

‘Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade’ –
Uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)

Laurinda R. Maciel



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Laurinda Rosa Maciel

“Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”:
uma história das políticas públicas
de combate à lepra no Brasil (1941-1962)

Niterói
2007

LAURINDA ROSA MACIEL

“Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”:
uma história das políticas públicas
de combate à lepra no Brasil (1941-1962)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em História. Área de Concentração: História Social.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos

Niterói
2007

LAURINDA ROSA MACIEL

“Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”:
uma história das políticas públicas
de combate à lepra no Brasil (1941-1962)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em História. Área de Concentração: História Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos (Orientador)
Departamento de História/Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Sergio Luis Carrara
Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Magali Gouveia Engel
Departamento de História/Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Gilberto Hochman
Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Luis Otávio Ferreira
Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Rachel Soihet (Suplente)
Departamento de História/Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Fernando Antonio Faria (Suplente)
Departamento de História/Universidade Federal Fluminense

M152e 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). / Laurinda Rosa Maciel.-
--Niterói, 2007.
xvi, 380f. : il.

Orientador: André Luiz Vieira de Campos
Tese (Doutorado) – Universidade Federal
Fluminense, Departamento de História, 2007.
Bibliografia: f.354-377.

1. Lepra – Hanseníase – História. 2. História das
doenças. 3. Políticas públicas de saúde. 4. Serviço
Nacional de Lepra. 5. Campanha Nacional contra a
Lepra. 6. Brasil. II. Universidade Federal Fluminense.
III. Título

CDD 616.998

RESUMO

Esta tese analisa as políticas públicas de saúde no Brasil em relação à lepra durante os anos de 1941 a 1962. Estes marcos cronológicos se referem respectivamente à criação do Serviço Nacional de Lepra (SNL) e ao término da obrigatoriedade do isolamento em leprosários dos afetados pela doença.

A criação deste Serviço se explica pelo panorama geral de reformulação dos serviços de saúde empreendida pela administração de Gustavo Capanema (1934-1945), num contexto de criação das primeiras políticas de saúde de caráter nacional. As ações do SNL se consolidaram nas décadas de 1940 e 1950, com a aplicação de uma política de profilaxia elaborada de forma a uniformizar o tratamento – o chamado modelo tripé, porém, que fosse capaz de contemplar as realidades regionais de país tão vasto.

Este cenário muda ao longo da década de 1950, após a descoberta de medicamentos, tais como sulfas e antibióticos. A organização da Campanha Nacional contra a Lepra em 1954, implantada primeiramente no Rio de Janeiro e, em 1959 ampliada para todo o território nacional, contribuiu para modificar a estratégia de combate à doença até então baseada no isolamento hospitalar. Em 1962, o Ministério da Saúde aprovou um decreto com normas técnicas especiais, redirecionando a política ao desqualificar o isolamento hospitalar como profilaxia apropriada para a doença.

ABSTRACT

The thesis analyzes health public policies concerning Hansen's disease, in Brazil, from 1941 to 1962. These chronological landmarks refer respectively to the creation of the Serviço Nacional de Lepra (SNL) and to the end of compulsory isolation in leprosariums of those affected by the disease.

The creation of this Service is justified by the general reformulation of health services, undertaken by Gustavo Capanema's administration (1934-1945), within a context of establishing the first health policies at national level. The actions of the SNL were consolidated in the 1940s' and 1950s' with the implementation of a prophylaxis policy designed, on one hand, to standardize the treatment - the so-called tripod model - and, on the other hand, to meet the regional realities of such a large country.

This situation changes along the 1950 decade after the discovery of drugs such as sulphas and antibiotics. The organization of the Campanha Nacional contra a Lepra in 1954, first implemented in Rio de Janeiro and spread in 1959 all over the national territory, has contributed to change the disease control strategy, based, until then, in hospital isolation. The Department of Health approved a decree, in 1962, issuing special technical rules, redirecting the policy by excluding hospital isolation as an adequate prophylaxis for leper.

RÉSUMÉ

Cette thèse analyse les politiques publiques de santé concernant la lèpre, au Brésil, pendant les années de 1941 à 1962. Ces références chronologiques se rapportent, respectivement, à la création du Serviço Nacional de Lepra (SNL) et à la fin de l'isolement obligatoire des malades aux léproseries.

La création de ce Service est justifiée par le cadre général de reformulation des services de santé, entreprise par l'administration de Gustavo Capanema (1934-1945), dans un contexte de création des premières politiques de santé au niveau national. Les actions du SNL ont été consolidées pendant les années 1940 et 1950 avec l'application d'une politique de prophylaxie élaborée pour uniformiser le traitement – le modèle connu comme tripartite – mais, en même temps, pour rendre compte des réalités régionales distinctes d'un si grand pays .

Ce scénario change tout au long des années 1950 avec la découverte de médicaments tels que des sulfas et des antibiotiques. L'organisation de la Campanha Nacional contra a Lepra en 1954, implantée premièrement au Rio de Janeiro, et étendue à tout le territoire national en 1959, a contribué pour modifier la stratégie de contrôle de la maladie, basée jusqu'alors sur l'isolement hospitalier. En 1962, le Ministère de la Santé a approuvé un décret contenant des normes techniques spéciales, en donnant une nouvelle direction à la politique par l'exclusion de l'isolement hospitalier comme une prophylaxie efficace pour la maladie de Hansen.

AGRADECIMENTOS

O trabalho demandado para se elaborar e finalizar uma tese é, por natureza, solitário. Por mais que se seja uma criatura gregária, os dias e as horas de pesquisa em bibliotecas, as noites e madrugadas, com leituras e fichamentos que parecem intermináveis, são solitários e silenciosos. Por mais que se queira estar acompanhado dos amigos, dos sobrinhos, dos pais, é preciso muita disciplina... e solidão. Espaço esse que foi quebrado pelas horas passadas com meu orientador, com trocas, leituras e discussões que a todo o momento me mostravam a direção certa a seguir, o melhor rumo a tomar e concluir. No entanto, quando se está na fase de finalização de um trabalho que me consumiu tanta energia durante certo tempo, e quando se pára para escrever os agradecimentos, é que se percebe que verdadeiramente nunca se esteve sozinha. Pessoas as mais diversas, amigos e colegas de trabalho, família, todo mundo torcendo para que tudo desse certo... tanta energia positiva circulando em torno de um objetivo comum, só podia dar certo...

A primeira pessoa que me vêm à memória e ao coração para agradecer é o prof. André Luiz Vieira de Campos, que, para além de orientador, foi amigo e me apoiou em todos os momentos nesta trajetória ao longo dos últimos cinco anos de minha vida acadêmica. Suas sugestões, críticas, incentivo e praticidade, que com a mão segura e firme do orientador e amigo, quando era preciso que este falasse mais alto, me conduziram com muita calma nesta caminhada. A ele, agradeço com a alma; meu muito obrigada por **tudo** e não foi pouco....

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em História da UFF, sobretudo aos professores Ronaldo Vainfas, Márcia Motta e Ronald Raminelli, por terem compreendido que eu necessitava de um prazo um pouco maior que aquele rigorosamente concedido atualmente pela CAPES e CNPq.

Agradeço aos professores Gilberto Hochman e Magali Engel que participaram da banca de qualificação desta tese, me fornecendo sugestões e críticas, a partir de um texto que, à época, se constituía num balão de ensaio ainda.... A qualificação da tese me mostrou que caminho deveria ser seguido e apontou valiosas contribuições. Além disso, muito me alegrou ter pessoas tão importantes na minha formação, num momento crucial do trabalho. Agradeço aos professores Sergio Luis Carrara e Luis Otávio Ferreira por terem aceitado o convite para participar da defesa final desta tese, com a certeza de que igualmente muito contribuirão. Meu agradecimento aos professores Rachel Soihet e Fernando Antonio Faria, suplentes da banca, por se disporem a participar.

Na Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, onde trabalho, várias pessoas torceram e cooperaram imensamente para este resultado final. À Ana Luce Girão Soares de Lima, Chefe do Departamento

de Arquivo e Documentação, meu agradecimento especial por ter compreendido a necessidade de concessão de licença de afastamento do trabalho para finalizar a tese; além disso, agradeço a torcida sempre intensa, o carinho e o respeito profissional com os quais me brindou nestes tempos. Agradeço a Nathacha Regazzini Bianchi Reis por ter me substituído à frente das atividades do Setor de Arquivo Sonoro e com a qual pude sempre contar com o carinho e a amizade. Agradeço imensamente à amiga de eterna data, Marília de Almeida March, pela elaboração do *Abstract* e do *Résumé* para esta tese; para além deste aspecto, agradeço seu carinho e a amizade sincera com os quais sempre me legou. Muito obrigada, querida!

Agradeço à Anna Beatriz Almeida (Bela), pelo apoio moral e amizade, sobretudo à época da qualificação desta tese; à Angela Porto, pela amizade e ajuda valiosa na organização final do trabalho, com seu bom humor e ironia *finos* de sempre; à Dilene Nascimento, desde antes do ingresso no doutorado e por ter me proporcionado crescimento profissional nas pesquisas realizadas em grupo; à Bianca Cortes, pelas conversas e trocas regadas ao excelente café em sua maravilhosa cozinha; à Simone Kropf, companheira de curso, pela amizade e apoio moral, gratuitamente oferecidos e necessários; à Cristina Fonseca, por me apresentar Miguel Torga ao me presentear com o conto ‘O Leproso’; ao meu querido Camello, pela torcida positiva e por compreender meus incontáveis ‘Não’ às suas propostas de jantar regado à cervejinha; a Jorge Vasconcellos pelo carinho e afeto, derivados do amor de um passado recente; a Carlos Gomes por ter me proporcionado jantares e almoços maravilhosos que atenuavam minha ansiedade...; a Roberto Jesus Oscar pela digitalização de algumas imagens para este trabalho; à Claudia Martins por me dar o suporte profissional necessário num momento de grande fragilidade emocional; meu agradecimento sincero aos colegas da Casa de Oswaldo Cruz pela torcida positiva e por sempre perguntarem como estava indo a tese: Nara Azevedo, Marcos Chor Maio, Ricardo Augusto, Stella Penido, Alexandra Carias, Iracy Guerra, Edílson Arodi, Maria de Lourdes Vasques, Monique Assunção, Wanda Weltman, Luis Antonio Teixeira, Magali Romero, Vânia Buchmüller, Ana Teresa Venâncio, Rachel Frões, Paulo Elian, Nísia Trindade e Dominichi Miranda.

Como fazer uma tese sem contar com o apoio e a força irrestrita dos bibliotecários? Quase impossível... por isso, agradeço imensamente às bibliotecárias da Casa de Oswaldo Cruz, Wilma José, Maria da Glória e Danielly Santiago, sempre dispostas a perdoar meus atrasos na devolução de livros, a encontrar *aquela* artigo necessário e pela elaboração da ficha catalográfica. Agradeço à Rosallyn Leite, bibliotecária da Sociedade Brasileira de Dermatologia, que sempre me recebeu de braços abertos, com um café delicioso e sorriso nos lábios, quando em minhas buscas intermináveis por artigos de periódicos na biblioteca daquela Sociedade. Agradeço à Julia Sheppard, bibliotecária

e arquivista da *Wellcome Institute for the History of Medicine*, pelo envio de algumas imagens para o anexo desta tese. Agradeço a Rose Oliveyra e Jean Maciel por sua atenção e gentileza na Sala de Consulta da COC, quando sempre davam um jeito da pesquisa ser concretizada.

No decorrer dos últimos cinco anos, muitos foram os encontros, quer com pessoas ou com instituições, proporcionados pela minha entrada no universo da Hansenologia. Duas destas me foram fundamentais nesta longa caminhada e tenho muito orgulho de dizer que, para além do trabalho que realizamos e temos realizado, a vida me presenteou com sua amizade. É preciso e necessário fazer um agradecimento especial e emocionado, carinhoso mesmo, às médicas dermatologistas/hansenologistas Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira e Maria Eugênia Noviski Gallo. Meu agradecimento muito especial a vocês duas por tudo o que me ensinaram e que ainda me ensinam; por terem me inserido no universo tão especial da doença lepra e me mostrado que vale a pena atuar nesta frente de trabalho.

