecto religioso que também se apresenta. Atribui-se à determinação divina o fato do surgimento da enfermidade ou o percurso que a vida tomou após sua descoberta. Dessa forma, o aspecto religioso pode ser compreendido como uma ferramenta que auxilia a dar sentido e explicações sobre os fenômenos vivenciados, os quais redefiniriam as vidas das pessoas doentes por completo.

Joelma soube da enfermidade ainda muito nova, “[...] muito criança, a gente só via falar na Bíblia né, que a minha mãe era muito religiosa né. Então a gente via falar que era uma coisa

terrível né, na época [...]” (JOELMA, 2016). A internação se deu em 1943, aos 10 anos, e em sua experiência o conhecimento da doença mediado pela Bíblia não lhe forneceu esclarecimentos sobre as características da enfermidade, mas lhe provocava o temor.

Com um entendimento semelhante, Samuel, que só despertou para a doença ao ingressar na colônia<sup>113</sup> aos 14 anos, conhecia “[...] lepra no termo pejorativo [...] porque a Bíblia relata o fato da lepra né, dos leprosos né, mesmo com uma idadezinha sabia que era uma coisa terrível.” (SAMUEL, 2017). Assim, compreender a lepra a partir das passagens bíblicas instalava perspectivas difíceis para o doente, pois as correlações poderiam vir em decorrência das características físicas degradantes, da representação do leproso como ser impuro ou dos aspectos de transgressão a preceitos divinos relacionadas à doença nos textos da Sagrada Escritura.

Outra abordagem de caráter religioso diz respeito ao adoecimento como uma prescrição divina, bem como ao que daí poderia decorrer. Os conteúdos narrados por Ester, Júlio e Honório<sup>114</sup> podem demonstrar o auxílio do pensamento religioso para enfrentar a doença e a internação a que seriam submetidos.

*[...] onde que a gente panha, fica muitos e não foi nós que panhamos não. Foi determinado por nosso Deus né. Aonde Deus espalhou pra nós, ainda ficou muitos (ESTER, 2016).*

*Se pudesse, era nem para eu ter vindo para cá, ter continuado com a família viver junto, mas Deus marcou assim [...] (JÚLIO, 2016).*

*[...] graças a Deus eu não posso reclamar né, tem que agradecer primeiro a Deus né e depois ao remédio que a gente tomou né, graças a Deus foi muito bem (HONÓRIO, 2016).*

Conforme Yara Monteiro (2012, p, 85), as concepções bíblicas explicam a lepra como castigo ou maldição com fim de punir o pecado cometido; sua cura representaria um sinal de graça divina alcançada pelo arrependimento. Por personificarem o pecado, os leprosos não mereciam consideração, o que dava margem para ações violentas contra os doentes. Para a autora (2012, p. 102), assim como as concepções bíblicas, as posturas medievais produziram crenças e mitos

<sup>113</sup> A internação ocorreu no Rio de Janeiro, na Colônia Curupaiti, localizada em Jacarepaguá. Antes de ingressar em Itanhenga (1977), Samuel relata ter passado ainda pela Colônia Tavares Macedo, também no Rio de Janeiro.

<sup>114</sup> Ester ingressou na colônia em 1956, aos 6 anos de idade em companhia de toda família: pai, mãe e dois irmãos. Júlio, oriundo da Bahia, foi diagnosticado aos 13 anos e até os 24, quando em 1975 foi internado em Itanhenga, viveu na roça, se escondendo das pessoas e afastado das discriminações. Honório foi isolado compulsoriamente em 1943 aos 21 anos de idade e conviveu até 12 anos com o pai leproso, quando este veio à óbito por razão de outra enfermidade.

sobre a lepra e o doente que foram incorporadas ao imaginário coletivo, fazendo com que a perpetuação dos medos resistisse ao avanço da ciência, permanecendo ainda na atualidade.

Monteiro (2012, p. 93) observa certa ambivalência nos procedimentos adotados pela Igreja diante dos leprosos durante a Idade Média e a Moderna, havendo uma visão da doença atrelada ao pecado, impureza e punição de Deus, segundo a qual o doente era relacionado à criminalidade e ao mal. De acordo com outra concepção, o leproso seria merecedor de compaixão, sendo a doença demonstração de santidade e o sofrimento terreno o conduziria para os céus (MONTEIRO, 2012, p. 93). Por outro lado, independentemente das posturas díspares da Igreja, havia uma convergência em torno da medida de exclusão física em relação ao meio social.

Nesse sentido, tomando as afirmações da autora e as narrativas dos ex-internos, percebemos que os conteúdos herdados a partir do contexto bíblico judaico-cristão contribuiu para reafirmar o medo em relação à lepra e a medida de segregação do convívio social. Para os doentes, representou ainda uma forma de explicar a fatalidade que os afetou, além de fornecer consolo e meios para lidar e enfrentar os sofrimentos causados pelo adoecimento e o afastamento do convívio social.

### **5.7.2 “Nós não descobrimos. Foi eles que pegaram nós lá na roça”**

Quando foram isolados em Itanhenga, o diagnóstico da doença era uma sentença social, pois, além de uma doença definida no campo médico, a lepra representava que o sujeito integrava um coletivo de pessoas repudiadas socialmente pelo temor ao contágio. No entanto, a compreensão clara do diagnóstico e de suas consequências era um processo complexo.

Por vezes, o enfermo não reconhecia em si os sinais da doença, que eram desconhecidos ou menosprezados. A descoberta da doença ou sua suspeita poderia ocorrer de diversas maneiras, mas geralmente era feita durante uma ida ao médico ou durante uma busca de agentes de saúde pública que chegavam ao doente por meio de denúncia, o que tornava a situação completamente sem controle para o doente: “[...] Nós não descobrimos. Foi eles que pegaram nós lá na roça, trouxeram nós dentro de um carro, parecendo um caixote. Chegaram aqui e despejaram nós aqui dentro” (ESTER, 2016).

Em outras situações, a doença era anunciada, mas a dimensão do que isso representava ocorria somente no espaço da colônia. Para Samuel (2017), a doença foi descoberta na adolescência quando, após não ser identificada pelo médico, recebeu a suspeita diagnosticada por um farmacêutico, alguém que “[...] tinha um conhecimento muito grande [...]” (SAMUEL, 2017) e desvendou ao pai de Samuel as razões das dores intensas do filho. Assim, a fala do homem considerado farmacêutico, cujo conhecimento poderia ser algo construído a partir das trocas culturais e geracionais, pôs em evidência uma condição que alteraria a vida de Samuel e dos familiares.

*[...] eu me lembro que eu fiquei sentado do lado de fora e ele saiu de lá chorando e eu vi ele chorando. Aí eu perguntei: ‘Papai, o que o senhor tá chorando? Ele falou: Nada não’. Então o farmacêutico descobriu que era a lepra no termo pejorativo né, que era usado né [...] [...] (SAMUEL, 2017).*

Como consequência, a permanência de Samuel nas redondezas não foi possível. Por residir próximo aos tios paternos, eles determinaram que Samuel deixasse o local e, dessa forma, protegesse os primos da doença. Assim, após os exames confirmarem o diagnóstico, Samuel foi enviado a uma colônia no Rio de Janeiro onde as novas amizades e as diversões marcaram sua estadia inicial e, ainda que por pouco tempo, fizeram com que a doença e as lembranças ficassem em segundo plano.

*[...] aí eu esqueci do mundo cá fora por que tinha muita coisa de se divertir, tinha futebol, tinha jogo de botão e os colegas, muitos garotos e aí eu esqueci, [...], lá nós se alimentava muito bem, naquela época se alimentava muito bem, o governo supria bem, tinha fruta, tinha tudo, eu esqueci que.....[...] que tava doente. Aí quando falaram comigo: ‘você sabe por que você tá aqui?’. Aí eu falei: ‘Não!’ ‘É porque você é leproso, é porque você tem lepra’. Foi que eu me acordei (SAMUEL, 2017).*

O processo de encaminhamento do doente ao leprosário apresentava características de urgência para cumprimento da medida de isolamento, do uso da força e do rompimento abrupto das relações. No caso de Joana, cuja internação na Colônia de Itanhenga ocorreu aos 17 anos, por volta de 1963, a doença foi detectada por um médico quando o visitou junto com sua mãe. O médico as teria colocado “[...] em um canto e chamando pra todo mundo vê ‘não encosta não, não encosta não que elas são doentes’ [...] ‘Elas são leprosas, não encosta nelas não, [...] que elas são leprosas...’ recusando a gente [...]” (JOANA, 2016). Diante do diagnóstico, a atitude do profissional demonstrou, além de preconceito, grande urgência no encaminhamento para o leprosário.



*[...] Ele ficou doidinho, não deixava ninguém encostar na gente e falava que precisava ser internadas e minha mãe perguntava como que ia ser internada, onde vamos ser internada. E ele falava “pode deixar que eu vou providenciar pra vocês, vou agir” (JOANA, 2016).*

Assim, com o destino selado pela internação compulsória e pelo afastamento da vida social e familiar, os passos para retirar o indivíduo doente do convívio revelava não somente a agilidade do serviço de saúde, mas atitudes discriminatórias e medo.

Ribeiro (2011), ao tratar do isolamento de leprosos no estado do Amazonas, observa que a separação dos familiares, dos amigos e da terra constituía uma grande violência contra o doente e ocorria de maneira abrupta: “Os doentes eram denunciados às autoridades, caçados nas casas e nas matas, tendo a família perseguida pelo Estado e pela sociedade [...]” (RIBEIRO, 2011, p. 74). Assim, a autora aponta que, realizado sob o pretexto de proteger o grupo dos sadios, o processo de segregação apresentou negligência das relações humanas.

Ao analisarem o processo de recolhimento dos leprosos à Colônia de Itanhenga, Franco, Nogueira e Marlow (2017, p. 313) afirmam eles eram pegos sem maiores explicações e o uso de força policial era utilizada em determinadas ocasiões. Observamos que os dois depoimentos a seguir mostram situações ilustrativas desse processo no Espírito Santo. No primeiro deles, Heloísa nos fala da experiência vivida por seu tio no ano de 1937; já no segundo relato, a vivência é do próprio interno, Josué, que informa ter ingressado na colônia em 1964.

*Quem levava pra lá era a polícia [...] polícia mesmo! Se descobrisse que naquela casa tinha uma pessoa com lepra, chegava assim, podia tá mãe, a filha e o pai. Chegava: ‘você!’. Não podia dar tempo nem de despedir da esposa e nem da filha, tinha que entrar no carro da polícia e vim mesmo (HELOISA, 2016).*

*Ah, aí eles chamaram lá o carro da prefeitura, eu fui no posto lá de Linhares, eles levaram eu lá, aí o doutor falou: ‘o lugar dele é lá em Vitória’. Aí botaram eu no carro, [...] tinha um carro da polícia lá na porta da prefeitura, aí botaram eu no carro e me trouxeram pra Santa Casa, chegando na Santa Casa falaram: ‘ah, o lugar dele não é aqui’ (JOSUÉ, 2016).*

Sentimento de impotência e indignação diante de um processo agressivo está no relato de Ester, que foi submetida ao isolamento compulsório ainda criança junto com os pais e irmãos. O pai já tinha lesões nas pernas e as buscava esconder com o uso de faixas amarradas. Eles não queriam vir, porém, se resistissem “[...] eles mandavam a polícia buscar né. Nós aqui viemos como uns presos, entendeu? [...]” (ESTER, 2016). O tratamento dispensado à família foi percebido como violento e desumano, mas, naquele momento, ficaram impotentes, pois negar-se à internação era uma atitude de pouco efeito, tendo em vista que a ação de busca policial seria desencadeada. Numa analogia, podemos pensar que o diagnóstico de lepra representaria

um crime e os doentes seriam fugitivos que escaparam do cumprimento da pena sob a forma do isolamento.

As narrativas de Heloísa, Josué e Ester apontam para a vulnerabilidade do doente. Retirado de forma violenta de seu ambiente familiar e comunitário, o indivíduo seguiria para um lugar ainda desconhecido. A reação de Josué, ao tomar conhecimento da doença, também denota a condição vulnerável que se configura pela perda abrupta de vínculos e pelo distanciamento social. O diagnóstico de lepra soou como uma condenação e implicou ausência de perspectiva frente à doença, associada a um decreto de morte em vida e ao processo de desagregação de suas relações afetivas e sociais.