A Vivian da Silva Cunha, cuja amizade foi construída em meio a orientações de pesquisa quando graduanda; fico feliz de poder contar com sua amizade e por podermos trocar referências, documentos e dicas profissionais. À Yara Monteiro pelas conversas preciosas e viagens interessantes nos congressos profissionais; a Marcos Virmond por respeitar tão grandemente a história de uma doença; à Andréa Braga pela torcida positiva; à Saskia Holland pela oportunidade de trabalho; àquelas que conheço apenas no mundo virtual, mas cuja amizade foi fortalecida pelo interesse em comum: Patrícia Martins, Milene Franco e Marli Duarte; ao grupo do *The Global Project on the History of Leprosy/International Leprosy Association*, Mark Harrison, Jo Robertson, Julia Sheppard, John Manton e Debbie Emmit pela oportunidade de apresentar minha pesquisa na mesma terra do Hansen.

Por fim, agradeço à minha família, meus pais, meus irmãos (Serginho, Juninho, Rafito e Seila) e meus sobrinhos (Dudu, Felipão, Jamilyna, Nenem, Lucas, Mateus), pelo suporte emocional, pela compreensão a algumas recusas para os fartos e lautos almoços dos domingos... O colo e o amor familiar foram muito importantes nestes últimos anos de minha vida.

É... foi um trabalho solitário e, ainda assim, pude ter a felicidade de poder contar com todas essas pessoas que me auxiliaram, de uma maneira ou de outra, mas sempre com o intuito de cooperar, emocionalmente ou profissionalmente para a 'Tese da Laurinda'.... Meus amigos que não agüentavam mais me ouvir falar de lepra: o resultado aí está! Muito obrigada a todos.

Que alegria poder dedicar esta tese aos meus pais, Zelino da
Silva Maciel e Maria Eunice Rosa Pereira Maciel,
tal como foi a dissertação de mestrado. A eles que sempre me
incentivaram, mostrando-me o valor da leitura,
do estudo e do aprendizado com humildade como um caminho
possível para a verdadeira sabedoria.

O Pulso

(Arnaldo Antunes/Marcelo Fromer/Toni Bellotto)

O pulso ainda pulsa
O pulso ainda pulsa
Peste bubônica, câncer, pneumonia
Raiva, rubéola, tuberculose, anemia
Rancor, cisticirrose, caxumba, difteria
Encefalite, faringite, gripe, leucemia
E o pulso ainda pulsa
O pulso ainda pulsa
Hepatite, escarlatina, *estupidez*, paralisia
Toxoplasmose, sarampo, *esquizofrenia*
Úlceras, trombose, coqueluche, hipocondria
Sífilis, *ciúmes*, asma, cleptomania
E o corpo ainda é pouco
O corpo ainda é pouco
Reumatismo, raquitismo, cistite, disritmia
Hérnia, pediculose, tétano, *hipocrisia*
Brucelose, febre tifóide, arteriosclerose, miopia
Catapora, *culpa*, cárie, câimba, **lepra**, afasia
O pulso ainda pulsa
O corpo ainda é pouco

INDICE

RESUMO, V

ABSTRACT, VI

RÉSUMÉ, VII

INDICE DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES, XVI

INTRODUÇÃO, 17

CAPÍTULO 1 – AS AÇÕES DE COMBATE À DOENÇA ANTES DO SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA, 26

1.1 – Como se tratava um flagelo nacional, 27

1.1.1 - A origem do estigma, 27

1.1.2 - Leprosários e ‘hospitais’: a ação particular, 32

1.1.3 - Ações contra a lepra na Primeira República, 36

1.2 – A lepra no IOC e a pesquisa aplicada – a atuação profissional de Souza-Araújo, 42

1.2.1 – A pesquisa leproológica no IOC, 42

1.2.2 – A ‘escrita de si’: construção de uma imagem, 56

1.3 – A especificidade de São Paulo, 61

1.3.1 – A política de saúde pública de São Paulo, 61

1.3.2 – As ações contra a lepra, 63

1.3.3 – A *Revista Brasileira de Leprologia*, 80

1.4 – O combate à lepra no contexto das reformas sanitárias de Gustavo Capanema, 87

1.4.1 – Capanema no Ministério, 96

1.4.2 – A Reforma Capanema em 1937 e o tema da lepra, 101

1.4.3 – A Reforma de 1941, 107

CAPÍTULO 2 – O SERVIÇO NACIONAL DE LEPRA E SUA POLÍTICA DE SAÚDE, 113

2.1 - O significado político e institucional da criação do SNL, 114

2.1.1 – A 1ª Conferência Nacional de Saúde em 1941 e o debate sobre a lepra, 114

2.1.2 – Significado da criação do SNL, 122

2.2 – Estratégias de ação do SNL, 134

2.2.1 – O papel da educação sanitária, 134

2.2.2 – A atuação do SNL na formação profissional: cursos, concursos e publicações, 149

2.2.3 – Censo dos leprosos: o médico vai onde o doente está, 162

2.3 – A pesquisa biológica da lepra, 178

2.3.1 – O Centro Internacional de Leprologia, 178

2.3.2 – O Instituto de Leprologia, 193

CAPÍTULO 3 - OS CONGRESSOS DE LEPRA E O ISOLAMENTO – DA CRÍTICA HUMANITÁRIA À CIENTÍFICA, 205

3.1 - As origens da política de isolamento: a 1ª e a 2ª Conferências Internacionais de Lepra, 206

3.1.1 – Berlim, 1897, 206

3.1.2 – Bergen, 1909, 209

3.2 - 3ª Conferência Internacional de Lepra – Estrasburgo, 1923, 212

3.3 – 4ª Conferência Internacional de Lepra – Cairo, 1938, 216

3.4 - II Conferência Pan-Americana de Lepra – Rio de Janeiro, 1946, 221

3.5 – 5º Congresso Internacional de Lepra – Havana, 1948, 225

3.6 – 6º Congresso Internacional de Lepra – Madri, 1953, 237

3.7 - 5ª Reunião dos Leprólogos Brasileiros – Cambuquira/MG, 1957, 246

3.8 – 7º Congresso Internacional de Lepra – Tóquio, 1958, 249

CAPÍTULO 4 – A CAMPANHA NACIONAL CONTRA A LEPRA DE 1959 E O DECRETO Nº 968, DE 1962: O LENTO DESMONTAR DO MODELO ISOLACIONISTA, 260

4.1 – A campanha-piloto no Rio de Janeiro: 1954-1956, 261

4.1.1 – O conceito de campanha e como o compreendo, 261

4.1.2 – Implantação da campanha-piloto, 264

4.2 – Do local para o nacional: a ampliação da experiência: 1956-1958, 269

4.3 – Campanha Nacional contra a Lepra em 1959, 277

4.4 - O Decreto nº 968 de maio de 1962: término oficial do isolamento e alguns desdobramentos, 287

CONSIDERAÇÕES FINAIS, 301

ANEXOS, 307

- CADERNO DE IMAGENS, 308

- CONTOS: ‘O leproso’, de Miguel Torga, 326

‘Lázarus’, de Olavo Bilac, 334

- LEGISLAÇÃO,

Decreto-lei 3171, de 2/4/1941, 340

Decreto 968, de 7/5/1962, 344

Lei 9010, de 29/5/1995, 350

- ORGANOGRAMAS,

Organograma do Departamento Nacional de Saúde, 351

Organograma do Serviço Nacional de Lepra, 352

Organograma da Campanha Nacional contra a Lepra, 353

FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 354

INDICE DAS TABELAS

- Tabela 1 – Regiões administrativas do Ministério da Educação e Saúde, 104
- Tabela 2 – Leprosários criados entre 1937 e 1941, 111
- Tabela 3 – Número de leprologistas por Unidade da Federação, 118
- Tabela 4 – SNL 7 – Ficha do Censo Imunológico, 168
- Tabela 5 – Quantitativo de doentes no Brasil (conhecidos/internados), 170
- Tabela 6 – Organização do Instituto de Leprologia, 198
- Tabela 7 - Principais resoluções aprovadas nos congressos internacionais, 257
- Tabela 8 – Casos de lepra fichados (1956-1963), 284
- Tabela 9 – Percentual de investimentos: saúde pública X medicina curativa, 296

INDICE DAS ILUSTRAÇÕES

- Ilustração 1 – Mapa do Estado de São Paulo, 79
- Ilustração 2 – *Imprensa* do Serviço Nacional de Lepra, 156
- Ilustração 3 – *Fac símile* do *Tratado de Leprologia*, 160

Introdução

O título desta tese tem origem em uma propaganda de educação sanitária da Sociedade de Proteção aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Ao efetuar a pesquisa em fontes primárias, me deparei com a publicação *O tratamento precoce da lepra*,¹ do Dr. M. H. Hoffman, que visava proporcionar ao público esclarecimentos sobre a forma de tratamento a ser empregada contra a lepra.² Na terceira capa, as palavras: “*Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade. Vós, que tendes saúde, indenisai-o: dá-lhe com amor o óbulo da Fraternidade*”. Imediatamente a primeira frase não saiu de minha cabeça, e conforme a pesquisa e a tese avançavam, passei a percebê-la como um ‘retrato’ da situação do doente de lepra naquele momento e do quanto o sentido do trabalho que eu fazia procurava capturar. Porém, muito antes do título dado à tese, nasceu o tema da pesquisa e meu interesse por ele.

Muito desta história me remete, ainda, às pesquisas executadas para a minha dissertação de mestrado, quando me defrontei com os escritos de Michel Foucault e sua análise sobre o surgimento dos hospitais psiquiátricos na França, e do quanto este processo estava relacionado com a doença ‘lepra’ e os leprosários. Através de minha inserção profissional na Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, comecei a trabalhar com este tema em 2000, no ano seguinte à defesa de minha dissertação de mestrado.

Em agosto de 2001, iniciei uma pesquisa em conjunto com duas médicas dermatologistas, Maria Leide Wan-Del-Rey de Oliveira e Maria Eugênia Noviski Gallo, especialistas em hansenologia e profundas conhecedoras de seu ofício. Considero este projeto de pesquisa, *História e Memória da Hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)*, minha primeira intervenção mais direta no tema que havia escolhido para trabalhar, e no qual venho me aprofundando. Na etapa de realização das entrevistas de história oral no âmbito desta pesquisa, meu leque de conhecimento em torno

¹ HOFFMAN, M. H. *O tratamento precoce da lepra*. São Paulo: Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1931.

² Atualmente no Brasil se usa hanseníase para tratar a doença anteriormente conhecida como lepra. Nesta tese, será utilizado o termo lepra visto que, no período compreendido pelo estudo, o termo hanseníase não existia.

do tema se abriu, ampliando-se para a história do doente. Pude conhecer diversos leprosários desativados, onde é impossível não se lembrar dos trabalhos de Michel Foucault ou Erving Goffman, e entender a história dos doentes que carregavam uma identidade muito ligada com a doença lepra. Assim, com esta pesquisa foi possível transformá-los em agentes de sua história, na medida em que os ouvia falar e expressar sua identidade.³

Entretanto, o trabalho que apresento com esta tese, não trata da história dos doentes. Meu tema é a história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil, entre os anos de 1941 e 1962. Seu marco inicial é fixado pela criação do Serviço Nacional de Lepra (SNL), após ampla reforma nos serviços de saúde promovida pelo ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, concretizada através do Decreto-lei nº 3171, de 2 de abril de 1941. O marco final da tese está relacionado com a publicação do Decreto nº 968, em 7 de maio de 1962, oficializando o início do processo de abandono do isolamento em leprosários como a principal prática profilática oficial para os doentes de lepra. Com este decreto, iniciou-se o desmantelamento de uma forma de tratamento utilizada por décadas, no Brasil e em vários países, e que já tinha mostrado sua ineficácia. Tal tratamento, denominado na literatura médica especializada, como ‘modelo tripé’ era amparado no funcionamento conjunto de três instituições que procuravam cercear a doença, o doente e os que com ele se relacionavam: o leprosário visava isolar e tratar o doente; o dispensário tratava dos comunicantes, normalmente familiares e os que com o doente haviam mantido contato; e, por fim, o preventório, que separava, desde o nascimento se possível, os filhos dos pacientes isolados.

Doença que ainda hoje é acompanhada de grande estigma social construído milenarmente, a lepra foi no Brasil, durante praticamente todo o século XX, alvo de atenção que a elegeu como uma das grandes ‘mazelas’ nacionais, segundo os sanitaristas na década de 1910. Estamos já no século XXI e a doença, hoje chamada hanseníase, desafia a capacidade da ciência no sentido de eliminá-la do cenário nacional. A lepra ainda representa hoje no Brasil, assim como em outros lugares como partes da Índia e da África, um grande problema de saúde pública.

³ Os livros que me refiro aqui são FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1989 e GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

Nesta tese procurei responder a uma série de indagações: Por que uma doença que foi tão duramente combatida durante algumas décadas, ainda hoje se apresenta como um grande desafio? Quais os caminhos trilhados pelo conhecimento médico e pelas políticas públicas durante estas duas décadas que escolhi para pesquisar? De que forma o Estado a elegeu como uma das prioridades na reforma da saúde ocorrida no início dos anos 1940, na medida em que criou um Serviço Nacional de Lepra? De que maneira os leprologistas a concebiam como doença e quais as suas particularidades em relação à forma de transmissão e contágio? De que modo os congressos e fóruns de decisão nacionais e internacionais contribuíram para a definição de políticas de saúde, ao recomendar formas de tratamento específicas? Como a sua presença no país na década de 1950, um período de grandes investimentos e mudanças na realidade brasileira derivados da política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek, influenciaram na elaboração da Campanha Nacional contra a Lepra? Como os novos conhecimentos científicos relacionados ao ‘otimismo sanitário’, influenciaram a decisão de iniciar a Campanha Nacional contra a Lepra? Enfim, como questão central, procuro responder por que esta prática de profilaxia, a internação nos hospitais de isolamento ou em leprosários, se tornou desacreditada por ser ineficaz? Por último, como tratar da lepra e dos leprosos a partir de uma nova perspectiva que a concebia como uma doença curável, controlável e evitável?

A tentativa de elaboração de respostas possíveis a tantos questionamentos, foi o que me moveu para realizar este trabalho. Para isto, busquei apoio na bibliografia sobre história de doenças e sobre as políticas de saúde, que considera que uma doença é construída socialmente, assim como também são as suas políticas de controle. As doenças podem dizer muito de uma sociedade como analisam, por exemplo, alguns autores dos artigos publicados em *Epidemics and Ideas*,⁴ ou ainda, pensar que a construção social de uma enfermidade pressupõe pontos de tensão, conflitos e negociações entre os grupos sociais envolvidos, como propõe Jordanova.⁵

⁴ RANGER, Terence e SLACK, Paul (orgs). *Epidemics and ideas: Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge, Cambridge University Press: 1992.

⁵ JORDANOVA, Ludmilla. “The social construction of medical knowledge”. *Social History of Medicine*. Oxford: Oxford University Press, vol. 7, nº 3, 1995, pp. 361-381.

Meu objetivo foi tecer uma trama com vários componentes, tais como, por exemplo, o conhecimento médico, os avanços da ciência, as especificidades de cada período histórico e as políticas sanitárias, dentre outras variáveis. Nas palavras de Diego Armus e Gilberto Hochman,⁶ trabalhar numa perspectiva que busque romper com a tradicional história da medicina, generalizante, de grandes biografias e das permanentes e inevitáveis vitórias. Em síntese, o que se propõe aqui é uma análise que rompa com uma história de heróis e de sucessos, e considere os impactos sociais trazidos com as doenças e as políticas para seu controle, que não a qualifiquem puramente como um ‘evento biológico’, conforme apontou Charles Rosenberg.⁷

A tese está dividida em quatro capítulos, onde se apresentam análises de temáticas específicas dentro da cronologia estabelecida, embora eu possa recuar no passado sempre que necessário. No primeiro capítulo, *As ações de combate à doença antes do Serviço Nacional de Lepra*, procurei mostrar ao leitor como se constituía o problema da lepra no Brasil, antes da criação do Serviço Nacional de Lepra em 1941. Embora o início da tese seja exatamente o ano de 1941, foi importante apresentar este capítulo para desenvolver as ‘condições de possibilidade’ que propiciaram a criação do SNL num determinado tempo e espaço. Assim, inicio este capítulo com uma breve descrição da construção social do estigma da lepra; a seguir analiso a realidade brasileira através da trajetória profissional do leprologista do Instituto Oswaldo Cruz, Dr. Heraclides César de Souza-Araújo. O exemplo representado pelas políticas de saúde para a lepra no estado de São Paulo é modelar, e meu intuito neste capítulo foi mostrar como funcionava a ‘exceção de São Paulo’. A verdadeira ‘rede’ de leprosários construída no estado e a administração daqueles serviços pelo leprologista Francisco Salles Gomes Júnior, que durante 15 anos foi diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, deu uma identidade muito particular às ações de

⁶ HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. “Introdução”. In: *Cuidar, controlar, curar – Ensaio históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004; ARMUS, Diego (org.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina*. Buenos Aires: Editorial Norma, 2002; TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín, Banco de la Republica, Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.

⁷ ROSENBERG, Charles e GOLDEN, Janet (orgs.). *Framing Disease – Studies in Cultural History*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992.

combate à doença em São Paulo. Este estado foi, ainda, o primeiro a editar um periódico especializado em leprologia do país, a *Revista Brasileira de Leprologia*, em 1935.

Ainda no capítulo 1, focalizo o início do governo Vargas e as mudanças referentes à saúde pública, com enfoque na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, e nas reformas promovidas por Gustavo Capanema. Trato, ainda, da identidade construída para o Departamento Nacional de Saúde, em grande parte através da figura de João de Barros Barreto, responsável pelas ações daquele Departamento, identificadas com a política de um Estado forte e centralizador. Foi durante sua permanência na direção do Departamento Nacional de Saúde, que as ações governamentais no sentido de isolar os pacientes nos leprosários tomaram um maior vulto, já que a medicina da época identificava no isolamento, a política de maior eficácia de tratamento do doente. O Plano Nacional de Combate à Lepra, ou simplesmente, o Plano de Construções, levado a cabo após 1935, foi o início de uma política isolacionista que via na lepra um 'flagelo' social que 'manchava a raça' brasileira, incapacitava o homem para o trabalho e impediam o progresso necessário à Nação. Finalizando, assinalo as condições que propiciaram a reforma nos serviços de saúde em 1941, que criou os Serviços Nacionais, dentre eles o Serviço Nacional de Lepra.

No segundo capítulo, *O Serviço Nacional de Lepra e sua política de saúde*, analiso este Serviço, através de alguns enfoques. O primeiro foi o significado político e institucional de sua criação, na reforma de 1941. Para isso, abordo a 1ª Conferência Nacional de Saúde, realizada também em 1941, e de cujas resoluções foram tiradas as primeiras atribuições e ações de combate à lepra, empreendidas pelo SNL, antes da aprovação de seu Regimento em 1944. A seguir abordo as estratégias de ação do SNL, a partir de seu programa de educação sanitária, compreendido por filmes, palestras de esclarecimento, locuções radiofônicas e panfletos educativos.

Um outro viés de atuação do SNL era aquele referente à formação profissional do leprologista, numa estratégia de consolidação de um campo de atuação. Esta formação compreendia os cursos de treinamento realizados em todo o Brasil de maneira itinerante, já que a sede do SNL estava localizada no Distrito Federal. Como forma de incentivar a produção de publicações, o SNL passou a promover, a partir de 1942, os concursos de monografias que, ao longo do tempo, foram responsáveis por obras hoje clássicas da

leprologia nacional. Autores como Abraão Rotberg, Nelson de Souza Campos ou Luiz Marino Bechelli, apresentaram nestes concursos, trabalhos que se constituíram em obras de referência, como *Tratados de Leprologia* ou *Manuais de procedimento*, de grande valor ainda hoje para o campo da dermatologia. Além destas monografias, os periódicos especializados, como o *Boletim* e os *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*, registravam as atividades e pesquisas desenvolvidas por aquele Serviço e representaram um forte componente para a consolidação deste campo profissional. Tão necessário quanto cuidar da doença e do doente, era igualmente necessário conhecer este doente, saber como vivia, onde vivia, com quem convivia para, assim, poder conceber estratégias de controle mais eficazes, numa verdadeira 'batalha epidemiológica' em recantos quase que desconhecidos no Brasil. O Censo dos Leprosos, que procurou ir onde quer que o doente se encontrasse, foi uma estratégia empreendida pelos leprologistas do Serviço Nacional de Lepra para, a partir de pesquisas com a estatística, conhecer a doença para melhor combatê-la.

Um último aspecto a ser registrado na atuação do SNL era aquele que dizia respeito à pesquisa biológica da lepra. Nesse sentido, e como forma de fazer o leitor compreender o quanto este tema foi caro aos leprologistas brasileiros, procuro mostrar que, mesmo antes da criação do SNL, a pesquisa biológica foi realizada de maneira pioneira com o Centro Internacional de Leprologia, criado em 1934 e patrocinado pela Liga das Nações, com forte apoio do governo brasileiro. De vida muito breve, já que encerrou suas atividades em 1939, o Centro Internacional de Leprologia foi uma instituição que aprimorou a pesquisa biológica tornando-se referência internacional a partir das pesquisas desenvolvidas por profissionais como Osório de Almeida, por exemplo. Em 1941, quando foi criado o SNL, o Instituto de Leprologia, passou a ser o seu 'herdeiro natural' no sentido de empreender pesquisas e congregar, dentre seus leprologistas, pesquisadores de renome internacional.

O terceiro capítulo, *Os congressos de lepra e o isolamento – Da crítica humanitária à científica*, tem como foco o processo de construção do modelo de isolamento dos pacientes e seu paulatino questionamento. Assim, procuro analisar as resoluções aprovadas nas Conferências Internacionais de Lepra, desde a primeira realizada, ainda, no século XIX. Ali, foi sugerido fortemente o emprego do isolamento visto seus resultados 'extremamente positivos' na Noruega, pelo próprio Hansen. Entretanto, notamos nesta Conferência que já

se anunciava o dissenso em torno de seu emprego irrestrito. A partir do avanço das discussões nas conferências, fica delineada a forte contribuição dos leprologistas brasileiros e sua capacidade de organização em busca de reconhecimento, cujo melhor exemplo foi a aprovação e adoção da chamada ‘Classificação Sul-Americana da Lepra’, proposta por Eduardo Rabello. A partir da 5ª Conferência realizada em Havana em 1948, o isolamento e sua eficácia, passaram a ser discutidos mais enfaticamente. Isto se deu devido às descobertas científicas na indústria química de medicamentos que alterou profundamente este debate. O período caracterizado como de ‘otimismo sanitário’, trouxe a incorporação de sulfas e antibióticos que ofereceram uma cura comprovada aos doentes. Finalizo o capítulo, com o 7º Congresso Internacional de Lepra, realizado no Japão, em 1958, onde se ratificou a ineficácia do modelo de isolamento, acenando para a possibilidade de tratamento eficaz em dispensários ou ambulatórios. Enfim, neste capítulo procuro mostrar, através destas conferências, como se desconstruiu uma crença tão firmemente apoiada na ciência e no senso comum, de que o isolamento era a única maneira de combater a doença. Foi interessante perceber que o mesmo fórum que o instituiu, questionou sua legitimidade décadas após, e decretou seu fim e sua ineficácia.