*[...] pra mim foi o mesmo que ter me matado e jogado fora. [...] Porque na hora que ele (o médico) falou que eu tava com essa doença, nós trabalhava lá em 20 tantas pessoas, aquilo acabou tudo! Não era mais meus amigos, sumiu tudo. Lá em casa eles não deixaram eu nem entrar na porta mais pra panhar roupa... eu vim com a roupa que tava trabalhando (JOSUÉ, 2016).*

As motivações para a urgência em desassociar o indivíduo do ambiente familiar e comunitário eram encontradas no medo do contágio e consequente proteção dos sadios; decretavam que as pessoas precisariam abandonar tudo que tinham. Dali em diante, o doente esperava pelo desconhecido, pois estava vivendo um momento de descontinuidade e ruptura em sua vida para ingressar na colônia. Abandonaria amigos, parentes, lugares, casa e bens, rompendo um conjunto de elementos que davam sentido à vida.

*[...] Ai minha mãe “como que eu vou ser internada eu e minha filha, nós não sabe nada, não conhece nada?” E ele dizia “pode deixar que vou agir, que iria agir. Nós não tinha condição, já que nós era pobrezinhas de situação né, lá da roça. Ai ele falou pode deixar, vocês vai em casa e resolve seu problema lá na sua casa e volta. Nós nem casa tinha, morava na casa dos outros. Mamãe chegou lá e vendeu as galinhas que tinha, entregou um capadinho que já estava quase na hora de matar [...] Ela vendeu tudo, entregou a casa pro dono, deixou umas coisas velha pro vizinho tomar conta e dizia ‘Se eu voltar eu voltei, se eu não voltar vocês se viram aí, fica pra vocês’ (JOANA, 2016).*

Conforme Ribeiro (2011, p. 74), além da súbita desvinculação de família, trabalho, amigos e terra, o indivíduo doente estava sendo submetido a uma morte social, uma vez que muitos sabiam que jamais voltariam a encontrar os familiares. Nesse sentido, vislumbrar a retomada da vida sob todos os aspectos em que a deixara seria impossível para o doente e assim se colocava uma ruptura no curso da vida dos enfermos. O que viria a partir daí seria algo muito difuso e nebuloso, assombrado pelo pavor que a doença e suas representações causavam.

### 5.7.3 “Quando fala lepra o pessoal assusta”

Tanto a presença da doença quanto o ingresso e a permanência na colônia estavam relacionados a processos geradores de estigma que marcariam a vida das pessoas, produzindo sentimentos de inferioridade, medo, tristeza e coação. Quando alvo de atitudes preconceituosas, o indivíduo doente e interno da colônia se sentia coagido e experimentava um sentimento de autorreprovação e inferioridade. Expor-se junto à coletividade externa ao leprosário, frequentando ambientes públicos, era uma aventura vivida sob tensão e medo. Heloísa teve permissão para ir ao centro urbano próximo, e ao retornar, foi surpreendida com o alerta para evitar o ônibus que seguiria para Itanhenga.

*[...] Então botava o nome do ônibus assim: Itanhenga. Eu estava no ponto e tava assim de gente (expressando grande quantidade), aí um falou pro outro assim: não vai naquele ônibus não que aquele ônibus é de carregar os leproso. Eu ouvi, falei: meu Deus, meu Deus...tinha outra pessoa junto comigo: ‘você ouviu?’ Fica quieta, vamos fazer de conta que nós não estamos nessa não... ‘Ah é, de carregar os leproso?’ ‘É, é de carregar os leproso’. ‘Não vai não que a lepra pega’, ficava um falando pro outro. Mas quando eu cheguei em casa, que tristeza que me deu, eu queria que viesse um helicóptero vamos falar assim que chegasse aqui e levasse pra outro mundo. (HELOÍSA, 2016).*

O preconceito e o medo são empecilhos para a retomada da vida por quem contraiu a lepra e ainda convive com suas recordações. Acrescidos das perdas materiais e imateriais sofridas ao longo da vida, eles propiciam a ideia de que não se possui habilidades para viver fora do espaço da antiga colônia, espaço que também reforça os estigmas da doença. Júlio não pôde estudar, envelheceu na colônia e julga não ter condições de conviver em outro território, sentindo-se despreparado para deixar a instituição.

*A pessoa que não pôde estudar, não pode ter um colégio, tive que ficar obrigado aqui esse tempo todinho, chega na idade que eu estou, a gente vai pensar em outro lugar? Quero morrer aqui agora. [...] eu não sei mais nem conviver em sociedade [...] O preconceito nunca acabou, a pessoa daqui é sempre tratada mais diferente das outras, basta conhecer. Antes de conhecer até vai, mas depois que conhece que sabe que é interno daqui... o preconceito nunca acabou (JÚLIO, 2016).*

Conforme Olinto e Silva (2019, p. 425), o retorno à vida em sociedade não foi garantido pelo emprego da sulfona ou pelo fim do isolamento compulsório, pois a reintegração é tema extenso e sofre com os impactos do estigma relacionado à doença. Conforme esclarece Goffman (2013, p. 13), o termo “estigma” faz referência a um atributo pejorativo e indesejável, indicando que algo está em desacordo com o estereótipo aceitável para um determinado tipo de indivíduo. Como tipos de estigmas, o autor apresenta três agrupamentos distintos: as deformidades do

corpo físico; as características tomadas como fraquezas individuais que Goffman exemplifica com distúrbios mentais, vícios e homossexualismo, entre outros; e um terceiro agrupamento, os estigmas de raça, nação e religião. Há de comum em todos eles os mesmos traços sociológicos:

[...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto (GOFFMAN, 2013, p. 14).

Nesse sentido, para o autor, aqueles que se consideram normais creem que o indivíduo com estigma não seja completamente humano e assim são produzidas discriminações que repercutem no cotidiano e ao longo da existência da pessoa estigmatizada. Em torno dessa concepção, constroem-se teorias e ideologias que tentam explicar a inferioridade dessas pessoas, demonstrando quão perigosas elas são e justificando medidas para defender a sociedade do eminente perigo que os estigmatizados representam.

Quando pensamos no caso da lepra, o isolamento dos corpos leprosos e estigmatizados seria uma maneira de proteger a comunidade e, conforme Goffman (2005, p. 16-7), os que ameaçam a comunidade, ainda que não intencionalmente, são retirados do convívio social e postos em instituições totais. O autor explica que pessoas apartadas da sociedade seriam estigmatizadas por diversas motivações e características desaprovadas socialmente, entre as quais apresentar um estado mórbido temido tanto por razões objetivas, como o risco de contágio, quanto subjetivas por representarem uma condição associada ao pecado e ainda despertarem medo. Portanto, as colônias para leprosos foram instituições que cumpriram esse papel de distanciar socialmente os estigmatizados pela doença.

Nesse sentido, a narrativa de Alberto aponta que a doença trouxe estigma e representou a impossibilidade de acesso e desenvolvimento de projetos, uma vez que “[...] se eu não fosse doente eu podia ter um sítio, eu podia ter duas casas né? Eu sou trabalhador né? [...] a doença não deixa de atrapalhar, né? [...]” (ALBERTO, 2016). Em decorrência, a experiência do isolamento produziu um sentido de desilusão com a vida e Alberto parece se colocar alheio, como se fosse apenas um expectador, pois “[...] a gente aqui não vive, passa pela vida, tudo é muito vigiado, tudo é muito repreendido [...]” (ALBERTO, 2016).

Estar com lepra e ser posto em instituição para isolamento eram condições interligadas, pois certamente a primeira levaria à segunda e ambas passariam a compartilhar a responsabilidade pelas consequências que afetariam a vida do doente: estigma, ruptura de laços e afetos, perda

de autonomia, abandono de sonhos e projetos. O estigma associado à doença e à vida na colônia de leproso manifestou-se em uma abordagem policial dirigida a Miguel, quando se encontrava em local próximo ao Hospital Pedro Fontes onde ocorria uma ocupação de terras. O agente de segurança perguntou:

*[...] e você, o que você é? eu sou interno aí em cima no Hospital Pedro Fontes, (segue conteúdo inaudível) aí a polícia perguntou assim: e você também é leproso? Sou, também tenho leprose. Aí ele pulou pra trás, quase caiu na vala de medo. 'Vamos embora que isso aqui é negócio de leproso!'. Tem recriminação ainda [...]* (MIGUEL, 2016).

O estigma provocado pela lepra fez Miguel<sup>115</sup> esconder a doença das outras pessoas nos locais onde trabalhou. Ao se casar com mulher que não tinha lepra, deixou a colônia e precisou buscar emprego trabalhando como ajudante de caminhão e trocador de ônibus. Nesses ambientes, jamais comentou sobre sua doença pelo medo ou de não ser contratado ou de “[...] perder o emprego e era recriminado, até hoje nós somos recriminado. [...]” (MIGUEL, 2016). Nesse caso, Miguel aponta a permanência do preconceito e estigma da doença na atualidade, quando há um esforço em desvincular essa marca da doença com mudança de denominação e divulgação sobre o tratamento acessível e eficaz.

A adoção do termo “hanseníase<sup>116</sup> e seus derivados é reconhecida como uma estratégia na eliminação do estigma da lepra e do leproso, entretanto ainda persistem as representações sociais e o medo associados à lepra. Nesse sentido, as metáforas correlacionadas à doença causada pelo bacilo de Hansen não foram superadas. Ao tratar comparativamente das metáforas em torno da tuberculose e do câncer, Sontag (2007, p. 12) afirma: “[...] Qualquer enfermidade tida como um mistério e temida de modo bastante incisivo será considerada moralmente, se não literalmente, contagiosa [...]”, ou seja, o desconhecimento acerca da enfermidade coloca os sãos em posição de alerta pela suspeita da transmissão do mal, suscitando ideias punitivas e

---

<sup>115</sup> Miguel chegou à Colônia de Itanhenga em companhia da família. Seu pai tinha sido internado compulsoriamente em 1958, mas fugiu e voltou para casa. Com o agravamento dos sintomas e o afastamento das pessoas da redondeza com quem mantinha relações comerciais, o pai decidiu retornar à colônia trazendo toda família, cujos integrantes já apresentavam sinais da lepra.

<sup>116</sup> O termo “hanseníase” foi aprovado pela Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995, que dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase, proibindo a utilização do termo “lepra” em documentos oficiais da administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados membros (BRASIL, 1995). Conforme Oliveira (2012, p. 19), anteriormente em 14 de maio de 1976, por meio da Portaria Ministerial nº 165, recomendou-se o não emprego do termo “lepra” e seus derivados em documentos oficiais do Ministério da Saúde. Em seu trabalho, a autora descreve as estratégias do Dr. Abrahão Rotberg para a alteração da nomenclatura da lepra como medida necessária para superar estigmas e preconceitos em relação à doença.

repressivas que evitem o contágio. Em referência à lepra, Sontag declara que a doença, em seu auge, provocou uma “[...] sensação de horror igualmente desproporcional [...]” e conclui:

Qualquer doença importante cuja causalidade seja tenebrosa, e cujo tratamento seja ineficaz, tende a ser saturada de significação. Primeiro, os objetos do pavor mais profundo (decomposição, decadência, contaminação, anomia, fraqueza) identificam-se com a doença. A doença em si torna-se uma metáfora. Em seguida, em nome da doença (ou seja, usando-a como metáfora), esse horror é imposto a outras coisas. A doença torna-se adjetiva. Diz-se que algo parece a doença, indicando que é feio ou repugnante. Em francês, uma fachada de pedra corroída ainda é chamada de *lépreuse* (SONTAG, 2007, p. 53).

Monteiro (2012, p.102) declara que, apesar do avanço na terapêutica da doença, isso não foi suficiente para afastar a carga da lepra. O doente diagnosticado com hanseníase permanece sujeito às mesmas metáforas de outrora e, portanto, ainda encontra-se estigmatizado socialmente.