O quarto capítulo, *A Campanha Nacional contra a Lepra de 1959 e o Decreto nº 968, de 1962: o lento desmontar do modelo isolacionista* é centrado na “ousada”, segundo Orestes Diniz, Campanha Nacional contra a Lepra, elaborada e colocada em prática pelos leprologistas brasileiros, reunidos no Serviço Nacional de Lepra. Procuro mostrar que a partir da conclusão de que o isolamento era ineficaz, tornou-se necessário pensar mais firmemente em uma outra estratégia de combate. A Campanha Nacional contra a Lepra apresentou-se, assim, como uma resposta para esta questão. Desde seu início, em 1954, como um projeto piloto testado no Estado do Rio de Janeiro, expandiu-se como uma prática profilática possível, até atingir todo o território nacional, através da publicação da Lei nº 3542, de fevereiro de 1959. Finalizo o capítulo na década de 1960, com um enfoque mais aprofundado até 1962, quando se dá o término oficial do isolamento em leprosários no país. Procuro sinalizar para possíveis desdobramentos, chamando a atenção de que tal decreto não foi cumprido integralmente em todo o território nacional, e apontando para a mudança de nome da doença, que se tornou hanseníase, deixando antever que se anunciava um novo

enquadramento para ela. Por último, pondero sobre a eficácia destas políticas e seus eventuais desdobramentos, diante do novo quadro que a saúde pública no Brasil apresentou a partir da década de 1960.

Em cada um dos capítulos utilizei fontes documentais diferenciadas, mas em geral, as principais foram os artigos dos vários periódicos científicos, sobretudo os do *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, *Revista Brasileira de Leprologia* e *Arquivos Mineiros de Leprologia*, criados no Brasil após 1935. Para construir um pouco da identidade profissional de Souza-Araújo, o leprologista mais conhecido da Fundação Oswaldo Cruz, recorri ao seu Arquivo Pessoal que se encontra no Departamento de Arquivo e Documentação, da Casa de Oswaldo Cruz, e a artigos de sua autoria publicados em diferentes periódicos. Procurei elaborar um pouco da história do Centro Internacional de Leprologia, principalmente a partir do Arquivo Pessoal de Carlos Chagas Filho, também guardado pelo DAD/COC. Foi consultado também o arquivo pessoal de Gustavo Capanema, depositado no CPDoc.

Além destas fontes, utilizei os filmes educativos elaborados pelo Ministério de Educação e Saúde na década de 1940, que são valiosos instrumentos de educação sanitária e igualmente foram encontrados no acervo do DAD, assim como muitas das fotografias que ilustram o Caderno de Imagens desta tese.

Não poderia deixar de citar as entrevistas realizadas no âmbito do projeto de pesquisa “História e memória da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)”, que muito me fizeram compreender o significado de isolamento e tratamento humanitário e digno para os ex-pacientes. Tal pesquisa, não apenas influenciou meu crescimento profissional na Casa de Oswaldo Cruz, mas também foi fundamental para a elaboração deste trabalho. Em relação aos depoentes que desta pesquisa fizeram parte, ou no caso de alguns que já se foram, que fizeram parte, gostaria apenas de sinalizar o quanto algumas de suas histórias, profundamente marcadas com a experiência da reclusão, quer no leprosário, quer no laboratório, me foram singulares e muito, muito preciosas. Impossível esquecer a paixão e dedicação do prof. Abraão Rotberg, o desejo de superação do Dr. Fuad Abdala e de vários outros depoentes que depositaram sua confiança em mim, o que permitiu que pudéssemos trocar horas valiosas de conversa e trabalho.

Assim, com a finalização desta etapa do trabalho de pesquisa, meu objetivo é fornecer ao leitor elementos para se pensar a doença lepra e suas políticas de controle, num determinado momento da história e numa conjuntura específica. Ao leitor ofereço minha visão permeada de dedicação e alguma paixão, posto que necessária, para que conheça e descubra uma história repleta de confrontos, disputas e negociações, de onde emergem personagens, idiosincrasias, ideais profissionais, conflituosos, políticos e pessoais, enfim, no geral, pessoas, homens construindo a vida e a história, como já propunha Marc Bloch na sua *Introdução à história*, através de uma estrada acidentada, não necessariamente por meio de uma linha reta.

Capítulo 1 – As ações de combate à doença antes do Serviço Nacional de Lepra.

“A lepra entre nós, está a merecer cuidados especiais (...) a falta de profilaxia específica não é razão bastante para que fiquemos a moda dos muçulmanos: braços cruzados diante do flagelo que, aos poucos, se expande e se alastra. O que é positivo é que a moléstia se transmite. O como não o sabemos. Mas o leproso é, ao menos, um dos depósitos dos vírus. Isto está provado. Daí a necessidade de isolá-lo da comunidade”.

Oswaldo Cruz⁸

O objetivo deste capítulo é apresentar ao leitor algumas das ações de cuidado e atenção em relação à lepra, antes da criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941, marco cronológico inicial da pesquisa. Pretendo abordar aspectos importantes que explicam e contextualizam as ações públicas e privadas no combate à lepra nas décadas de 1920 e 1930.

Nesse sentido, primeiramente é necessário explicar, ainda que brevemente, como se construiu a noção de estigma em torno da lepra. Para tal, remonto à idéia de impureza e sujeira, contida desde os escritos bíblicos e nas cerimônias de exclusão da Idade Média. Após isso, a atenção recairá sobre o contexto nacional da Primeira República, retratando algumas iniciativas para oferecer tratamento aos doentes de lepra e de como se constituíam. Será privilegiada a atuação profissional de Heraclides César de Souza-Araújo, cientista do Instituto Oswaldo Cruz e discípulo de Adolpho Lutz, no que se refere à sua inserção no combate à lepra entre as décadas de 1920 e 1930, com suas experiências de trabalho na região sul e norte do país.

O exemplo do Estado de São Paulo, que em muitos aspectos da saúde pública se constitui numa exceção já bastante retratada pela bibliografia específica, no caso da lepra representa igualmente uma diferença. São Paulo foi um dos primeiros Estados brasileiros a

⁸ CRUZ, Oswaldo. “Uma questão de higiene social”. *O imparcial*. Rio de Janeiro: nº 211, 3 de julho de 1913.

instituir o isolamento compulsório em leprosários como política. Da mesma forma, foi um dos primeiros Estados a criar um campo de atuação profissional para os leprologistas, com instituições que desenvolviam pesquisas de experimentação química e criavam publicações especializadas. Assim, São Paulo e as políticas de combate à lepra mereceram neste trabalho um lugar destacado.

Em se tratando de reformas políticas, o Brasil da década de 1930, pode ser caracterizado como um período no qual se iniciou um processo centralizador, a partir da Revolução de 30 e do governo de Getúlio Vargas. No campo da saúde pública, este período marcou, dentre outras ações, a criação do Ministério da Educação e Saúde e a ascensão do político mineiro Gustavo Capanema a esta pasta ministerial, com a missão de fortalecer e unificar, um aparato de saúde pública no Brasil, o que será feito pelas reformas que comandou.

Nos anos de 1934 e 1941, o Ministério da Educação e Saúde sofreu duas reformas que significaram, para as políticas de combate à lepra, uma formatação que teve continuidade durante algumas décadas e consolidou um modelo de tratamento caracterizado pela marca do isolamento do paciente leproso nas instituições especialmente criadas para este fim.

1.1 – Como se tratava um flagelo nacional

1.1.1 - A origem do estigma

“O estigma associado à hanseníase ou lepra chama a atenção devido à sua prevalência e intensidade nas mais diferentes sociedades e através de diversos períodos históricos. (...) A origem do estigma da hanseníase estaria, então, apoiada em sua natureza crônica, progressiva e deformante, até recentemente incurável”.

Lenita B.L. Claro⁹

⁹ CLARO, Lenita B. Lorena. *Hanseníase – Representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, pp. 31-33.

A doença lepra e seus vários desdobramentos, sobretudo os que se referem ao seu marcante apelo social e estigmatizante, tem sido um tema eleito em alguns trabalhos acadêmicos produzidos recentemente.¹⁰ Segundo esta bibliografia, pode-se dizer que parte da construção que vê no leproso objeto de exclusão e, ao mesmo tempo, de piedade está ligada à tradução da Bíblia da língua hebraica para o grego e, conseqüentemente, à herança judaico-cristã recebida pelo Ocidente.¹¹

Segundo Rubem David Azulay, a partir desta tradução, se tem a referência à ‘*tsaraat*’, uma doença com multiplicidade de manifestações cutâneas que acabam identificados a uma doença contagiosa que, pela sua natureza estigmatizante, obrigava seus portadores serem afastados do meio social e da coletividade.¹² Esta doença contagiosa manifestava-se na pele e acreditava-se, desta maneira, que toda e qualquer dermatose, como pênfigo (fogo selvagem), escabiose (sarna) ou vitiligo, por exemplo, fosse *tsaraat*, que ganhou o seu correspondente no idioma grego como lepra. *Tsaraat*, portanto, na tradução ocidental equivaleu a um único significado, e este foi lepra: “(...) quem lê a Bíblia, vê que

¹⁰ Dentre os trabalhos produzidos na área da História, destaco MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*; CURI, Luciano Marcos. *Defender os sãos, consolar os lázaros’ – Lepra e isolamento no Brasil – 19365-1976*; GOMIDE, Leila Regina Scalia. *Órfãos de pais vivos’ – A lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceitos e segregação*; BRAGA, Andréa Baptista Freitas. *‘O que tem de ser tem força’: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955)*; PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. *‘Os escolhidos de São Francisco’: aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã (1930-1940)* e TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo – Lepraids*, como bastante representativos.

¹¹ Existe na história humana um forte elo de ligação entre a lepra e a religião, no sentido dos doentes serem tratados com extrema compaixão e caridade, ressaltando o lado piedoso que a doença inspirou e ainda inspira em muitas sociedades, para além da rejeição pelo estigma. Nesse sentido, este trabalho apresenta, em seu Caderno de Imagens, algumas figuras que se referem a esta particularidade; são as figuras 6, 7, 8 e 9. É oportuno e necessário dizer que as imagens nesta tese serão utilizadas como ilustrações apenas, já que não é meu objetivo elaborar qualquer tipo de análise a seu respeito como fontes históricas constitutivas das questões que procuro responder. Para tal, é interessante recorrer os trabalhos de HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Teresa Bandeira de e SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. “A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 2002, vol. 9, suplemento especial, pp. 233-273 ou THIELEN, Eduardo Vilela e SANTOS, Ricardo Augusto dos. “Belisário Penna: notas fotobiográficas”, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 2002, vol. 9, nº 2, pp. 387-404, dentre outros.

¹² AZULAY, Rubem David. *De Moisés a Sabin – Contribuição judaica à história da medicina*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. Como exemplo deste afastamento dos doentes de seu meio social na época medieval, ver as figuras 4, 5 e 12.

tsaraat foi traduzido para lepra... na realidade tinha lepra, mas tinha também vitiligo e psoríase. Eram doenças cutâneas, que descamavam a pele, que davam alterações na pele”.¹³

No entanto, Stanley Browne dentre outros autores apontam como muito simplória esta correspondência e afirmam que a palavra *tsaraat* é, de certo modo, intraduzível. Segundo ele “(...) as palavras [da Antiguidade] abrangem conceitos incompreensíveis para as línguas atuais”, mas admite, entretanto, que na Bíblia nenhuma outra doença recebeu destaque semelhante.¹⁴ Ainda atualmente, o peso da palavra *tsaraat* é tão grande e carrega tanto medo e repugnância, que em Israel, por exemplo, não se usa este termo ao se referir à lepra para não constranger o paciente. De modo geral, a *tsaraat* bíblica está normalmente associada à impureza e profanação; aquele que sofria da doença, segundo a Bíblia, era alguém que foi objeto da ira divina, desagradou a Deus e obteve, assim, o castigo através da doença que “mutila e desfigura”.¹⁵

Segundo Sournia e Ruffie, em texto indiano escrito por volta do ano 600 AC, a descrição clínica ali apresentada corresponderia com segurança à lepra, como hoje a concebemos.¹⁶ Os constantes movimentos migratórios e as guerras de conquista são apontados como os fatores principais que contribuíram para a disseminação das doenças infecto-contagiosas na Antiguidade. Ainda segundo os dois autores, também as atividades de comércio realizadas pelos fenícios foram as responsáveis pela entrada da doença no Mediterrâneo. O que explicaria sua disseminação pela Europa, segundo eles, seriam as legiões romanas que, no seu movimento de conquistas, contribuíram para tornar a doença

¹³ Depoimento de Rubem David Azulay. ‘Projeto Memória e História da Hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)’, outubro de 2001, fita nº 3, Lado A.