Estudo sobre as representações sociais da hanseníase, considerando a ótica de gênero, demonstrou sua associação a uma “doença nojenta” que afasta as pessoas e produz preconceito. Para o doente, a hanseníase é relacionada ao isolamento, sendo considerada horrível por fazer cair pedaços do corpo. Sobre a autopercepção acerca da hanseníase, observa-se que os sujeitos desenvolveram sentimentos negativos, surgindo um autopreconceito evidenciado pelas mulheres quando se referem ao isolamento como estratégia para não agredir as pessoas e quando os homens negam a condição de hansenianos diante da coletividade (MONTE, 2011, p. 54). Associar a hanseníase a algo sujo e ao fracasso, além do medo do preconceito e do abandono, também foi constatado por Eidt (2000) e, nesse sentido, percebemos que os estigmas imputados à lepra ainda permanecem no imaginário e nas metáforas relacionadas à hanseníase, demonstrando a intensidade da carga da doença e a fragilidade das estratégias que buscam romper o aspecto estigmatizante relacionados à lepra.

#### **5.7.4 “Eu caí de luva de pelica”**

Ainda que observada a permanência do estigma relativo à lepra e ao leproso e o quanto o isolamento e a doença impactaram desfavoravelmente a vida dos doentes, identificamos nos testemunhos a adoção de atitudes que buscavam dar um sentido diferente à experiência. Notamos ainda posturas de retomada do curso da vida, a partir de atitude de confiança e ânimo, ainda que os momentos de sofrimento não fossem menosprezados. Nesse sentido, reconhecer os danos e, ao mesmo tempo, buscar superar os desafios postos pela perda de liberdade do

isolamento e pelas sequelas e estigmas da doença são processos que estiveram presentes convivendo muitas vezes em disputa interna, mas sobretudo demonstrando uma capacidade de reinvenção. Observamos, assim como Olinto e Silva (2019, p. 427), que a narrativa desses processos faz parte da cura, pois o reconhecimento dessas situações trágicas pode recriar interpretações.

Júlio, que não pôde frequentar a escola e sentiu todos se afastarem dele em decorrência da lepra, viu na internação, ainda que obrigatória, uma alternativa em contraponto ao seu desespero, pois “[...] a solução que a gente tinha era morrer, depois disso Deus abriu um caminho” (JÚLIO, 2016). Joelma, que reconhece os prejuízos advindos da doença e do isolamento, sobretudo quanto ao fato de não ter progredido nos estudos, considera que, uma vez doente de lepra, o ingresso na colônia se mostra como um caminho, uma possibilidade de estar num serviço especializado para tratamento da doença. Em seu testemunho, notamos o aspecto de reconhecimento, mas também de conformismo com a inevitável direção que sua vida tomou.

*[...] às vezes eu durmo pouco e aí fico pensando, e se eles não trouxessem nós pra cá? Se não desse a coincidência de minha irmã vim e descobrir né, e de eu vim... o que seria de nós lá naquele canto sem remédio? Cada dia ficando mais doente, mais doente... como que a gente ia ... Tem males que vem pra bem né, irmã?! A gente ficava pra lá, ninguém sabia o que era ficava tomando aqueles remédios de roça lá ia acontecer né, invés de melhorar cada vez ia piorar [...]* (JOELMA, 2016).

Há os que, após tantos anos vivendo no local, não se imaginam em outro lugar e um fator de vinculação àquele território foi a constituição de uma família durante o período de internação. O casamento, a aquisição de uma casa ou um terreno nas proximidades foram acontecimentos que deram sentido positivo à vida dentro da colônia, como afirma Honório, quando indagado sobre se algum momento pensou em deixar o leprosário: “[...] eu tava muito bem aqui, eu casei aqui, vivi muito bem... [...]” (HONÓRIO, 2016). Nesse sentido, a reconstituição de vínculos afetivos e sociais contribuiu para ressignificar a experiência do isolamento, na medida em que possibilitou a vivência de práticas que extrapolavam o circuito circunscrito ao controle da doença, pois os vínculos supriam lacunas subjetivas do sujeito.

A percepção da doença e do isolamento, elaborada por Samuel, sugere a reinvenção de um sentido que se distingue dos demais e, dessa maneira, aponta para uma perspectiva nova dentro do conjunto das experiências, uma vez que possibilita a expressão de habilidades para elevar a autoestima e superar os obstáculos. Trabalhando como motorista na colônia, Samuel entende

que prestou relevante serviço àquela instituição e considera que seu ingresso teria sido útil à colônia.

*[...] eu caí de luva de pelica pra eles porque não tinha nenhum profissional de volante aqui, a não ser eu. Tinha lá de fora, mas o lá de fora não queria ter contato aqui, aí o que eles fizeram? O diretor sabiamente disse assim: ‘você que vai trabalhar na ambulância’[...] (SAMUEL, 2017).*

O reconhecimento ao valor de seu trabalho é narrado quando nos diz que enfrentou desafios ao conduzir os doentes até serviços de saúde externos à colônia, pois dispensava diversos cuidados aos doentes que extrapolavam suas obrigações, mas que nenhum outro profissional se dispunha a fazer.

*[...] E eu enfrentei uma dificuldade muito grande. Por quê? Não tinha o acompanhamento de enfermagem... enfermeiro não ia, enfermeiro formado não entrava no carro de jeito nenhum!! Não entrava nem aqui dentro! Aí que eu tinha que fazer um trabalho, um trabalho de assistente social, de motorista e [...] de enfermeiro, na prática tinha que fazer tudo isso, pra atender os pacientes que eu ia levar. (SAMUEL, 2017).*

Apesar de todos os percalços, como discriminação e rompimento com familiares, Samuel reconhece na doença uma condição que o teria auxiliado. Num primeiro momento, discorre sobre o sentido espiritual da doença em sua vida:

*[...] Uma forte aproximação da história de Jesus Cristo na minha vida e também que nós não viemos pra ficar eternamente aqui [...] fez eu aproximar mais da promessa bíblica, da Escritura Sagrada né, pra mim eu tenho plena certeza que Deus é criador de tudo né, eu tenho plena (SAMUEL, 2017).*

Sua experiência com a doença e com as internações em colônias de leprosos no Rio de Janeiro e Espírito Santo o levaram a participar de eventos promovidos por representações do meio político e acadêmico local; assim, foi convidado a falar de sua trajetória na Assembleia Legislativa, em palestras para estudantes e professores universitários e em entrevistas para esse público. Nesse sentido, confere destaque à doença, pois ela o teria feito “[...] um ser de aproximação de um conhecimento superior [...] porque senão eu ia cair no anonimato[...]” (SAMUEL, 2017). As situações são narradas com orgulho e entusiasmo de quem se sente recompensado.

*Aí sentei lá no meio dos deputados, me elegeram deputado nem que seja por um momento né. ‘Seu Samuel, o senhor é orador, conta aqui alguns fatos’. Aí vem a mocinha com aquela prancheta e falou: ‘O senhor vai ter cinco minutos lá pra falar a respeito na colônia’. Olha só! Quantos fatos importantes aconteceram na minha vida? São fatos que realmente aconteceram e que talvez se não tivesse tido a Hanseníase não teria acontecido (SAMUEL, 2017)*



*[...] aí fui lá na faculdade, me levaram na faculdade, a professora me levou lá em cima como se eu fosse professor e começou me fazer perguntas né?! Aí eu contei alguns trechos da minha história né, [...] [...] (SAMUEL, 2017)*

*A partir daquela data de vez enquanto a professora reunia formantes e vinha aqui fazer visitas, [...] Quer dizer como eu não vou me sentir bem? (SAMUEL, 2017).*

O testemunho de Samuel nos indica seu esforço para superar as adversidades que a doença e o isolamento lhe trouxeram. Para enfrentar as dificuldades e as decepções, viu e utilizou oportunidades que podiam proporcionar uma direção diferenciada ao que se apresentava: lutou pela esposa quando o relacionamento foi proibido, pelo fato de ser leproso; omitiu a doença para trabalhar e conseguir se integrar nas comunidades onde residiu; identificou, na condição de doente de lepra e interno, os fundamentos para o direito à aposentadoria, ou seja, ainda que doente e morador da colônia de leprosos, encontrou estratégias para viver e ser reconhecido como sujeito.

Nesse sentido, compartilhamos do pensamento de Neris (2019, p. 138), quando, a partir do estudo sobre o isolamento compulsório, praticado na Colônia do Bomfim (Maranhão), mostra que os egressos apresentam manifestações incontroláveis de resistência perante a exclusão, as estratégias e as táticas de sobrevivência que ainda permanecem sendo importantes para o reconhecimento de seus direitos.

Dessa forma, as reflexões de Certeau (2014) nos ajudam a analisar a postura de Samuel. Para o autor, o homem comum produz astúcias com o fim de interagir no cotidiano e ocupar os espaços. Não sendo submissos ou passivos, os homens comuns inventam jogos de astúcias: “[...] Traçam trajetórias indeterminadas, aparentemente desprovidas de sentido porque não são coerentes com o espaço construído, escrito e pré-fabricado onde se movimentam [...]” (CERTEAU, 2014, p. 91).

Assim, o doente de lepra, ao ocupar o lugar “estranho” da colônia e necessitar ali reestabelecer sua existência, consegue aos poucos munir-se e produzir um repertório de táticas capazes de responder às estratégias de poder do lugar: “[...] Sem sair do lugar onde tem que viver e que lhe impõe uma lei, ele aí instaura pluralidade e criatividade. Por uma arte de intermediação ele tira daí efeitos imprevistos [...]” (CERTEAU, 2014, p. 87).

Para o autor, as operações que impõem o poder — as estratégias —, apesar de regular num primeiro nível, introduzem uma brecha onde se pode tirar partido, onde as maneiras de fazer do homem comum são capazes de criar um jogo que funcione diferente. Esse homem “[...] cria

para si um espaço de jogo para *maneiras de utilizar* a ordem imposta do lugar ou da língua [...]” (CERTEAU, 2014, p. 87, grifo do autor). Logo, Certeau afirma a necessidade de se utilizar as falhas que as conjunturas particulares vão abrindo na vigência do poder e, assim, por meio de táticas e astúcias, o homem comum consegue criar circunstâncias e escapes onde não se espera. Assim, o homem comum — o indivíduo doente, “habitante” e interno da colônia — pode ser compreendido como aquele capaz de jogar outros jogos e, em certos casos, produzir uma inversão dos usos e sentidos definidos *a priori* sobre o que deveria ser e esperar da vida na colônia.

Muitas memórias trazidas no decorrer desta seção estão inseridas entre uma memória individual e coletiva, em que a história de uma pessoa se mescla à de outras. As conexões que estabelecemos nos mostram a carga da lepra atribuída às marcas da doença ao longo de sua trajetória, a contribuição de uma política pública para reafirmar tais marcas na vida dos sujeitos, bem como as rupturas sociais e afetivas. Observamos também que os sentidos da experiência não estão apagados e que, por meio das recordações, os sujeitos trazem os seus pontos de vista, tornando vivo o que estava no campo do esquecimento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir um trabalho é sempre motivo de contentamento, mas também é quando nos colocamos a avaliar o percurso feito entre a rota traçada e o ponto de chegada e quais as colheitas que temos ao final do trajeto. Tratando-se de um estudo que chega ao final, é momento de observarmos quais respostas conseguimos trazer para as inquietações que apresentávamos no início da produção. Nesse sentido, como ponto de partida, é necessário que retomemos nosso objetivo que consistiu em analisar a política do isolamento compulsório de pessoas leprosas no Espírito Santo durante o período compreendido entre as décadas de 1920 e 1960, bem como a percepção acerca da doença e do isolamento para doentes submetidos obrigatoriamente à internação na Colônia de Itanhenga. Como pressuposto, o estudo trouxe a ideia de que o isolamento compulsório propiciou o reforço do estigma da doença.

Assim, iniciamos o trabalho com um alinhamento sobre os aspectos sociais e culturais associados à doença e ao doente, buscando compreender a lepra em perspectiva histórica. De forma sucinta, percorremos a enfermidade desde os focos primitivos até meados do século XIX, quando, na Noruega, a lepra passou a ser considerada como uma questão de Estado, condição fundamental para que o isolamento dos enfermos se transformasse numa política pública.

Nessa seção, buscamos trazer o entendimento sobre a doença nas décadas finais do século XIX e como essa compreensão poderia responder à estratégia de manter o doente afastado do convívio social como forma de prevenir o surgimento de casos e o avanço da doença. Identificamos que, no debate que se passava no Brasil, alinhado com as discussões internacionais sobre a doença, o tema era tratado sob uma pluralidade de explicações que tentavam responder sobre a causalidade da doença e sua transmissão. Consideramos como marco o período entre o descobrimento do bacilo na Noruega até 1897, quando o bacilo foi reconhecido como única causa da lepra na Primeira Conferência Internacional sobre Lepra em Berlim. Nesse sentido, discutimos a descoberta do bacilo, sua aceitação pelo meio científico e o elenco de explicações sobre a forma de comunicação do agente com o organismo humano, abordando questões relacionadas ao determinismo ambiental, à raça, à hereditariedade e ao contagionismo.

Observamos que atribuir ao bacilo a causa da doença, bem como ao doente a fonte de contágio foi uma compreensão que conviveu com incertezas sobre como o bacilo alcançaria o corpo sadio e nele produziria a patologia. Nesse sentido, o isolamento do foco de infecção, ou seja, o

doente, foi uma estratégia que, de certa forma, atenderia tanto aos conhecimentos assentados quanto às incertezas do período.

Em seguida, nos detivemos no Brasil durante as primeiras décadas do século XX e, tomando o processo que trouxe o binômio saúde-doença como questão central para o país, analisamos a incorporação da lepra ao grupo de doenças prioritárias que necessitavam da ação pública. Observamos que a doença não esteve entre as prioridades do governo federal na primeira década do século XX, mas, já na seguinte, foi sendo interpretada como um flagelo nacional, de ocorrência no meio urbano e rural. Em resposta a essa condição, vimos as ações da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, a normatização e a implantação do isolamento compulsório. Vimos também a circulação de um debate que confrontava a efetividade da estratégia de segregação obrigatória dos doentes e a possibilidade de sucesso de medidas mais liberais.

Por outro lado, esse debate não foi suficiente para inibir o avanço da política de profilaxia da lepra centrada no isolamento compulsório nos anos 1930. Esse tema foi abordado em sequência na seção em que tratamos do desenvolvimento das ações coordenadas pelo governo federal para implantação vigorosa da política segregacionista dos doentes. Diante da ausência do tratamento adequado, as estruturas do modelo tripé eram o lugar de assistência para doentes e filhos, recebendo investimento público numa ação conjunta entre governos estaduais e federal. Percorremos a ascensão do isolamento compulsório durante a década de 1930 e os primeiros anos do Serviço Nacional de Lepra, quando o aparato institucional para contenção dos doentes estava amplamente desenvolvido no país. Com esse percurso, vimos que o modelo de enfrentamento da endemia de lepra reproduziu a ação governamental no período que almejava um Estado garantidor da coesão nacional, combinando centralização administrativa, uniformidade das práticas e presença do governo federal em todo território.

Assim, chegamos à penúltima seção da tese, em que desenvolvemos a análise sobre a implantação do isolamento compulsório no Espírito Santo, destacando o trabalho de Pedro Fontes no recenseamento dos doentes, na busca de apoio para construção do leprosário e coordenação de todo o processo necessário para instalação da Colônia de Itanhenga em 1937. Vimos que a sociedade capixaba nutria expectativas para que o isolamento dos doentes na colônia fosse efetivado, sendo a instalação do serviço recebida com orgulho. Com relação aos doentes, sobressaiu a visão piedosa, pois eram considerados infelizes e merecedores de toda bondade.

Ainda com foco na análise do Espírito Santo, reunimos elementos sobre o ingresso dos pacientes, a assistência prestada e a chegada da sulfonoterapia, o que contribuiu para que o isolamento decaísse como medida profilática. Nesse sentido, pudemos compreender que, no Espírito Santo, esse processo acompanhou as determinações nacionais, mas transcorreu lentamente.

A partir das experiências vividas pelos ex-internos da Colônia de Itanhenga, trouxemos a percepção do doente sobre o adoecimento e o processo de isolamento compulsório a que foram submetidos. Essa análise reforçou a compreensão de que pessoas comuns revelam aspectos escondidos por uma história oficial, muitas vezes imperceptíveis e não ditos quando observada por uma macro perspectiva. As vozes desses indivíduos foram potentes para dar a conhecer outras dimensões do fenômeno investigado e, nesse sentido, ficou evidenciado que o entendimento sobre a doença passa por sua vinculação ao aspecto pejorativo e estigmatizante. Quanto ao isolamento, o processo, permeado de dúvidas e ressentimentos, também despertou nos doentes a capacidade de questionamento e reinvenção de uma existência a partir de novos vínculos e sentidos.

Verificamos que o preconceito esteve presente nas vivências com a doença e se apresentou também na experiência com a internação, pois ser interno e “morador” da colônia reforçava a associação depreciativa vinculada ao ser “leproso”, ou seja, uma pessoa de quem a sociedade deveria manter distância em virtude do medo da transmissão de uma doença apavorante. Nesse sentido, podemos dizer que o isolamento compulsório propiciou o reforço do estigma da doença e, embora condizente com a conduta médica e com as normas sanitárias para o enfrentamento de uma doença de tratamento desconhecido e associada ao medo, o isolamento obrigatório, aplicado aos doentes de lepra em boa parte do século XX, demonstrou que uma medida de saúde pública também se constituiu na expressão da força coercitiva do Estado, capaz de produzir resultados danosos, como o rompimento de vínculos sociais e familiares. No entanto, esse é um contexto aplicado à lepra e na atualidade esperamos outros procedimentos e respostas com relação à hanseníase. Tal expectativa se apoia no reconhecimento da efetividade do tratamento da doença e da existência de processos sociais por meio dos quais se buscam a eliminação do estigma relacionado à enfermidade e ao doente.

No decurso da pesquisa, o encontro com os ex-internos e cada entrevista realizada se revelou mais do que o contato entre a pesquisadora e sua fonte. Foram encontros de exercício de estar no lugar do outro e por incontáveis momentos, às vezes numa mesma entrevista, a objetividade

do raciocínio se encontrou com o impulso da emoção. Mulheres que tiveram os filhos retirados de seu convívio logo após o parto, que não miraram nos olhos de suas crianças durante o aleitamento; e homens que deixaram o trabalho, a terra e a família, materializaram suas memórias em testemunhos que atuaram de forma singular para a compreensão de como uma política operada pelo Estado nem sempre atua para a proteção dos cidadãos. Nesse sentido, toda ação ou inação estatal apresenta impactos previstos e imprevisos para a sociedade, sendo que aqui se deve demorar um pouco mais aqueles que planejam e operam a política.

Os entrevistados permanecem residindo nas proximidades da antiga colônia e, portanto, mesmo com o final do isolamento compulsório, não fizeram o caminho de volta para suas localidades por razões diversas como a constituição de família e de relações de afeto, o completo rompimento com os laços sociais anteriores e o receio de serem estigmatizados e rejeitados. Enfim, fazer o caminho de volta não é simples e, assim, podemos pensar que o isolamento ainda assombra a vida dessas pessoas.

Nesse sentido, pensamos que o estudo da trajetória dessa doença não está esgotado e, partindo de nossas reflexões, vemos que alguns temas podem provocar a continuidade de estudos nesse campo, como a discussão sobre o papel do saber e da prática médica no desenvolvimento do isolamento compulsório no Espírito Santo e no âmbito da colônia; o processo de reintegração (ou não) dos doentes após a abolição do isolamento compulsório; a formação urbana que se deu no entorno da colônia a partir do assentamento das famílias oriundas da colônia.

Ao fim deste trabalho, peço licença para me colocar em primeira pessoa para o registro de uma observação. Concluo este trabalho em plena pandemia da doença Covid-19, momento em que todos nós experimentamos incertezas e medos. O isolamento é requerido em grande escala, tendo em vista tratar-se de uma doença infectocontagiosa, de tratamento desconhecido pela ciência e que tem assustado por sua letalidade. A cautela quanto ao contágio é a ordem do dia, presente na medida em que evito contatos, seleciono onde ir, quando ir e se irei ao encontro de alguém ou a um espaço público. Evito pessoas e elas também não se sentem seguras em me encontrar. Será isso “um pouco” do que os doentes de hanseníase, àquela época lepra, experimentaram? Sob essa conjuntura de pressão e insegurança, quando a ciência se volta para a descoberta da vacina, embora não consiga ser tão precisa, vejo que, assim como no caso lepra, os aspectos comportamentais, as sensibilidades desenvolvidas e as crenças frente à doença — Covid 19 — são provocações para futuros estudos. Mesmo imersa neste presente conturbado, acredito que os processos fluem, deixam rastros e em breve se tornam passado, cabendo à

história a empreitada da escrita das narrativas que auxiliarão a revelar como a sociedade se compreendeu e agiu diante da doença.

## REFERÊNCIAS

### ARQUIVOS DA ANTIGA COLÔNIA DE ITANHENGA

COLÔNIA DE ITANHENGA. **Relatório, 1946**. Cariacica, 1946.

MENDONÇA, Moacyr Henriques de. **Correspondência ao Diretor do Departamento Estadual de Saúde no ES**. Vitória, [1959?].

ROSA, Carlos. **Relatório nº 21 - Colonia Leprosaria**. Relatório enviado ao Diretor de Viação e Obras Públicas, 17 jun. 1933.

SERVIÇO DE LEPRA (Espírito Santo). **Relatório Atividades, 1948**. Vitória, 1948.

SERVIÇO DE LEPRA (Espírito Santo). **Relatório Atividades, 1949**. Vitória, 1949.

SERVIÇO DE LEPRA (Espírito Santo). **Relatório Atividades, 1950**. Vitória, 1950.

### ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA/FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

ALGUMAS NOTAS sobre os problemas da educação e da saúde no governo Getúlio Vargas. Pasta GC pi Capanema, G. 1945.00.00/2. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_pi/4463](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_pi/4463). Acesso em: 19 fev. 2020.

AMPLIANDO o nosso aparelhamento anti-leproso. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9201](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9201). Acesso em: 15 abr. 2020.

AO SER INAUGURADO o leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de abril de 1937, o Sr. Ministro Gustavo Capanema pronunciou um discurso, em que analisa as iniciativas do governo federal em face da lepra. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9126](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9126). Acesso em: 21 maio 2020.

APRESENTAÇÃO da proposta de reorganização do DNS ao presidente Vargas em 24 de março de 1941. Pasta GC h 1935.02.19. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/ARQ\\_GC\\_H/3686](https://www.docvirt.com/docreader.net/ARQ_GC_H/3686). Acesso em: 19 fev. 2020.

COMISSÃO DE SAÚDE – Sessão de 11 de março de 1937. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/8973](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/8973). Acesso em: 17 fev. 2020.

CORRESPONDÊNCIA de Eunice Weaver, Presidenta da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra enviada a Gustavo Capanema, 23 junho de 1942). Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/ARQ\\_GC\\_H/9556](https://www.docvirt.com/docreader.net/ARQ_GC_H/9556) –. Acesso em: 21 abr. 2020.

ESPIRITO SANTO. Arquivo Gustavo Capanema. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/8959](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/8959). Acesso em: 11 maio 2020.

INSTRUÇÕES para o serviço de censo de lepra. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9656](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9656). Acesso em: 3 mar. 2020.



LEPRA - Gastos da União de 1931 a 1940. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9400](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9400). Acesso em: 17 fev. 2020.

LEPRA: notas sobre a ação do governo federal 1931-1940. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9367](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9367). Acesso em: 20 fev. 2020.

LIGEIRO histórico até 1935 (inclusive) – realizações do governo federal. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/8906](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/8906). Acesso em: 22 fev. 2020.

NOTAS sobre a lepra: Contribuição da União para o combate á lepra. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9224](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9224). Acesso em: 16 maio 2020.

O GOVERNO federal inaugura mais um leprosário. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9275](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9275). Acesso em: 20 fev. 2020.

ORÇAMENTO para o combate à lepra no Estado do Espírito Santo, em 1941. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9495](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9495). Acesso em: 21 maio 2020.

PLANO de construções, organizado em 1935. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/8910](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/8910). Acesso em: 22 fev. 2020.

PLANO traçado para 1937. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/8915](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/8915). Acesso em: 22 fev. 2020.

PROGRAMA e planos de ação do Ministério. Programa inicial do Ministério da Educação e Saúde. Pasta GC pi Capanema, G. 1935.00.00. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_pi/3251](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_pi/3251). Acesso em: 17 fev. 2020.

PROPOSTA de orçamento para prosseguimento de construções e instalações de leprosários e preventórios em todo o país. Departamento Nacional de Saúde/Divisão de Saúde Pública. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9480](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9480). Acesso em: 16 maio 2020.