¹⁴ BROWNE, Stanley George. *A lepra na bíblia – estigma e realidade*. Viçosa: Ultimato, 2003, p. 16. Como exemplo de que esta relação entre lepra e religião ainda persiste no século XX, exemplifico com a notícia sobre a criação de uma ordem religiosa na Colônia Santa Izabel, em Minas Gerais, em 1950. A ordem se chamava Congregação das Servas de Jesus Flagelado e era subordinada ao Vigário da Colônia. Seu objetivo era “(...) dar às almas piedosas que entre aqueles membros dolorosos de Cristo sentem a vocação (...) e vir em socorro dos outros irmãos, tendo nelas um estímulo potente e eficaz para se aproximarem de Deus”, “Constituição da congregação das servas de Jesus flagelado”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IX, nº 3, setembro de 1950, p. 83.

¹⁵ Não é meu objetivo neste trabalho examinar profundamente a lepra e os escritos bíblicos, sobretudo os do Antigo Testamento. Para uma análise desta natureza, ver, além de Browne, Yara Nogueira Monteiro, Da maldição divina à exclusão social, *op. cit.*: em Parte I – *A lepra na história: a herança da estigmatização*.

¹⁶ SOURNIA, Jean-Charles e RUFFIE, Jacques. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1986, Cap. VII – A lepra e a tuberculose, pp. 131-150.

“solidamente implantada” em toda a Europa Ocidental. Desde a Alta Idade Média até os séculos XII e XIII, a doença era considerada “vulgar” em países como França, por exemplo.

De acordo com Mirko Grmek, várias escavações arqueológicas confirmaram a existência de crânios com sinais da doença no século VI da nossa Era, mas não se pode afirmar ainda, tratar-se da lepra de maneira endêmica. Este autor concorda com outros que afirmam que muito do horror que se formou acerca da doença, foi construído com a cultura judaico-cristã; horror este que foi ampliado pelas Cruzadas que, muito provavelmente, contribuíram para espalhar a doença.¹⁷ Mirko afirma que de acordo com a documentação escrita, tudo o que se sabe sobre a lepra na Idade Média provém deste período, por volta do século VI. E é nesse momento também que se criam as primeiras casas de leprosos na França, com Gregório de Tours: “*La fondation des premières léproseries en Europe date du VI^e siècle, sinon même du V^e. Grégoire de Tours (538-594) mentionne des ladreries, maisons de lépreux, em France*”.¹⁸

Alguns autores afirmam ter existido cerca de 19 mil leprosários na Europa em toda a época medieval até o início da era moderna. Michel Foucault, por exemplo, compartilha desta idéia. No primeiro capítulo de *História da Loucura na Idade Clássica*, apresenta alguns dados, baseados em pesquisa de fonte primária do século XIX, que o levaram a esta conclusão.¹⁹ No entanto, é preciso chamar a atenção para algo importante: a partir do século XIII ou XIV, os leprosos podiam ser denunciados e deveriam comparecer perante um júri que os sentenciaria para a condição de ‘culpado’.²⁰ Assim, este doente se vê ‘morto’ civilmente e seus bens materiais interditados, passando a ser controlados e gerenciados pela

¹⁷ GRMEK, Mirko D. *Les maladies a l'aube de la civilisation occidentale – Recherches sur la réalité pathologique dans le onde grec préhistorique, archaïque et classique*. Paris: Payot, 1983, Cap. VI – L’expansion lente d’un mal endémique: la lèpre, pp. 227-260.

¹⁸ *Id.*, *ibid.*, p. 254.

¹⁹ COLLET, *Vie de saint Vincent de Paul*. Paris: 1818, p. 293, *Apud* FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1989, p. 3.

²⁰ As figuras 10 e 11 retratam a doença na nobreza. Entretanto, deve-se assinalar aqui que a literatura normalmente apresenta as cerimônias de exclusão na época medieval como próprias dos não pertencentes à nobreza.

Igreja Católica ou pelo poder real.²¹ Por volta de 1430, em regiões da França e Inglaterra, estas cerimônias eram acompanhadas por toda a população da vila que celebravam a separação do leproso com a comunidade:

“Esquemáticamente ela consiste em levar o doente à igreja em procissão, ao canto do *Libera me* como para um morto, na celebração de uma missa que o infeliz escuta dissimulado sob um cadafalso, sendo depois acompanhado à sua nova morada. (...) o padre deve pegar terra do cemitério e pô-la na testa do leproso, dizendo o seguinte: ‘Meu amigo, é sinal de que estás morto para o mundo (...), a leitura das proibições (entrar nos moinhos, tocar nos alimentos etc.) acompanha a entrega e benção das luvas, da matraca e da caixa de esmolos. (...) A Reforma Católica e a desapareição da lepra, depois de 1580, acabaram com esta liturgia’.”²²

A partir da Idade Moderna, é comum encontrar alusões ao fim da lepra do cenário europeu. As explicações sobre este fato são diversas e conflitantes. Alguns apontam certas melhorias nas condições de vida das populações e a presença de outras doenças neste cenário, sobretudo as epidêmicas. A peste, por exemplo, com seu alto poder de letalidade, teria sido responsável pela eliminação de grande parte dos leprosos, fazendo com que a doença fosse aparentemente desapareceu do cenário europeu.²³ Assim, as instituições utilizadas para o enclausuramento e internação dos leprosos, aos poucos perdem sua

²¹ Nesse sentido vale a pena ressaltar que esta informação se encontra presente em vários trabalhos que analisam a questão da lepra no período medieval e início da Idade Moderna. FOUCAULT, Michel, *op. cit.*, Cap. 1- *Stultifera navis*; RICHARDS, Jeffrey. *Sexo, desvio e danação – As minorias na Idade Média*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993, Cap. 8 - Leprosos; GINZBURG, Carlo. *História Noturna – Decifrando o Sabá*. São Paulo: Cia. das Letras, 1991, Cap. 1 – Leprosos, judeus, muçulmanos, pp. 43-67; “(...) lepra era também qualquer doença de pele, cujo portador estivesse na mira de inimigos políticos, que podiam assim declarar sua ‘morte civil’, segregá-lo e apoderar-se, muito convenientemente, de seus bens”. ROTBERG, Abraão, “A doença de Hansen e a lepra”, *O Estado de São Paulo*, Atualidade Científica, 12/05/1968, *Apud* MONTEIRO, Yara Nogueira, *op. cit.*, p. 24.

²² BÉNIAC, Françoise. “O medo da lepra”. In: LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s.d., pp. 139-140. As cerimônias de exclusão também podem ser encontradas em BROWNE, *op. cit.*; SOURNIA e RUFFIE, *op. cit.* e WATTS, Sheldon. *Epidemics and History – Disease, Power and Imperialism*. New Haven and London: Yale University Press, 1997, Cap. 2 – “Dark hidden meanings: Leprosy and lepers in the medieval west and in the Tropical World under the European Imperium”, pp. 40-83.

²³ Foucault afirma que em 1627 na Inglaterra, todos os leprosários haviam sido suprimidos e o único existente, a Gafaria de São Bartolomeu, é desativada. Da mesma forma, na Alemanha no século XVII, a doença é encontrada de maneira muito esporádica. “*Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas [os leprosários] permanecerão. Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento (...)*”. FOUCAULT, Michel, *op. cit.*, p. 6. Sobre o impacto da epidemia de peste no século XVII, ver DEFOE, Daniel. *Um diário do Ano da Peste*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.

utilidade diante desse contexto. Foucault afirma, inclusive, que a maior parte dos leprosários abandonados seria transformada em hospícios, uma vez que, naquele momento, século XVII, a loucura adquiriria um estatuto de *doença*, constituindo-se como uma patologia, cujo tratamento deveria ser realizado numa instituição apropriada.²⁴

1.1.2 – Leprosários e ‘hospitais’: a ação particular

No século XIX, pode-se afirmar que o hospital surge como uma instituição que tem um caráter terapêutico.²⁵ Michel Foucault assinala que esta ‘positivação’ da instituição hospitalar pode ser entendida como a imposição de uma ordem disciplinar; não significando ainda que a instituição e o doente fossem medicalizados.²⁶ Além disso, é preciso lembrar que os avanços da medicina através da bacteriologia, com Pasteur e Koch por volta do final do século XIX, serão elementos que contribuirão para a transformação do hospital.²⁷ A teoria microbiana criou uma nova fonte de autoridade científica para a medicina, aproximando-a da física e da química, e influenciando o saber médico sobre a concepção das doenças e o seu surgimento, fazendo do hospital um lugar de ensino, pesquisa e cura.²⁸

²⁴ Sabe-se que, desta forma, muitas das peculiaridades de comportamento, tais como pessoas com manifestações religiosas, não agressivas e que conviviam sem maiores problemas com os demais, podem ter tido sua transgressão confundida com os sinais da loucura. Assim, da mesma maneira que ocorria com os leprosos, onde era necessário excluí-los socialmente, com os loucos será necessário retirá-los do convívio social e encerrá-los numa instituição apropriada. Segundo Foucault, a estrutura existente dos leprosários foi devidamente aproveitada para este fim.

²⁵ Foucault assinala que, no contexto europeu, somente no início do século XIX, se pode afirmar ter o hospital se transformado num instrumento destinado a curar e a tratar; antes disso seu papel era puramente caritativo e assistencial. Além disso, o pobre, portador de uma doença, era duplamente ‘perigoso’: por sua condição social e por apresentar risco de contágio. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000, Cap. VI – O nascimento do hospital, pp. 99-111.

²⁶ *Id.*, *ibid.*, p. 103.

²⁷ Estas mudanças e a influência dos trabalhos de Koch na bacteriologia são bastante enfatizadas no texto de PELLING, Margaret. “Contagion/Germ theory/specificity”, in BYNUN, W. F. e PORTER, Roy (ed.). *Companion Encyclopedia of the history of medicine*. London/New York: Routledge, 1993, pp. 309-334.

²⁸ A importância da bacteriologia na identificação de doenças e constituição de sua identidade no período moderno, além da forma como o laboratório revolucionou as concepções das doenças, podem ser vista no texto de CUNNINGHAM, Andrew. “Transforming plague – The laboratory and the identity of infectious disease”. In: CUNNINGHAM, Andrew and WILLIAMS, Perry (ed.). *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp. 209-243. Este texto também apresenta as pesquisas de Koch e sua descoberta sobre o bacilo causador do Antraz e o surgimento da bacteriologia.