REALIZAÇÕES em 1936. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/8912](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/8912). Acesso em: 22 fev. 2020.

SERVIÇO de lepra no Espírito Santo: Colônia de Itanhenga. Disponível em [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/8892](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/8892). Acesso em: 21 abr. 2020.

SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA. Relatório das suas atividades no ano de 1942. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/9640](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/9640). Acesso em: 20 fev. 2020.

SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA. Relatório de suas atividades no ano de 1943. Apresentado pelo Dr. Ernani Agrícola. Pasta GC h 1935.09.02. Disponível em: [https://www.docvirt.com/docreader.net/arq\\_gc\\_h/10556](https://www.docvirt.com/docreader.net/arq_gc_h/10556). Acesso em: 22 fev. 2020.

## ATOS LEGAIS

BRASIL. **Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920.** Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920. Rio de Janeiro, 1920a Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14354-15-setembro-1920-503181-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=3.987%2C%20de%20%20de%20janeiro,que%20acompanhou%20o%20decreto%20n.> Acesso em: 19 mar 2019.

BRASIL. **Decreto nº 15.484, de 8 de maio de 1944.** Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1944. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-15484-8-maio-1944-450762-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923.** Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 24.438, de 21 de junho de 1934.** Dispõe sobre a reorganização, sem aumento de despesa, da Secretaria de Estado de Educação e Saúde Pública e das repartições dependentes e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1934a Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24438-21-junho-1934-515609-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 9 dez. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 24.814, de 14 de julho de 1934.** Estabelece, na conformidade do decreto nº 24.438, de 21 de junho último, o plano geral de organização dos serviços de saúde pública e assistência médico social, e dá outras providências, sem aumento de despesa. Rio de Janeiro, 1934b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24814-14-julho-1934-505509-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 5 dez. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 5156, de 8 de março de 1904.** Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. Rio de Janeiro, 1904. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962.** Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País e dá outras providências. Brasília, 1962.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941.** Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 29 dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950.** Dispõe sobre a concessão de alta aos doentes de lepra. Rio de Janeiro, 1950. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1045-2-janeiro-1950-363438-norma-pl.html>. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920.** Reorganiza os serviços da Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1920b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937.** Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 29 dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995.** Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Brasília, 1995.

### DEPOIMENTOS ORAIS

ALBERTO. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 15 de março de 2016. Cariacica, ES.

ESTER. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 23 de agosto de 2016. Cariacica, ES.

HELOÍSA. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 29 de março de 2016. Cariacica, ES.

HONÓRIO. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 15 de março de 2016. Cariacica, ES.

JOANA. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 19 de abril de 2016. Cariacica, ES.

JOELMA. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 26 de abril de 2016. Cariacica, ES.

JOSUÉ. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 01 de março de 2016. Cariacica, ES.

JÚLIO. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 23 de fevereiro de 2016. Cariacica, ES.

MIGUEL. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 18 de maio de 2016. Cariacica, ES.

SAMUEL. Entrevista concedida no âmbito do Projeto de Pesquisa Inventário e Organização do acervo do Hospital Pedro Fontes. Realizada em 14 de março de 2017.

## PUBLICAÇÕES DIVERSAS

A CONFERENCIA internacional sobre a lepra. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, n. 5, p. 197-205, 1897. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/165646/14128>. Acesso em: 18 jun. 2018.

A INAUGURAÇÃO do leprosário de Itanhenga: como falou nessa cerimônia do Ministro da Educação. **Jornal do Brasil**, ed. 087, 15 abr. 1937b, p. 8. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_05/74631](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_05/74631)). Acesso em: 20 maio 2020.

A INAUGURAÇÃO do leprosário Itanhenga: como decorreu a solenidade. **Jornal do Brasil**, ed. 085, p. 813, abr. 1937a. Disponível em: [http://memoria.bn.br/docreader/030015\\_05/74567](http://memoria.bn.br/docreader/030015_05/74567). Acesso em: 20 maio 2020.

A LEPRA. **O Cachoeirano**, Cachoeiro de Itapemirim, n. 75, p. 2, 18 de setembro de 1902. Disponível em: <http://memoria.bn.br/docreader/217719/4801>. Acesso em: 2 mar 2018.

ASSISTENCIA Social. **Vida Capichaba**. Ed 0365, p. 19, 30 maio 1934. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/156590/12681>. Acesso em: 6 maio 2020.

AVIDOS, Florentino. Mensagem apresentada pelo Exmo. Sr. Dr. Florentino Avidos, Presidente do Estado do Espírito Santo, ao Congresso Legislativo, na 2ª sessão ordinária da 12ª legislatura, em 15 de abril 1926. Vitória, 1926. Disponível em: <http://memoria.bn.br/docreader/720380/2575>. Acesso em: 8 maio 2020.

BARRETO, João de Barros. **As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde**. Imprensa Nacional: Rio de Janeiro, 1942.

BARRETO, João de Barros. O Departamento Nacional de Saúde em 1944. **Arquivos de Higiene. Imprensa Nacional**, Rio de Janeiro, ano 15, n. 1 e 2, mar./jun. 1945.

BARROS, J. M. A profilaxia da lepra e a legislação vigente. Editorial. **Rev. Bras. Leprol.**, v. 30, p. 85-86, jul.-set. 1962. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/braslepro/1962/PDF/v30n3/v30n3edt.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2020.

BLEY, João Punaro. Discurso. Pronunciamento ontem, em Cachoeiro do Itapemirim pelo Exmo. Sr. Interventor Federal no banquete que lhe ofereceram seus amigos daquele município. **Diário da Manhã**, ed 2769, 4 ago. 1934. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/572748/40290>. Acesso em: 7 maio 2020.

BRASIL, Assis. O milho. **Estado do Espírito Santo**, Vitória, n. 182, p. 1, 1899. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/229644/11701>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CANDIDO, Francisco de Paula. Reflexões sobre a Morphéa. **Annaes de Medicina Brasiliense**, Rio de Janeiro, v. I, n. 7, p. 252-275, 1845. Disponível em: [http://memoria.bn.br/pdf/442500/per442500\\_1845\\_00007.pdf](http://memoria.bn.br/pdf/442500/per442500_1845_00007.pdf). Acesso em: 18 maio 2020.

COCHRANE, Robert Greenhill. O moderno tratamento da lepra. **Rev. Lepr. São Paulo**; v. 1, n. 1, p. 31-36, set. 1933. Disponível em:

<http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/leprolsp/1933/PDF/v1n1/v1n1a07.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

COLONIA de Itanhenga: instala-se solenemente hoje, inaugurando mais 52 edifícios. **Diário da Manhã**, ed. 3451, p. 1, 7 e 11, 11 abr. 1937. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/572748/46684>. Acesso em: 18 maio 2020.

CONFERENCIA para Uniformização da Campanha Contra a Lepra. **Jornal do Commercio**, ed. 228, 25 e 26 set. 1933a. Disponível em: [http://memoria.bn.br/docreader/364568\\_12/25021](http://memoria.bn.br/docreader/364568_12/25021). Acesso em: 12 maio 2020.

CONFERENCIA para Uniformização da Campanha contra a Lepra. **Jornal do Commercio**, ed. 230, p. 5, 28 set. 1933b, Disponível em: [http://memoria.bn.br/docreader/364568\\_12/25064](http://memoria.bn.br/docreader/364568_12/25064). Acesso em: 13 maio 2020.

CORREIO DA MANHÃ, Rio de Janeiro, ed. 13007, 7 abr. 1937, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/089842\\_04/39471](http://memoria.bn.br/DocReader/089842_04/39471). Acesso em: 18 maio 2020.

COUSIN, Almeida. O problema da lepra. **Vida Capixaba**, Vitória, ed. 170, p. 48-9, 1929. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=156590&pasta=ano%20192&pesq=lepra>. Acesso em: 23 jul. 2015.

CRUZ, Oswaldo. Uma questão de hygiene social. **O Imparcial**, Rio de Janeiro, ed. 211, p. 2, 1913. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/107670\\_01/2554](http://memoria.bn.br/DocReader/107670_01/2554). Acesso em: 12 jul. 2019

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, ano 45, n. 6, p. 137-8, 7 fev. 1931. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/fiocruzbrazilmedico/17705>. Acesso em: 30 nov. 2019.

DINIZ, Orestes. Profilaxia da lepra no Brasil: plano atual da campanha e sua execução. **Rev. Bras. Leprol.**, v. 26, n. 3 e 4, p. 141-148, jul./dez. 1958. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/brasleprol/1958/PDF/v26n3-4/v26n3-4a02.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, Vitória, n. 305, p. 2, 31 dez. 1897. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/229644/9766>. Acesso em: 12 jun. 2018.

IGLESIAS, Francisco. A mosca doméstica. **O Cachoeirano**, Cachoeiro de Itapemirim, n. 31, p. 1, 1913. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/217719/6593>. Acesso em: 10 jun. 2018.

LIGA Espiritosantense de Desportos Terrestres, **Diário da Manhã**, ed. 3450, p. 2, 10 abr. 1937. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/572748/46675>. Acesso em: 18 Mai 2020.

LIMA, José Jeronymo de Azevedo. A lepra no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, n.6, p. 263-272/322-333, 1897. Disponível em: <http://memoria.bn.br/docreader/165646/14253>. Acesso em: 18 jun. 2018.

LIMA, José Jeronymo de Azevedo. Relatório do Hospital à Candelária, de 30 de Setembro de 1880. Relatório do Medico (1880). In: SOUZA-ARAÚJO, Heráclides-Cesar de. **História da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Imprensa, 1946, p. 482-485.

LOPES, João Pereira. Relatório do movimento e estado do Hospital dos Lázaros precedido de algumas considerações acerca da morfêia, seu tratamento e experiências que se fizeram nesse mesmo hospital no ano de 1869. In: SOUZA-ARAÚJO, Heráclides-Cesar. **História da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Imprensa, 1946. p. 463-471.

LUTZ, Adolpho. A transmissão da lepra pelos mosquitos. Conferencia de Unificação da Campanha contra a lepra. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, ed. 233, p. 32, 1º out. 1933. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/030015\\_05/36819](http://memoria.bn.br/DocReader/030015_05/36819). Acesso em: 14 mar. 2019.

MAGALHÃES, José Lourenço de. A morphéa é contagiosa? **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, n. 6, 1893a. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/081272/2801>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MAGALHÃES, José Lourenço de. A morphéa é contagiosa? **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 23 paginação total do artigo, 1893b. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/081272/2773>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MENEZES, Waldir. As duas cartas. **Vida Capichaba**, ed 365, p. 3, 1934. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/156590/12665>. Acesso em: 6 maio 2020.

MOURÃO, Mario. Um flagello nacional. Mourão. **Jornal do Commercio**, 5 de setembro de 1915, ed. 247, p. 5. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_10/31634](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_10/31634). Acesso em: 6 jul. 2019.

NEIVA, Arthur; PENNA, Belisario. Viagem científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 74-224, 1916. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02761916000300001>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-02761916000300001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02761916000300001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 6 maio 2019.

NOS DOMINIOS da administração sanitaria. **Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, ano 45, n. 12, p. 280-281, 21 mar. 1931. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/fiocruzbrazilmedico/17844>. Acesso em: 30 nov. 2019.

NOVAES, Americo. **Diário da Manhã**, ed 3451, p. 8, 11 abr. 1937. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/572748/46691>. Acesso em: 18 maio 2020.

O LEPROSARIO de Itanhenga. **Diário da Manhã**, ed. 2727, 15 jun. 1934. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/572748/40102>. Acesso em: 18 maio 2020.

OMNIBUS para Itanhenga. **Diário da Manhã**, ed. 3451, p. 1, 11 abr. 1937. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/572748/46684>. Acesso em: 18 maio 2020.

PENNA, Belisário. **Saneamento do Brasil**: sanear o Brasil é povoal-o, é enriquecel-o. 2. edição. Rio de Janeiro: Typ. Rev. dos Tribunais, 1923. Coleção Obras Raras Fiocruz.

Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/media.details.php?mediaID=235>. Acesso em 20 mar 2019.

PEREIRA, Miguel. O Brasil ainda é um imenso hospital. **Revista de Medicina**, v. 3, n. 22, p. 3-9, 1 ago. 1922. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v3i22p3-9>. Acesso em: 5 maio 2019.