De acordo com Guenter B. Risse, a transformação do hospital moderno é acompanhada da mudança na concepção do que é ‘doença’ e ‘saúde’, conceitos então intrinsecamente ligados ao desenvolvimento da ciência moderna e da prática da medicina.²⁹ Em fins do século XIX, o hospital se torna a instituição onde a medicina e a enfermagem são praticadas, onde se ouve o paciente e se observam as reações do doente à doença.³⁰

Risse afirma que o hospital, como instituição, passou por diferentes fases que acompanharam as mudanças das “comunidades culturais”. Os hospitais eram casas de caridade e refúgio, uma espécie de santuário; também foram espaços de segregação, como um instrumento de isolamento designado para controlar indivíduos considerados perigosos à sociedade como os leprosos, as vítimas da peste, os pobres e os ‘inúteis’. No Renascimento passaram a ser vistos como espaços de reabilitação até se tornarem espaços de observação, aprendizado e cura no século XIX. Risse finaliza esta linha do tempo, chamando a atenção para a importância do conhecimento médico e da tecnologia que levou aos avanços que beneficiaram grandemente os hospitais no século XX: aparelhos de raios X, laboratórios modernos para exames clínicos, facilidade de diagnóstico e tratamento nas novas especialidades médicas.³¹

No Brasil, durante o século XIX, eram ainda as Santas Casas de Misericórdia e instituições ligadas à Igreja, as responsáveis pelo atendimento aos doentes de toda natureza. Os hospitais militares, a exemplo de assistência pública, muito pouco faziam pela população civil como um todo. Neste sentido, assistência hospitalar pouco ainda se diferenciava daquela do período colonial, sendo a iniciativa privada, especialmente aquela

²⁹ RISSE, Guenter B. *Mending bodies, saving souls – A history of hospitals*. New York: Oxford University Press, 1999. O livro trata com detalhes da criação do John Hopkins Hospital, mas para este trabalho foi utilizado apenas o Capítulo 8: The limits of medical science – Hospitals in Fin-de-Siècle Europe and América, pp.399-462, e a Conclusão, pp. 675-687.

³⁰ O modelo francês de observação do paciente relatado por Foucault foi utilizado tanto nos Estados Unidos da América quanto na Alemanha ou Inglaterra e França.

³¹ O autor, ao final, relata os problemas derivados de uma medicina que positivou excessivamente o papel e a importância do hospital no processo de tratamento e cura do doente, legados pela alta tecnologia que dominou a instituição hospitalar. Ele chama a atenção que, após a segunda metade do século XX, a ‘excessiva’ presença da tecnologia que dominou a medicina, provocou, entre outras medidas, a busca pelas chamadas terapias alternativas, tratamentos holísticos que permitam uma aproximação do homem das antigas ‘artes de curar’. Este aspecto será mais bem trabalhado no último capítulo da tese, pois tem influência sobre a lepra e a forma de tratá-la.

de caráter religiosa, responsável pela maior parte das iniciativas de assistência aos doentes. A “necessidade de isolar os leprosos” determinou que os governos municipais organizassem os lazaretos, onde eram, dentro das limitações do tempo e da época, assistidos por um funcionário do município.³²

No início da República, o panorama da saúde pública que se tem logo após 1889 é a constituição de um Conselho de Saúde Pública pelo governo provisório, que reorganizou o Serviço Sanitário Terrestre da República. A principal atribuição deste Conselho era estudar as principais doenças que grassavam pelo território nacional, além de intervir nos Estados “na medida de seu possível”, o que significava na prática, que apenas nos casos das epidemias, como febre amarela, cólera ou varíola, por exemplo, o poder público federal se fazia presente. Não havia uma referência especial à lepra neste Serviço.³³ Em 1894, a criação do Instituto Sanitário Federal foi vista por Souza-Araújo, como um avanço no intuito de tratar a higiene pública como algo “mais científico”.³⁴ Três anos depois, este Instituto foi ligado à Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e constituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que era parte ligada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, pois não havia uma pasta para a saúde, criada apenas em 1930. O federalismo da República significou mais poderes aos Estados para cuidar das questões de saúde. Entretanto, apesar deste ente federativo ter como responsabilidade o controle das doenças infecciosas e o saneamento das cidades, poucos puderam ou tiveram condições de fazer muito neste campo, excetuando-se os estados mais fortes política e economicamente, como São Paulo.³⁵

O único hospital de isolamento para os leprosos existente na Capital Federal e em todo o Estado do Rio de Janeiro era o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, localizado em São Cristóvão, e fundado em 1741. Era uma instituição ‘não medicalizada’ na medida

³² SANTOS FILHO, Lycurgo. “A medicina no período imperial”. In: HOLANDA, Sergio Buarque de (org.). *História Geral da Civilização Brasileira, Tomo II. O Brasil Monárquico*. 3º volume. *Reações e Transições*. São Paulo: Difel, 1976, p. 484.

³³ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. *História da lepra no Brasil – Volume III - Período Republicano (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

³⁴ *Id.*, *ibid.*, p. 2.

³⁵ FARIA, Lina Rodrigues de. “A intervenção federal na saúde pública durante a Primeira República”, in CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio e FARIA, Lina Rodrigues de (orgs.). *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: Edusf, 2003, p. 23.

em que sua administração se encontrava subordinado à Irmandade Candelária e, durante o regime imperial, era obrigado a prestar contas de sua administração ao governo, embora não fosse a este submetido.³⁶ No entanto, pode-se perceber que esta relação não era completamente tranqüila, pois Souza-Araújo ressaltou a existência de conflitos entre o médico do Hospital, Dr. Azevedo Lima e um de seus conselheiros, no ano de 1892.³⁷

O Hospital tinha do governo algumas facilidades, como isenção no pagamento de taxas de importação, para materiais utilizados na grande reforma que realizou na instituição em 1890. No regime imperial, tinha concessão de verba de loterias, que eram repassadas pelo Estado. Com a separação da Igreja e do Estado após a República, o Hospital sofreu o seu primeiro grande golpe orçamentário e uma concessão foi vetada pelo prefeito municipal em abril de 1896. Suas despesas mais expressivas eram de responsabilidade da Irmandade da Candelária, visto que era uma instituição particular, como as demais existentes.

Nesse sentido, é importante dizer que, até o início do século XX, todos os hospitais de lázaros e asilos existentes no país eram de manutenção particular, em sua maioria da Igreja, inexistindo instituição para leprosos que fosse de responsabilidade do Estado. Entre estes hospitais, os mais importantes eram: o Asilo de Lázaros, no Recife que foi inaugurado em 1714, sob a administração da Igreja e que deu origem ao Hospital de Lázaros em 1789. Este hospital funcionou até 1941, administrado pela Santa Casa de Misericórdia, e neste ano foi desativado devido à inauguração da Colônia de Mirueira, leprosário federal construído em Pernambuco. O segundo estabelecimento importante era o Hospital dos Lázaros que foi inaugurado na Bahia por D. Rodrigo de Meneses em 1789, “sem nenhum

³⁶ Nesse sentido, este fato guarda extrema semelhança com o conflito produzido entre as Irmãs de Caridade e os médicos que atuavam no Hospício de Pedro II nesta mesma época.

³⁷ O médico José Jerônimo de Azevedo Lima trabalhou neste Hospital e foi seu diretor clínico e responsável também pelo Laboratório Bacteriológico do mesmo Hospital. Suas pesquisas analisavam os aspectos laboratoriais e bacteriológicos da lepra e sobre isso publicou vários artigos tendo, inclusive, sido o responsável pelo uso experimental de um dos primeiros medicamentos empregados no país contra a lepra, o Soro de Carrasquilla, bastante utilizado na Colômbia. Sobre a importância do Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros e José Jerônimo de Azevedo Lima, diretor do Hospital e deste Laboratório, cf. CABRAL, Dilma. “A lepra e os novos referenciais da medicina brasileira no final do século XIX. O Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros”. In: NASCIMENTO, Dilene R *et alii* (orgs.). *Uma história brasileira das doenças – Vol. 2*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006, pp. 147-178.

auxílio da Coroa”, e que ficou ativo até 1947.³⁸ Ainda uma outra instituição desta natureza localizava-se em Belém, onde a Santa Casa de Misericórdia inaugurou em 1815, o leprosário Hospício dos Lázaros, que atendia a toda a região Norte e funcionou até 1938. Em 1833, em São Luís, no Maranhão, foi fundada uma primeira vila de leproso que em 1869, transformou-se no Asilo do Gavião.³⁹ Através de uma doação do comerciante português, Antonio Abreu Guimarães, foi inaugurado em Sabará, Minas Gerais, em 1883, o asilo daquela localidade que foi administrado pela Santa Casa de Misericórdia. Em São Paulo em 1805, foi criado também pela Santa Casa, o Hospital dos Morféticos; no ano seguinte, 1806, outro hospital foi inaugurado em Itu, que se tornaria a futura Colônia de Pirapitingui. Em 1816, foi fundado em Mato Grosso, o Hospital São João dos Lázaros por iniciativa de um militar. Destes hospitais, apenas os localizados na Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro, estavam ainda em funcionamento em 1942, segundo João de Barros Barreto.⁴⁰

1.1.3 – Ações contra a lepra na Primeira República

Como se pôde perceber, todas as instituições citadas não eram estatais. De acordo com a bibliografia especializada, a saúde pública, pela Constituição de 1891, era de responsabilidade dos Estados, sendo a União apenas ativa no controle dos portos, nas ações sanitárias na capital federal ou em casos de epidemias. Assim, a atenção à saúde era mais presente nos Estados mais ricos da federação – sendo o caso de São Paulo o mais evidente – uma vez que a maioria dos demais não tinha condições financeiras ou políticas para tal ação. Sendo assim, a atuação da DGSP era extremamente limitada, circunscrita, como vimos aos surtos epidêmicos.⁴¹

³⁸ AGRÍCOLA, Ernani. “A lepra no Brasil (Resumo histórico)”. In: BRASIL – Serviço Nacional de Lepra. *Manual de Leprologia*. Rio de Janeiro: SNL, 1960, p. 13.

³⁹ SOUZA-ARAÚJO, *op. cit.*, pp. 533-597.

⁴⁰ BARRETO, João de Barros. “A organização da saúde pública no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, Ano XII, nº 2, agosto de 1942, pp. 169-215.

⁴¹ Para maiores detalhes sobre a atuação da DGSP e as mudanças ocorridas com sua instalação, ver, dentre outros, CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de e FARIA, Lina Rodrigues de, *op. cit.*, sobretudo os capítulos 1 e 2.

No governo de Rodrigues Alves, o projeto de reforma urbana e sanitária se concretizou. Pereira Passos e Oswaldo Cruz assumiram cada qual sua atribuição e a capital da República sofreu uma grande intervenção com o intuito de moldá-la aos parâmetros mais modernos daquele momento, início do século XX.⁴² O Rio de Janeiro, como capital da República, era o centro destas mudanças e deveria transformar-se numa grande vitrine para demonstrar o ‘progresso e a civilização’ do país, não só para o restante do Brasil, como também para outros países. Entretanto, é importante lembrar que tais mudanças não foram absorvidas passivamente pela população de modo geral. Houve demonstrações de discordância deste projeto modernizador e, no que se refere às mudanças no campo da saúde, a Revolta da Vacina é um exemplo bastante emblemático daquele fato.⁴³ Nas décadas de 1910 e 1920, a República presenciou o “segundo momento” da reforma sanitária, através do chamado movimento sanitarista. Segundo Castro-Santos e Lina Faria, nesse período “(...) a saúde pública transformou-se numa questão social no Brasil” e o homem do campo foi ‘descoberto’.⁴⁴

O movimento sanitarista, ao mesmo tempo em que descobria este homem do campo, isolado, abandonado e, sobretudo *doente*, identificava e revelava as várias doenças que, segundo aqueles sanitaristas, impediam o homem brasileiro de integrar-se ao projeto modernizador do país. Entre as mazelas denunciadas pelos médicos estavam a malária, a ancilostomose, a leishmaniose e a lepra, doenças que se constituíam como parte integrante da realidade cotidiana das populações dos sertões. O poder público, inoperante, não conseguia chegar aos *sertões* de um país de dimensão continental e, em sua grande parte, dominado por oligarquias retrógradas. Assim, as expedições científicas realizadas na

⁴² *Id.*, *ibid.* e FERNANDES, Tânia Maria. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. É interessante ressaltar que o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, se constituirá no futuro Instituto Oswaldo Cruz, importante instituição não só na pesquisa básica em relação à lepra, mas também no sentido de formar uma escola de cientistas que se voltaram para este tema da saúde de variadas maneiras.

⁴³ Não é meu objetivo tratar deste tema em profundidade neste trabalho. Existe uma bibliografia que estuda as resistências populares a este projeto ‘medicalizador’, cujo emblema maior foi a Revolta da Vacina. SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão – Tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1985; BENCHIMOL, Jayme Larry (coord.). *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1990; CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados – O Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Cia. das Letras, 1999.

⁴⁴ CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de e FARIA, Lina Rodrigues de (orgs), *op. cit.*, p. 28.

década de 1910 ao interior do Brasil, por sanitaristas como Belisário Pena e Artur Neiva, descortinaram esta realidade que deveria ser mudada para que o homem do *sertão* pudesse ser integrado ao projeto de um Brasil moderno.⁴⁵

Os relatórios descritivos e minuciosos destas incursões ao interior do Brasil chegaram às grandes cidades, sobretudo à capital da República, desvendando um panorama que em nada se agregava ao projeto de modernidade pensado e buscado pelo governo republicano. Estes escritos apresentavam ao Brasil um outro país: uma realidade social e médica que estava muito distante do ideal moderno e europeu que se pretendia alcançar, após as reformas urbana e sanitária já mencionadas.

No que se refere à lepra e as ações que a pensaram como um problema social e médico há que se ressaltar a criação e atuação da Comissão de Profilaxia da Lepra entre 1915 e 1919. Esta comissão se reuniu pela primeira vez em 22 de julho de 1915, na sessão da Academia Nacional de Medicina, e sua criação foi proposta por Belmiro Valverde, leprologista do Hospital de Lázaros no Rio de Janeiro. Valverde foi orientado por Juliano Moreira para que organizasse um grupo de médicos de várias especialidades que pudessem contribuir para uma discussão efetiva sobre o problema da lepra no Brasil.⁴⁶ Este grupo diagnosticava como fundamental propor alternativas para o poder público no sentido de eleger o combate à doença como uma 'prioridade nacional'. A lepra era apontada por eles como um dos verdadeiros 'males do país', que necessitava, portanto, de um combate rigoroso.

O grupo reunia representantes das principais sociedades médicas da Capital Federal, como a Academia Nacional de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia, dentre outras e sua presidência era ocupada pelo Diretor Geral da Saúde Pública, Dr. Carlos Seidl,

⁴⁵ LIMA, Nisia Trindade. *Um sertão chamado Brasil. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: IUPERJ/Editora Revan, 1999.

⁴⁶ É oportuno lembrar ao leitor da criação da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, em 4/2/1912, no Rio de Janeiro, cujo primeiro Presidente foi o prof. Fernando Terra, sucedido em 1926 por Eduardo Rabello, que permaneceu no posto até 1940, por motivo de falecimento. Esta Sociedade era um pólo de discussão do tema da lepra, como se pode observar através dos artigos publicados no periódico *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, que começou a circular também em 1912, e dos que dela faziam parte, visto que eram dedicados ao tema da lepra. Juliano Moreira também figurou dentre seus membros fundadores e dirigia, à época, a Assistência Médico-Legal aos Alienados.

o que denota um importante e estratégico estabelecimento de laços entre a Comissão e aquela Diretoria. Um dos principais debates deste grupo dizia respeito à transmissibilidade da doença que, segundo alguns, como Adolpho Lutz, era transmitida através de um vetor, ao mesmo modo da febre amarela.⁴⁷

A importância do tema da lepra como uma das ‘endemias nacionais’ denunciadas naquela conjuntura também se refletiu no 1º Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia, em 1918, onde as questões relativas à doença, tais como sua transmissão e controle foram amplamente debatidos.

Em 27 de outubro de 1919, após quatro anos de encontros e debates, a Comissão de Profilaxia da Lepra encerrou sua atuação, entregando ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores um documento contendo as deliberações aprovadas pelo grupo e suas reivindicações no sentido de que o Estado brasileiro exercesse uma ação efetiva no controle e na profilaxia da lepra. Estas considerações foram a base de um projeto de lei que propunha a criação de uma Inspeção de Profilaxia da Lepra, para que o Estado pudesse assumir com firmeza o comando das ações de controle e assistência à doença.⁴⁸ Dessa forma, pode-se perceber que a Comissão de Profilaxia da Lepra estava perfeitamente de acordo com os debates do movimento sanitarista, que demandavam uma efetiva ação do governo da União no campo da saúde pública, apontando para a necessidade de uma reforma sanitária que, na realidade, demandava mudanças políticas, através de uma ampliação do poder público em detrimento dos poderes regionais das oligarquias.

⁴⁷ É importante lembrar que o modelo de transmissibilidade de doenças a partir de um vetor foi um padrão que explicou com sucesso várias doenças, dentre elas a febre amarela. O êxito deste modelo fez com que diversos cientistas tentassem explicar outras doenças contagiosas através da teoria do vetor, como, por exemplo, a lepra e a poliomielite. Deve-se ressaltar, ainda, que Adolpho Lutz morreu em 1940, acreditando que esta era a forma de transmissão da lepra, mesmo já se tendo um esclarecimento a este respeito. Sobre a vida de Lutz e sua ligação com as pesquisas em lepra, ver BENCHIMOL, Jaime. “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, vol. 10, nº1, jan-abril 2003, pp. 13-83. Sobre a transferência deste modelo para explicar a transmissão da poliomielite, ROGERS, Naomi. *Dirt and Disease: Polio before FDR*. New Jersey: Rutgers University Press, 1996. A face de Lutz está retratada na figura 23.

⁴⁸ MACIEL, Laurinda Rosa. *A hanseníase e a saúde pública: a comissão de profilaxia da lepra (1915-1919)*. Mimeog., 2001.

Com o decreto nº 3987, de janeiro de 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública e várias inspetorias de profilaxia de doenças, dentre elas a da Lepra.⁴⁹ Instituída oficialmente em setembro de 1920, através do decreto nº 14354, seu primeiro diretor foi o dermatologista e prof. Eduardo Rabello que permaneceu no posto até 1926, quando foi substituído por Oscar da Silva Araújo, que a dirigiu até sua desativação, após uma reforma no Ministério da Educação e Saúde Pública em 1934.⁵⁰ Estava diretamente subordinada à Diretoria Geral do DNSP e suas atribuições eram superintender e orientar o serviço de combate à lepra e às doenças venéreas em todo o território nacional, e combater o câncer no Distrito Federal.

Eduardo Rabello recebeu, ainda em 1920, a incumbência de elaborar o regulamento da Inspeção sob sua responsabilidade e que se constituiu na primeira legislação brasileira que se ocupou especificamente da profilaxia das doenças de sua alçada. No caso da lepra, esse regulamento criava o órgão central para coordenar e implementar a luta profilática em todo país e estabelecia suas diretrizes. A partir daí, o isolamento dos doentes, tornar-se-ia oficialmente a principal medida de profilaxia para a lepra.

O Regulamento Sanitário de 1920 foi elaborado em seu conjunto por Carlos Chagas e recebeu críticas contundentes, além de despertar grandes polêmicas. No caso específico da lepra, o Regulamento era acusado de ser pouco rigoroso ao permitir o isolamento domiciliar para doentes que tivessem condições sócio-econômicas para tal, indicando e pressupondo, inclusive, uma separação social entre os doentes. Essas críticas determinaram que o Regulamento fosse revisto.

Em 31/12/1923, o Decreto 16300, instituiu um novo Regulamento Sanitário que sobreviveu, inclusive, às reformas promovidas durante o Governo Provisório de Getúlio Vargas, ou seja, até 1934.⁵¹ No caso da lepra, esse Regulamento consistia, em linhas gerais,

⁴⁹ O contexto político e social que levou à criação do DNSP foi bastante discutido por HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento – As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

⁵⁰ A criação desta Inspeção e seus primeiros anos de atuação foram analisados por CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão – Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências da Saúde. COC/Fiocruz, 2005.

⁵¹ No relatório do diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública enviado ao Ministro da Educação e Saúde, referente às atividades efetuadas no ano de 1944, constam as várias versões elaboradas para o regulamento sanitário até a aprovação do de 1923. BARRETO, João de Barros. *O Departamento Nacional de Saúde Pública em 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945.

em ações tais como, obrigatoriedade de notificação como se prescrevia para outras doenças infecciosas; exame periódico dos comunicantes para a descoberta de novos casos; e isolamento em colônias, ou mesmo em domicílio, a partir de uma série de condições descritas nos artigos 133 ao 183, daquele Decreto.

Após a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, em 1920, a União dedicou-se à realização de acordos com os Estados para fazer cumprir o regulamento federal. Pretendia-se supervisionar os programas preventivos em nível nacional, embora fosse proibida a implementação destes programas em virtude da autonomia dos Estados. Como resultado, foram assinados contratos onde os governos estaduais acordavam respeito à legislação sanitária federal e asseguravam sua celebração em suas respectivas jurisdições. Todos os estados brasileiros firmaram acordos, com exceção de São Paulo, pois este Estado tinha uma legislação autônoma e políticas de profilaxia própria.

A segunda grande iniciativa da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas foi a realização dos censos nesses Estados, acompanhado de um estudo clínico e epidemiológico dos casos encontrados. Como último ponto importante da atuação da Inspetoria neste momento, pode-se citar o início de estudos para a construção de leprosários e colônias para o isolamento dos doentes, considerado pelo Governo Federal como a principal medida profilática contra a lepra. Ainda assim, durante toda década de 1920 a União construiu apenas três leprosários: a Lazarópolis do Prata, no Pará; o Leprosário São Roque, em 1926, no Paraná; e o Hospital Colônia Curupaity, no Distrito Federal, em 1929.

Os apelos da sociedade civil e das organizações filantrópicas por uma atuação mais eficaz do governo federal frente ao problema da lepra não obtiveram o êxito esperado durante os anos 1920. O crescimento do Estado durante essa década possibilitou uma maior intervenção federal nas várias áreas das políticas públicas, inclusive no que se refere à saúde. Entretanto, os problemas políticos e financeiros impediram que determinadas medidas fossem definitivamente postas em prática. Não obstante a quantidade de trabalhos científicos que somaram conhecimentos à profilaxia da lepra no Brasil, as dificuldades econômicas representaram, em alguns momentos, um empecilho à urgência que se desejava imprimir ao tema. A execução do isolamento viu-se prejudicada pelo reduzido número de

leprosários existentes para internar os mais de 12 mil doentes recenseados em 1927.⁵² Este quadro apresentará alguma mudança a partir de 1935, com a execução de um ‘Plano de construções’ de leprosários em todo o país, como falarei adiante.

A criação desta Inspetoria foi a primeira ação estatal para atenção ao problema da lepra no país. No entanto, deve-se ressaltar que o Instituto Oswaldo Cruz já formava, através de seus cursos de aplicação, um grupo de pesquisadores que trabalhavam com pesquisa básica de várias doenças, dentre elas, a lepra. Deste grupo, destaco o leprologista Heraclides César de Souza-Araújo.

1.2 – A lepra no IOC e a atuação profissional de Souza-Araújo

1.2.1 – A pesquisa leproológica no IOC

Naquela que é considerada uma das maiores obras de Souza-Araújo, *História da lepra no Brasil*, publicada em 1956, há uma menção explícita sobre a criação de um Laboratório de Leprologia, no Instituto Oswaldo Cruz em 1927. Na página 521, ele afirmou que, em março de 1927, foi instalado no IOC “(...) por ordem de seu diretor Professor Carlos Chagas, o Laboratório de Leprologia, onde vários técnicos nacionais e estrangeiros fizeram estágio”.⁵³ Segundo o autor, ele próprio foi o responsável por aquele Laboratório que fazia pesquisa sobre a lepra, atendia pacientes e recebia alunos e pesquisadores para treinamento e elaboração de estudos que fossem pertinentes à doença.