PROGRAMA das festas de Itanhenga. **Diário da Manhã**, ed. 3451, p. 1, 11 abr. 1937, Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/572748/46684>. Acesso em: 18 maio 2020.

PUPO, J. Aguiar. O óleo de Chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 2, n. 3, 1926. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/100782/O-oleo-de-Chaulmoogra-e-as-flacourtiaceas-do-Brasil>. Acesso em: 19 set. 2019.

QUARTO Centenário. **Vida Capichaban**, Vitória, ed. 388 p. 19, 15 jun. 1935. Disponível em: Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/156590/13418>. Acesso em: 6 maio 2020.

RODRIGUES, Nina. Contribuições para o estudo da lepra na Província do Maranhão. **Gazeta Médica da Bahia**, n. 3, p. 105-113, 1888. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/165646/8780>. Acesso em: 10 ago. 2017.

ROGERS, Leonard; MUIR, Ernest. **Lepra**. Tradução de Hamilton Palermo. Rio de Janeiro: Livraria Médica Editora, 1937.

ROTBERG, Abrahão. O pejorativo "lepra" e a grande vítima de grave erro médico-social-histórico: a indefesa América Latina. **Revista de História**, São Paulo, v. 51, n. 101, p. 295-304, mar. 1975. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9141.rh.1975.132907>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/132907>. Acesso em: 3 ago. 2018.

SAUDE publica. **Brazil-Medico**. Rio de Janeiro, ano 46, n. 37, p. 801, 10 de setembro de 1932, p. 801. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/fiocruzbrasilmedico/23774>. Acesso em: 30 nov. 2019.

SERÁ inaugurado, domingo, o Leprosário de Itanhenga. **Diário da Manhã**, ed. 3447, p. 1, 7 abr. 1937. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/572748/46640>. Acesso em: 18 maio 2020.

SILVA, J. Ramos e. A chimiotherapia da lepra; seu estado actual. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 2, n. 1, 1926. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/100782/O-oleo-de-Chaulmoogra-e-as-flacourtiaceas-do-Brasil>. Acesso em: 19 set. 2019.

SORVETE dansante. **Vida Capixaba**, Vitória, ed. 399, p. 23, 1935. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=156590&pesq=lepra>. Acesso em: 23 jul. 2015.

SOUZA-ARAUJO, Heráclides César de. A lepra no Espírito Santo e a sua prophylaxia: a "Colônia de Itanhenga" - Leprosario modelo. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 551-605, 1937. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-02761937000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02761937000400008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 nov. 2018.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César de. Contribuição á Epidemiologia e Prophylaxia da Lepra no Norte do Brasil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 165-337, set. 1933. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-02761933000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02761933000300001&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 nov. 2018.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides Cesar de. **História da lepra no Brasil**: período republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Imprensa, 1956.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César de. **História da lepra no Brasil**: períodos colonial e monárquico (1500-1889). Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Imprensa, 1946.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César de. Poderá o carrapato transmitir a lepra? **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 577-584, 1941. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02761941000400002> Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-02761941000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02761941000400002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 abr. 2019.

TELEGRAMMAS recebido pelo Sr. Presidente do Estado. **Diário da Manhã**, 8 de janeiro de 1930, ed. 2231, p. 1. Disponível em: <http://memoria.bn.br/docreader/572748/33328>. Acesso em 18 maio 2020.

VÁRIAS notícias. **Jornal do Commercio**, Rio de Janeiro, ed. 285, p. 529 nov. 1928. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/364568\\_11/31398](http://memoria.bn.br/DocReader/364568_11/31398). Acesso em: 18 nov. 2019.

## REFERÊNCIAS DE APOIO

### A B

ABU-EL-HAJ, Jawdat. Da “Era Vargas” à FHC: transições políticas e reformas administrativas. **Revista de Ciências Sociais**, v. 36, n. 1/2, p. 33-51, 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/560>. Acesso em: 25 nov. 2019.

ACKERKNECHT, Erwin H, Anticontagionism between 1821 and 1867: The Fielding H. Garrison Lecture. **International Journal of Epidemiology**, v 38, n. 1, p. 7–21, fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyn254>. Acesso em: 30 mar 2018.

AGRÍCOLA, Ernani. **A lepra no Brasil** (Resumo histórico). In: BRASIL. Serviço Nacional de Lepra. Manual de Leprologia. Rio de Janeiro: SNL, 1960. p. 11-29.

AMARAL, Isabel. Bactéria ou parasita? A controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1275-1300, dez. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702012000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702012000400010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 1 dez. 2018.

ARAÚJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba , v. 36, n. 3, p. 373-382, jun. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>.



Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822003000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000300010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 jul. 2020.

BECHLER, Reinaldo Guilherme. Agruras de um cientista: Armauer Hansen e a lepra na Noruega. *In: MOLLO, Helena (Org.). Biografia e História das Ciências: debates com a história da historiografia*. Ouro Preto: Edufop/PPGHIS, 2012a, p. 45-63. Disponível em: <https://www.editora.ufop.br/index.php/editora/catalog/view/35/23/80-1>. Acesso em: 3 abr. 2019.

BECHLER, Reinaldo Guilherme. Hansen versus Neisser: controvérsias científicas na ‘descoberta’ do bacilo da lepra. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.815-841, jul./set. 2012b.

BECHLER, Reinaldo Guilherme. Isolamento compulsório de leproso: percalços de um paradigma. **Mimesis**, Bauru, v. 29, n. 2, p. 5-42, 2008. Disponível em: [https://secure.usc.br/static/biblioteca/mimesis/mimesis\\_v29\\_n1\\_2008\\_art\\_01.pdf](https://secure.usc.br/static/biblioteca/mimesis/mimesis_v29_n1_2008_art_01.pdf). Acesso em: 3 fev. 2018.

BECHLER, Reinaldo Guilherme. Muito mais do que isolamento em questão: ciência, poder e interesses em uma análise das duas primeiras Conferências Internacionais de Lepra – Berlim 1897 e Bergen 1909. **Temporalidades**, v. 1, n. 2, ago./dez. 2009. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/temporalidades/article/view/3020/2226>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BECHLER, Reinaldo Guilherme. Re-conhecendo Armauer Hansen: o cientista da lepra e o personagem histórico. **Fronteiras**, v. 13, n. 23, p. 59-96, 2011. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/FRONTEIRAS/article/view/1420/843>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BECHLER, Reinaldo Guilherme; DELIZOICOV, Demétrio. Rudolf Virchow, divulgador científico? **História da Ciência e Ensino: construindo interfaces**, [S.l.], v. 12, p. 14-34, out. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/hcensino/article/view/22344>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Adolpho Lutz: um esboço biográfico. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 13-83, abr. 2003 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000100002>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 mar. 2019.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Editora UFRJ, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6p4jp>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BENCHIMOL, Jaime Larry; SÁ, Magali Romero. Adolpho Lutz e as controvérsias sobre a lepra. *In: BENCHIMOL, Jaime L.; SÁ, Magali Romero (Org.). Adolpho Lutz - Hanseníase*. Rio de Janeiro: SciElo-Editora Fiocruz, v. 1, livro 2, 2004. p. 27-116. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575412367>. Acesso em: 9 mar. 2018.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, [1996?].

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. (Antropologia & Saúde collection). Disponível em: SciELO Books <https://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-9788575412886.pdf>. Acesso em: 5 out. 2019.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**: edição pastoral. São Paulo: Paulus, 1990.

BOLSANELLO, Maria Augusta. Darwinismo social, eugenia e racismo “científico”: sua repercussão na sociedade e na educação brasileiras. **Educar**, Curitiba, n. 12, p. 153-165, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/er/n12/n12a14>. Acesso em: 3 abr. 2019.

BRITTO, N. **Oswaldo Cruz**: a construção de um mito na ciência brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org/id/t7/pdf/britto-8585676094.pdf>. Acesso em: 4 maio 2019.

BROWNE, Stanley George. **Lepra na Bíblia**: estigma e realidade. Tradução de Vera Ellert Ochsenhofer. Viçosa: Ultimato, 2003.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 9 abr. 2018.

## C D E

CABRAL, Dilma. **Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CABRAL, Dilma. Lepra, morfeia ou elefantíase-dos-gregos: a singularização de uma doença na primeira metade do século XIX. **História Unisinos**, v. 10, n. 1, p. 35-44, 2006. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/6168>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CAPONI, Sandra. Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 113-149, abr. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 jun. 2018.

CAPONI, Sandra. Trópicos, microbios y vectores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. p. 111-138, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 1 nov. 2018.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados**: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CARVALHO, Keila Auxiliadora. Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.541-557, abr./jun. 2015.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio 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. Disponível em: <http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/lildbi/docsonline/antologias/eh-594.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2019.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. *In*: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Org.). **Cuidar, controlar, curar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 249-293.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jun. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982008000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 ago. 2015.

CASTRO, Selma Munhoz Sanches de; WATANABE, Helena AkemiWada. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449-487, jun. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-702009000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-702009000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1º ago. 2015.

CAVALIERE, Irene. **Hanseníase na História**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1182&sid=7>. Acesso em: 23 ago. 2015.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 2014.

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

COLEMAN-ALLER, Samantha. **“Ressurreição de Lázaro”**. Mar. 2018. In: Casa-museu Medeiros e Almeida. Disponível em: <http://www.casa-museumedeirosalmeida.pt/pecas/ressureicao-lazaro-destaque-marco-2018/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

CONCLUSÕES do 5.º Congresso Internacional de Lepra, Reunido em Cuba — Abril de 1948. **Rev. Bras. Leprol.**, v. 16, p. 225-243, 1948. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/1948/PDF/v16n3/v16n3con.pdf>. Acesso em: 29 maio 2020.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 7., 1958, Tóquio. **Rev. Bras. Leprol.**, v. 27, n. 1, p. 39-66, jan./mar. 1959. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/braslepro/1959/PDF/v27n1/v27n1conglepro.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2020.

COSTA, Dilma Fátima Avelar Cabral da. **Entre ideias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)**. 2007. 410 f. Tese. (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em: [http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007\\_COSTA\\_Dilma\\_Fatima\\_Avellar\\_Cabral\\_da-S.pdf](http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_COSTA_Dilma_Fatima_Avellar_Cabral_da-S.pdf). Acesso em: 5 jan. 2015.

CROSBY, Alfred W. **Imperialismo ecológico: a expansão biológica da Europa: 900 -1900**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CUETO, Marcos; PALMER, Steven. **Medicina e Saúde Pública na América Latina: uma história**. Tradução de Sergio Lamarão. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz, 2016.

CUNHA, Vivian da Silva. **Centro Internacional de Leprologia: ciência, saúde e cooperação internacional no Brasil do entre guerras (1923-1939)**. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16249/2/147.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CUNHA, Vivian da Silva. Isolados ‘como nós’ ou isolados ‘entre nós’?: a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 4, p. 939-954, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702010000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000400006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 mar. 2019.

CUNHA, Vivian da Silva. **O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920 – 1941)**. 2005. 142 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4004>. Acesso em: 20 ago. 2015.

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. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/historiadahanseníase/media/DissertacaoCuri.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

CURI, Luciano Marcos. **Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil**. 2010. 394 f. Tese. (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VGRO-8D8P6P>. Acesso em: 13 ago. 2016.

CYPRESTE, Dora Martins; VIEIRA, Alda. **Hospital Dr. Pedro Fontes, antiga Colônia de Itanhenga: hanseníase: do isolamento compulsório à ressocialização**. Vitória: SECULT, 2014.  
CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DIAMOND, Jared. **Armas, germes e aço: os destinos das sociedades humanas**. Tradução de Silvia de Souza Costa, Cyntia Cortes, Paulo Soares. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

DINIZ, Eli. Engenharia institucional e políticas públicas: dos conselhos técnicos às câmaras setoriais. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 21-38. Disponível em: [https://cpdoc.fgv.br/producao\\_intelectual/arq/142.pdf](https://cpdoc.fgv.br/producao_intelectual/arq/142.pdf) . Acesso em: 28 nov. 2019.

EDLER, Flavio Coelho. **Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

EIDT, Leticia Maria. **O mundo da vida do ser hanseniano**: sentimentos e vivências. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/han-12709>. Acesso em: 17 jun. 2017.

### F G H K

FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína (Org.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006.

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

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCO, Sebastião Pimentel; BARROS, Luiz Arthur Azevedo. A lepra no Espírito Santo: de fagueira ilusão à Colônia de Itanhenga. **Dimensões**, Vitória, v. 34, p. 228-254, 2015. Disponível em <http://www.periodicos.ufes.br/dimensoes/article/view/11117/7764>. Acesso em: 4 out. 2015.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NOGUEIRA, André; MARLOW, Sérgio Luiz. A Colônia de Itanhenga (Espírito Santo): edificação e vida em (mais) um leprosário brasileiro. *In*: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino Traço, 2017. p. 295-323. v. 7.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CASA OSWALDO CRUZ. **A ciência a caminho da roça**: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1992. Disponível em SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 20 maio 2020.

GINZBURG, Carlo. **História noturna**: decifrando o sabá. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2005.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpoc, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. *In*: BOMENY, Helena (Org.). **Constelação Capanema**: intelectuais e políticas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; Bragança Paulista: Ed. Universidade de São Francisco, 2001. p. 127-151. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/6702/1223.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 nov. 2019.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em revista**, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/1550/155016226009.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 40-61, 1993. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/1956/1095>. Acesso em: 11 maio 2019.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 73-93. Disponível em [https://www.academia.edu/1045511/O\\_que\\_h%C3%A1\\_de\\_novo\\_Pol%C3%ADticas\\_de\\_sa%C3%BAde\\_p%C3%ABlica\\_e\\_previd%C3%A2ncia\\_1937-45\\_1999\\_](https://www.academia.edu/1045511/O_que_h%C3%A1_de_novo_Pol%C3%ADticas_de_sa%C3%BAde_p%C3%ABlica_e_previd%C3%A2ncia_1937-45_1999_). Acesso em: 28 nov. 2019.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

### L M N

LIMA, Nísia Trindade. Uma brasileira médica: o Brasil Central na expedição científica de Arthur Neiva e Belisário Penna e na viagem ao Tocantins de Julio Patemostro. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 229-248, jul. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000500011>. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000500011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000500011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 8 maio 2019.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. Oliveira; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Org.). **Raça, ciência e sociedade**, v. 1, p. 23-40, 1996. DOI: 10.7476/9788575415177. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/djnty/epub/maio9788575415177.epub>. Acesso em: 8 maio 2019.

LIMA, Zilda Maria Menezes. “**O grande polvo de mil tentáculos**”: a lepra em Fortaleza (1920-1942). 2007. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp057067.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

MACIEL, Laurinda Rosa. “**Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade**”: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). 2007. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em: [http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007\\_MACIEL\\_Laurinda\\_Rosa-S.pdf](http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_MACIEL_Laurinda_Rosa-S.pdf). Acesso em: 25 mai. 2015.

MANINI, Marli Penteadó. A evolução da terapêutica. *In*: MONTEIRO, Yara Nogueira (Org.). **História da hanseníase no Brasil: silêncio e segregação**. São Paulo: LEER/USP; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 49-58.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MIGUEL, Lucieny de Faria Souza; NOGUEIRA, Joseli Maria da Rocha. Bacteriologia. *In*: MOLINARO, Etelcia Moraes Caputo *et al.* (Org.). **Conceitos e Métodos para formação de profissionais em laboratórios de saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV; IOC, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap3.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Boletim Epidemiológico de Hanseníase 2020**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-hanseníase-2020>. Acesso em: 28 jun. 2020.

MONTE, Raquel Santos. **Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas sob a ótica de gênero**. 2011. 92 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: [http://uece.br/cmaccis/dmdocuments/raquel\\_santos-monte.pdf](http://uece.br/cmaccis/dmdocuments/raquel_santos-monte.pdf). Acesso em: 27 jun. 2017.

MONTEIRO, Yara Nogueira. A hanseníase em São Paulo: o “modelo paulista” de isolamento. *In*: MONTEIRO, Yara Nogueira (Org.). **História da hanseníase no Brasil: silêncio e segregação**. São Paulo: LEER/USP; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 371-402.

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

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo**. **Hansen Int.**, v. 12, n. 1, p. 1-7, 1987. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/imageBank/738-2444-1-PB.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Imaginário sobre a lepra e a perpetuação dos medos. *In*: MONTEIRO, Yara Nogueira; CARNEIRO, Maria Luiza Tucci (Org.). **As doenças e os medos sociais**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012. p. 83-102.

NAXARA, Márcia Regina Capelari. **Estrangeiro em sua própria terra: representações do brasileiro, 1870/1920**. São Paulo: Annablume, 1998.

NERIS, Cidinalva Silva Câmara. **Estigma e isolamento social: lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil**. Jundiá: Paco Editorial/EDFUMA, 2014.

NERIS, Cidinalva Silva Câmara. O Leprosário do Bonfim e a política de controle e combate à hanseníase no Maranhão. *In*: MONTEIRO, Yara Nogueira (Org.). **História da hanseníase no**

**Brasil:** silêncio e segregação. São Paulo: LEER/USP; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 123-143.

## O P R

OLINTO, Beatriz Anselmo; SILVA, Bruna. Paraná: lepra e sua profilaxia entre narrativas e esquecimentos (1913-1954). *In:* MONTEIRO, Yara Nogueira (Org.). **História da hanseníase no Brasil:** silêncio e segregação. São Paulo: LEER/USP; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 405-429.

OLIVEIRA, Carolina Pinheiro Mendes Cahu de. **De lepra à hanseníase** : mais que um nome, novos discursos sobre a doença e o doente 1950-1970. 2012. 246 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11000/1/Tese%20-%20Carolina%20Pinheiro%20Mendes%20Cahu%20de%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. **A questão nacional na Primeira República**. São Paulo: Brasiliense; Brasília: CNPq, 1990.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. Apresentação. Introdução. *In:* OLIVEIRA, Lúcia Lippi; VELLOSO, Mônica Pimenta; GOMES, Ângela Maria de Castro (Org.). **Estado Novo: ideologia poder**. Rio Janeiro: Zahar Ed., 1982. p. 7-30. (Política e Sociedade). Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/6847>. Acesso em: 28 nov. 2019.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo. Adolpho Lutz, uma vida dedicada à hanseníase. *In:* OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo (Org.). **Adolpho Lutz - Hanseníase**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora Fiocruz, v. 1, livro 2, 2004. p. 11-17. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575412367>. Acesso em: 9 mar. 2018.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo. **História**. *In:* OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo (editor). **Noções de Hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, p. 1-5, 2000. Disponível em: [http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA\\_DILTOR\\_nocoos/PDF/hist.pdf](http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoos/PDF/hist.pdf). Acesso em: 16 jun. 2020.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo. Terapêutica da hanseníase. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 30, p. 345-350, jul./set. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy-free world. **Weekly Epidemiological Record**, vol. 94, 35/36, p. 389 – 412, 30 ago. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326776/WER9435-36-389-411-en-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Módulos de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades**. Módulo 2: Saúde e doença na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo\\_principios\\_epidemiologia\\_2.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_2.pdf). Acesso em: 21 mar. 2019.



PANDOLFI, Dulce. Apresentação. *In*: PANDOLFI, Dulce (Org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 9-14. Disponível em: [https://cpdoc.fgv.br/producao\\_intelectual/arq/142.pdf](https://cpdoc.fgv.br/producao_intelectual/arq/142.pdf). Acesso em: 28 nov. 2019.

PANDYA, Shubhada S.. The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 161-177, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000400008>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000400008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 jun. 2020.

PAVANI, Elaine Cristina Rossi. **O isolamento no Hospital Colônia Pedro Fontes, Itanhenga/ES e a caracterização da população do Educandário Alzira Bley no período de 1937 a 1979**. 2013. 190 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: [http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3605/1/tese\\_6817\\_elaine.pdf](http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/3605/1/tese_6817_elaine.pdf). Acesso em: 12 jul. 2018.

POLETTI, Ronaldo. 1934. **Coleção Constituições Brasileiras**. 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. v. 3. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137602/Constituicoes\\_Brasileiras\\_v3\\_1934.pdf?sequence=10&isAllowed=y](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/137602/Constituicoes_Brasileiras_v3_1934.pdf?sequence=10&isAllowed=y). Acesso em: 16 jan. 2020.

PORTELLI, Alessandro. **História oral como arte da escuta**. Tradução de Ricardo Santiago. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

PORTER, Roy. **Das tripas coração: uma breve história da medicina**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

REVEL, Jacques. Microanálise e construção do social. *In*: REVEL, Jacques (Org.). **Jogos de escalas: a experiência da microanálise**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 34-38.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 1 nov. 2018.

RIBEIRO, Maria de Nazareth de Souza. A hanseníase e a medicina do confinamento no Amazonas. *In*: MONTEIRO, Yara Nogueira (Org.). **História da hanseníase no Brasil: silêncio e segregação**. São Paulo: LEER/USP; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 79-97.

RIBEIRO, Maria de Nazareth de Souza. **De leprosário a bairro: reprodução social em espaços de segregação na Colônia Antônio Aleixo (Manaus- AM)**. 2011. 283 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-27102011-091535/pt-br.php>. Acesso em: 23 ago. 2016.

RICOUER, Paul. **A memória, a história e o esquecimento**. 6. ed. Campinas: Unicamp, 2014.

RICOUER, Paul. **Memória, história, esquecimento**. Palestra. Conferência Internacional “Haunting Memories? History in Europe after Authoritarianism”, Budapeste, 8 de março de

2003. Disponível em: [https://www.uc.pt/fluc/uidief/textos\\_ricoeur/memoria\\_historia](https://www.uc.pt/fluc/uidief/textos_ricoeur/memoria_historia). Acesso em: 22 jul. 2020.

RILEY, Eleanor M. The London School of Hygiene and Tropical Medicine: a new century of malaria research. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 95, supl. 1, p. 25-32, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762000000700004>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S007402762000000700004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S007402762000000700004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 mar. 2019.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: HUCITEC/UNESP, 2006.

ROTBURG, Abrahão. Bases da moderna profilaxia da lepra. Plano recomendado para o Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Leprol.**, v. 35, n. ¼, p. 3-11, jan./dez. 1967. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/braslepro/1967/PDF/v35n1-4/v35n1-4a01.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

## S T V W Z

SANTOS, Adilson Silva. Jornal “O Cachoeirano” e o debate político no Espírito Santo da Primeira República (1887-1909). **Revista de História da UEG**, v. 2, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ueg.br/index.php/revistahistoria/article/view/2411/1536>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-46, mar. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 set. 2019.

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

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

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 253-274, dez. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000500014>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702011000500014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 maio 2020.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. “Os povos não sentem da mesma maneira”: Nina Rodrigues e o direito penal. *In*: HOCHMA, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade (Org). **Médicos Intérpretes do Brasil**, São Paulo: Hucitec, 2015. p. 3-26.

SCHWARTZMAN, Simon. **Estado Novo, um autorretrato**. Brasília: CPDOC/FGV. Editora Universidade de Brasília. 1983. (Coleção Temas Brasileiros, 24). Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/224771596\\_Estado\\_Novo\\_um\\_autoretrato\\_Arquivo\\_Gustavo\\_Capanema](https://www.researchgate.net/publication/224771596_Estado_Novo_um_autoretrato_Arquivo_Gustavo_Capanema). Acesso em: 2 fev. 2020.

SCLIAR, Moacyr. **Lepra: a maldição divina**. 2019. Disponível em <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/lepra-a-maldicao-divina.phtml>. acesso em: 16 jun. 2020.

SKIDMORE, Thomas. **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro** (Introdução e capítulo I). São Paulo: Paz e Terra, 1976.

SLENES, Robert W. Apresentação. In: NAXARA, Márcia Regina Capelari. **Estrangeiro em sua própria terra: representações do brasileiro, 1870/1920**. São Paulo: Annablume, 1998. p. 11-13.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora / Aids e suas metáforas**. Tradução de Paulo Henriques Britto e Rubens Figueiredo. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOURNIA, Jean-Charles; RUFFIE, Jacques. **As epidemias na história do homem**. Tradução de Joel Goes. Lisboa: Edições 70, 1984.

SOUZA, Letícia Pumar Alves de. **Sentidos de um “país tropical”**: a lepra e a Chaulmoogra brasileira. 2009. 167 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/3986/000038.pdf?sequence=2>. Acesso em: 3 mar. 2015.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. **Em busca do Brasil: Edgard Roquete Pinto e o retrato antropológico brasileiro (1905-1935)**. Rio de Janeiro: FGV Editora; Editora Fiocruz, 2017.

THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Penna: notas fotobiográficas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 387-404, ago. 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000200008>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 6 maio 2019.

TRONCA, Ítalo. **As máscaras do medo: lepra e aids**. São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.  
VITAL, André Vasques. O problema da enfermidade no novo mundo: uma análise crítica do “imperialismo ecológico” de A. Crosby. **Revista de História**, v. 3, n. 1, p. 18-27, 2011. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/rhufba/article/view/27901/16569>. Acesso em: 19 jun. 2019.

WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. A reforma administrativa no Brasil: experiência anterior, situação atual e perspectivas - uma apreciação geral. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 49 a 59, ago. 1984. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10623>. Acesso em: 25 nov. 2019.

WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. O governo provisório de 1930 e a reforma administrativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 5-68, nov. 1975. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6017/4683>. Acesso em: 25 nov. 2019.

ZAMPARONI, Valdemir. Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. **História Ciência Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 13-39, jan. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702017000100013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702017000100013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 ago. 2017.

ZANETTI, Thiago. Imigração estrangeira sob a ótica do jornal A Província do Espírito Santo (1882/1889). *In*: ENCONTRO NACIONAL DA REDE ALFREDO DE CARVALHO, 3., 2005, Novo Hamburgo. **Anais eletrônicos** [...]. Nova Hamburgo, 2005. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/alcar/encontros-nacionais-1/encontros-nacionais/3o-encontro-2005-1/IMIGRACaO%20ESTRANGEIRA%20SOB%20A%20OTICA%20DO%20JORNAL%20A%20PROVINCIA%20DO%20ESPIRITO%20SANTO.doc/view>. Acesso em: 12 jun. 2018.

ZYLBERMAN, Patrick. O “pecado visível”: lepra na Europa Medieval. *In*: **Lepra (Hanseníase)**: uma breve história. Reino Unido: Centre for Global Health Histories; The University of York, 2016. p. 20-23.

**APÊNDICE A – AÇÕES DE COMBATE À LEPROSA CUSTEADAS PELA UNIÃO E  
BENEFICIÁRIOS DOS RECURSOS FEDERAIS ENTRE 1931 E 1940**

Cont,

<b>ANO</b>	<b>TIPO DE AÇÃO</b>	<b>BENEFICIADOS COM VERBAS FEDERAIS</b>
1931	Manutenção	DF
1932	Construção de leprosário	MA, DF
	Manutenção	DF
1933	Construção e ampliação de leprosários	MA, DF, ES, MG
	Instalações	MG
	Manutenção	DF
1934	Construção e ampliação de leprosários	MA, RN, ES, RJ, MG, DF
	Manutenção	PA, DF
	Pesquisa	Centro Internacional de Leprologia
1935	Construção e ampliação de leprosários	MA, PE, ES, DF, PR, RS, MG
	Manutenção	PA, DF
	Fiscalização	Não especificado
	Pesquisa	Centro Internacional de Leprologia
1936	Construção e ampliação de leprosários	PA, MA, CE, PB, PE, ES, RJ, DF, PR, SC, RS, MG
	Instalações	AM, PA, MA, DF
	Manutenção	RJ, DF
	Medicamento	AM, PA, MA, PI, PR, MT
	Construção de preventórios	BA
	Fiscalização	Não especificado
	Pesquisa	Centro Internacional de Leprologia
Subvenções a instituições de assistência aos lázaros	MA, MG	
1937	Construção e ampliação de leprosários	AM, PA, MA, PI, CE, RN, PB, PE, AL, SE, ES, RJ, DF, SP, MT, PR, SC, RS, MG, GO
	Instalações	CE, PE, RJ, DF, SC, RS
	Manutenção	MA, DF
	Medicamento	PA, MA, PI, CE, RN, PE, BA, ES, RJ, PR, MG
	Pesquisa	Centro Internacional de Leprologia
	Subvenções a instituições de assistência aos lázaros	MA, DF, MG

<b>ANO</b>	<b>TIPO DE AÇÃO</b>	<b>BENEFICIADOS COM VERBAS FEDERAIS</b>
1938	Construção e ampliação de leprosários	AM, PA, MA, PI, CE, RN, PB, PE, AL, SE, BA, RJ, DF, SP, MT, PR, SC, RS, MG, GO
	Instalações	PB, RS, MG
	Manutenção	MA, ES, RJ, DF
	Medicamento	AM, PA, CE, PE, ES, PR, RS, MG, MT
	Censo de Lepra	PA, CE, PE, BA, MT, RS, GO
	Construção e instalação de preventórios	PB, DF, MG
	Pesquisa	Centro Internacional de Leprologia
	Subvenções a instituições de assistência aos lázaros	AM, MA, PI, CE, PE, BA, RJ, DF, MG, SP, GO
1939	Construção e ampliação de leprosários	AM, PA, MA, PI, CE, RN, PE, AL, SE, BA, SP, MT, PR, RS, MG, AC
	Instalações	PA, CE, PE, AL, SE, MT, SC, RS
	Manutenção	MA, ES, RJ, DF, SC
	Medicamento	AC, AM, PA, PI, CE, RN, ES, DF, RS
	Censo de Lepra	PA, CE, PE, BA, MT, RS, MG, GO
	Construção e instalação de preventórios	AM, PA, MA, CE, PB, PE, ES, RJ, DF, SC, RS, MG
	Pesquisa	Centro Internacional de Leprologia
	Subvenções a instituições de assistência aos lázaros	AM, PA, MA, PI, CE, RN, PE, BA, ES, RJ, DF, SC, MG, SP, MT
1940	Construção e ampliação de leprosários	AC, AM, PA, MA, PI, CE, PB, PE, AL, SE, BA, ES, RJ, DF, SP, MT, MG, GO
	Instalações	AM, PA, PI, CE, PB, PE, MT, GO
	Censo de Lepra	PA, MA, CE, PE, BA, ES, RJ, MT, SC, RS, MG, GO
	Medicamento	AC, AM, PA, PI, RN, ES, DF, PR, SC, RS, MG, MT
	Construção e instalação de preventórios	AM, PA, MA, CE, RN, PE, BA, RJ, SP, PR, SC, RS, MG
	Subvenções a instituições de assistência aos lázaros	AM, PA, MA, PI, CE, RN, PB, PE, BA, ES, RJ, DF, SC, MG, SP, MT, GO

Fonte: Lepra: gastos da União de 1931 a 1940 (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 591-607).

Nota: Elaboração da autora (2020).

## ANEXO A – INSTRUÇÕES PARA O SERVIÇO DE CENSO DA LEPROSA

I - Dependendo a exata orientação técnico-administrativa da campanha contra o mal de hansen do serviço de censo da lepra, cuja execução, pela sua complexidade, requer de quem o realiza habilitação especial, deve este serviço ser confiado a pessoal que demonstre aptidão para o cargo, seja por meio de diploma conferido por um curso especializado, seja mediante suficiente prova de estágio em qualquer serviço de profilaxia da lepra;

II - Na execução do serviço deve o médico encarregado do censo de lepra:

a) preliminarmente entrar em entendimento com as autoridades locais e, a fim de ambientar-se e obter o apoio imprescindível ao desempenho do seu mister;

b) entrevistar-se com o corpo médico da localidade onde vai desenvolver sua função, com o intuito de solicitar-lhe os informes que estão ao seu alcance, relativos a enfermos de lepra ou suspeitos;

c) solicitar às farmácias locais informações sobre a saída de medicamentos usados para a lepra e para dermatoses capazes de serem reproduzidas pela infecção hanseniana, afim de encontrar a pista de algum enfermo ou suspeito;

d) solicitar às pessoas mais influentes e mais conhecedores da area de investigação e capacidades de prestar informações, esclarecimentos sobre a existencia de portadores de enfermidades exteriorizadas por lesões e atribuíveis á lepra;

e) recorrer ao registro de óbitos nos cartórios locais, com objetivo de se certificar dos casos registrados aí como sendo de lepra, e seguir, dentro de todas as possibilidades, no encaço da família do extinto;

f) recorrer aos arquivos dos hospitais, aos serviços sanitários e quaisquer outros serviços médicos existentes na localidade, a fim de tomar conhecimento dos enfermos que por aí passaram com diagnostico de lepra;

III – Para a fiel execução de seu mister, deve o médico levar em conta toda sorte de informações idoneas referentes a doentes atuais, e procura-los, onde quer que seja, bem como seus comunicantes, para o necessário o exame.

IV - Não deve ser desprezada nenhuma informação sobre doentes já falecidos, mesmo em época remota, pois isto favorecerá a descoberta dos ex-comunicantes e se constituirá elemento para inquérito retrospectivo sobre a propagação da endemia leprosa.

V- A permanencia do médico na localidade em estudo, deverá ser a menor possivel, devendo, por conseguinte, o serviço ser executado da maneira a mais completa e sem prejuiso de tempo. É útil salientar que quanto maior o tempo de permanencia na zona rural mais difficil se torna a descoberta de leprosos, pelo modo como se divulga no interior a presença do médico, sendo sua missão frequentemente deturpada ocasionando isto a ocultação dos doentes.

VI - A visita em determinada localidade se deve sempre sem comunicação prévia, pois a surpresa e a rapidez são valiosos auxiliares do serviço;

VII – Após o necessário o entendimento com autoridades locais, deve o medico traçar previamente seu itinerário de serviço, o qual figurará com as alterações feitas, no relatório de trabalho.

VII - Não deve ser esquecido que um enfermo se torna facilmente um indicador de outro doente, devendo, portanto, ser utilizado este recurso para procura de outro enfermo;

IX - O médico recensionista deve manter-se em absoluta reserva em relação aos casos encontrados, e em relação ás fontes de informações.

X - Deve ser evitada na execução dessa tarefa a cooperação policial resalvando-se os casos muito especiais de rebeldia. O enfermo deve ser dominado pela persuasão e bondade dos que o for examinar.

XI - O médico recensionista deverá seguir para a zona de ação devidamente munido de fichas epidemiológica e clínica, bem como de todo o material constante do estojo de serviço, procurando antes obter informações nos serviços sanitários e instituições particulares com referencia a doentes de lepra e seus comunicantes das localidades onde vai trabalhar.

XII - No desenvolvimento do trabalho deve ser preenchida a ficha epidemiológica e clínica, anotando-se nela todos os dados, com a maior minúcia e clareza possíveis. Os dados referentes a residencia devem ser decompostos em todos diversos termos, assinalando-se o nome do município, distrito e a toponimia da região em que reside o enfermo. Os dados deverão ser registrados conforme determinam as Instruções para preenchimento das fichas.

XIII - O registro topográfico dos sintomas deve ser feito com todos os detalhes, bem como a classificação do caso deve ser consignada com maior precisão, e sempre que estiver ao alcance enquadrar o caso dentro da classificação em estudo. (Instruções para preenchimento de fichas).

XIV - O médico recensionista deverá procurar auxiliar o enfermo no máximo de suas possibilidades, com o intuito de obter todos os dados constantes da ficha, e com a maior fidelidade possível.

XV - Finalizando o exame dermato-leproológico do enfermo, serão em seguida examinados todos os comunicantes intra-familiares e extra-familiares, e deverá ser praticada sistematicamente a colheita de todo o material necessário á elucidação diagnostica e ao controle epidemiológico.

XVI - A ficha será preenchida simultaneamente com o exame do doente e o fichamento deverá ser praticado sempre no domicilio do doente ou suspeito, onde serão igualmente fichados os comunicantes.

XVII - O médico deverá ter a preocupação de examinar o maior número possível de pessoas ligadas aos focos, não descurando que o exame deve ser praticado com verdadeiro interesse de investigação, e ilimitada prudência, acautelando-se das informações falsas.

XVIII - Sempre que as condições o exigirem, por motivo de alta incidência local de lepra, a investigação epidemiológica será extendida a todos os meios coletivos, muito particularmente aos meios escolares.



XIX - A preocupação do médico recensionista não deverá ser apenas a de fazer ficha, mas a de analisar também a situação dos focos sobre o ponto de vista epidemiológico, considerando as condições mesológicas e sociológicas da área investigação, para o ulterior estudo.

Fonte: Instruções para o serviço de censo de lepra (AGC-CPDOC/FGV, GC h 1935.09.02, f. 847)