Nesse sentido, me parecia bastante provável que tal criação pudesse ser confirmada em outras obras que não apenas a do próprio autor. Entretanto, após uma longa e exaustiva pesquisa em importantes periódicos da época como, os *Archivos de Higiene*, *Archivos Brasileiros de Medicina*, *Memórias do IOC* e *Brasil Médico*, procurando constatar este fato, não foram encontradas evidências desta criação. Pensando na possibilidade de encontrar referências em outro tipo de documentação como a dos Arquivos, quer pessoal ou

⁵² Cf. ARAÚJO, Oscar da Silva. “Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, Ano I, nº 2, 1927, pp. 195-254.

⁵³ SOUZA-ARAÚJO, *op. cit.*, p. 521.

institucional, realizei um detalhado levantamento na documentação existente nos seguintes Arquivos: Pessoal de Souza-Araújo e no Fundo Laboratório de Hanseníase – Departamento de Medicina Tropical. Entretanto, mais uma vez, não foi encontrada qualquer evidência que levasse à conclusão de que o citado Laboratório tenha sido realmente criado e passado a funcionar a partir de março de 1927. Embora o Arquivo Pessoal de Souza-Araújo tenha como datas limite 1915 a 1962, tendo, portanto, o ano de 1927 sido contemplado ali, também não foi encontrada documentação específica que pudesse auxiliar nesta análise. O segundo conjunto documental citado, tem como datas limite os anos de 1932 a 1989, estando, portanto, fora do corte cronológico que privilegie a criação do Laboratório de Leprologia.

Entretanto, mesmo assim, o IOC já tinha naquele momento, história e projeto institucionais que justificassem a criação de um Laboratório com as características citadas por Souza-Araújo: elaborar pesquisas, atender pacientes e realizar treinamentos e estágios. A própria história do Instituto Oswaldo Cruz ou Manguinhos – como já era chamado – e de sua consolidação como instituição de pesquisa, já tinha na doença lepra um lugar de preocupação nacional, tanto acadêmica quanto governamental, no sentido de suscitar políticas públicas de controle e/ou pesquisa. Outra razão para a criação deste Laboratório seria a história pessoal e a trajetória profissional de Souza-Araújo.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o Instituto Oswaldo Cruz em 1927 já se caracterizava como um espaço de discussão e prática da temática da saúde e da doença de diferentes formas. Por exemplo, tanto na pesquisa básica aplicada, quanto na fabricação de medicamentos ou formação de uma geração de cientistas, que atuavam nas mais variadas linhas de ação necessárias ao conhecimento científico ou ao combate de uma determinada doença.⁵⁴

⁵⁴ Acho relevante dizer que na Capital Federal o IOC era sim a instituição modelo para estas ações tanto de pesquisa básica quanto de elaboração de políticas de saúde. No entanto, em São Paulo também se encontravam exemplos preciosos de instituições de saúde que podem ser claramente comparados à Manguinhos em tais aspectos. Este dado será mais bem tratado no item seguinte deste trabalho.

Criado em maio de 1900, o Instituto Soroterápico Federal tinha como objetivo fabricar soros e vacinas.⁵⁵ Dois anos depois, o Instituto passou a ser dirigido por Oswaldo Cruz, que lhe deu uma nova face, passando a instituição a se dedicar também à pesquisa e à medicina experimental. Em 1903, com a nomeação de Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública, Manguinhos se tornava referência para as campanhas de saneamento empreendidas sob sua inspiração.

Em 1908, a instituição passou a ser chamada de Instituto Oswaldo Cruz, iniciando sua ação no interior do país, já que antes disso, a maior parte destas eram restritas à Capital Federal. Após 1908, muitos de seus cientistas realizaram expedições ao interior do país, sobretudo nas Regiões Centro Oeste e Norte, entre as quais a mais conhecida foi a expedição de 1912, dirigida pelos sanitaristas Belisário Penna e Artur Neiva. Esta expedição, cujo relatório foi publicado em 1916, é considerada um ponto de inflexão para o chamado 'movimento sanitarista'. Na região amazônica destaca-se a expedição de realizada por Oswaldo Cruz, também em 1912, a pedido do Ministro de Agricultura, Indústria e Comércio, Dr. Pedro Toledo. Aquela “vasta região do país” guardava grandes possibilidades econômicas e necessitava de apoio e investimento governamentais, no sentido de realizar estudos relativos ao problema representado pelas condições médico-sanitárias.⁵⁶

Assim, as expedições realizadas àquela região na década de 1910 foram muito importantes para a capacitação do IOC e também para a melhoria das condições de saúde destas populações. Estas melhorias não diziam respeito somente à população nativa, mas também aos operários que trabalhavam em aberturas de estradas de ferro, sobretudo a Madeira-Mamoré, e que, em grande parte, era composta por imigrantes. É também necessário lembrar que a região sofria um afluxo de população vinda do Nordeste brasileiro e que foram trabalhar no extrativismo da borracha. Na obra *Um sertão chamado Brasil*, há uma citação a partir de discurso pronunciado por Carlos Chagas em 1913 que ilustra bastante bem este fato:

⁵⁵ Para maiores detalhes sobre o Instituto Soroterápico Federal, ver, FERNANDES, Tania Dias, *op. cit.*

⁵⁶ FONSECA FILHO, Olympio da. *A Escola de Manguinhos – Contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil*. São Paulo: s.e., 1974, p. 143.

“Se a Grande Amazônia, em seus aspectos excepcionais de um mundo novo e resplendente de maravilhas sem fim, tem constituído o maior tesouro de sábios naturalistas, fornecendo-lhes farta messe de elementos valiosos para ilustrar a história natural do Universo; se ao poeta e ao romancista os grandes dramas da vida humana, desenrolados naquelas florestas, têm inspirado uma imensa literatura épica, cujas páginas mais belas glorificam o heroísmo do homem em luta para permanente com a inclemência das coisas... certo é que, do ponto de vista médico, ela permanece ignorada, se não objeto de fantasias aterradoras, que malsinam o vale do nosso rio gigante”.⁵⁷

Ao longo da década de 1910, o IOC teve um importante papel de pólo irradiador de discussões sobre saúde pública que vão se refletir inclusive na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920. Um reflexo deste papel pode ser atribuído aos ‘Cursos de Aplicação’, ministrados em Manguinhos a partir de 1909, num momento em que o ensino superior no país era restrito a poucas escolas com prática científica de pesquisa. Instituído com o objetivo de formar ‘novas gerações da ciência’, estes cursos eram destinados, num primeiro momento, aos alunos de medicina ou àqueles já graduados. Posteriormente, o público alvo passou a ser de graduados ou estudantes de ciências exatas e naturais. Segundo Olympio da Fonseca Filho, era condição *sine qua non* para admissão nos laboratórios do IOC, a conclusão do Curso de Aplicação, que ficou conhecido como “Curso de Manguinhos”: “De exigência obrigatória para quem se propusesse freqüentar os laboratórios do Instituto, o curso foi planejado para dar, a graduados e a estudantes das últimas séries do curso médico, os conhecimentos teóricos e a habilitação técnica que lhes permitissem abordar nos laboratórios quaisquer tarefas de rotina”.⁵⁸

Um destes alunos foi Heraclides César de Souza-Araújo que freqüentou a turma de 1913. Nascido no Paraná em 1886, formou-se pela Faculdade de Farmácia de Ouro Preto em 1912. No ano seguinte, veio para o Rio de Janeiro onde, ao mesmo tempo, ingressou nos cursos de Medicina da Faculdade do Brasil, e no Curso de Aplicação, do Instituto

⁵⁷ CHAGAS, Carlos. Conferência no Palácio Monroe, 1913, *Apud* LIMA, Nísia Trindade, *op. cit.*, p. 83.

⁵⁸ FONSECA FILHO, Olympio, *op. cit.*, p. 151. Nesta obra, entre as páginas 151 e 154, há uma descrição minuciosa do grau de exigência do curso, disciplinas cursadas, freqüência e avaliação, dentre outros aspectos interessantes, inclusive com algumas das regras para os que decidissem permanecer trabalhando em Manguinhos.

Oswaldo Cruz, onde iniciou seus estudos na área de doenças venéreas. Um dos grandes professores deste curso era Adolpho Lutz, que havia chegado à Manguinhos em 1908.⁵⁹ Era um grande estudioso do problema da lepra, tendo, inclusive, dirigido os serviços de assistência e profilaxia da lepra no Havaí, de 1889 e 1892. Voltou para São Paulo em 1893, com a incumbência de ser vice-diretor do Instituto Bacteriológico do Estado, criado no ano anterior. Lutz foi o primeiro grande estudioso de lepra em Manguinhos e chefiou o Serviço de Entomologia e Parasitologia do IOC até sua morte em 1940.⁶⁰

A aproximação de Souza-Araújo e Lutz tornou-se intensa e o interesse do primeiro com a temática da lepra o levou à Universidade de Berlim para se especializar em dermatologia e por sugestão de um dos professores, escreveu um trabalho sobre lepra no Brasil. No ano seguinte, 1915, retornou ao Brasil e formou-se em Medicina com defesa de tese sobre granuloma venéreo. Foi aluno de Fernando Terra, professor de dermatosifilografia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, diretor do Hospital dos Lázaros e responsável pela Enfermaria na Santa Casa de Misericórdia que era também, àquela altura, um importante pólo de discussão e prática de dermatosifilografia e lepra.⁶¹ No Hospital dos Lázaros, fez um estágio com Fernando Terra e acredito que tenha sido bastante influenciado por este, já que a maior parte de seus trabalhos futuros terão como foco principal, o problema da lepra.

Durante este estágio, Souza-Araújo utilizou nas lesões dos doentes lá internados, uma vacina preparada por ele, contendo culturas de organismos acido-resistentes isolados,

⁵⁹ Acho importante assinalar que em abril de 1909, foi publicado o primeiro volume do periódico *Memórias do IOC*, e Lutz era o pesquisador responsável por verter os artigos e resumos para o idioma alemão, dentre outras atribuições. Este periódico surgiu num momento em que Manguinhos consolidava seu campo de atuação como um Instituto de pesquisa e de profilaxia de doenças, tornando-se uma instituição de referência no país.

⁶⁰ Para detalhes mais específicos da trajetória de Lutz, ver BENCHIMOL, Jaime. “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 10, nº 1, janeiro-abril de 2003, pp. 13-83 e STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira – Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova/Fiocruz, 1976, sobretudo o capítulo 7 “O Instituto Bacteriológico de São Paulo, 1892-1914: O papel da ciência aplicada”, pp. 126-145.

⁶¹ A Sociedade Brasileira de Dermatologia foi formada, inclusive, na Santa Casa de Misericórdia. Até a inauguração do Hospital Clementino Fraga, da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1978, depois de quase 30 anos de obras, as aulas práticas de dermatologia eram dadas na Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia. Ainda atualmente a Santa Casa é uma instituição importante no atendimento dermatológico em geral, e o prof. Rubem David Azulay é, já muitos anos, o responsável pelas áreas de formação dos alunos e do atendimento clínico.

porém, segundo ele, este ‘preparado’ não foi eficaz: alguns pacientes tiveram melhoras internas; outros pioravam e outros tiveram cura nas ‘úlceras leprosas’.⁶² Tal vacina era constituída de Bacilos de Kedrowsky, de Duval e do *streptorix* de Deycke, e os conheceu quando esteve em Berlim. Contudo, o resultado desta experiência foi, segundo ele, praticamente insignificante. No ano seguinte, insistiu no uso de medicamentos e realizou uma experiência com uma espécie de vacina fabricada no IOC por Astrogildo Machado, preparada com componentes químicos como arsênico, cobre e chumbo.⁶³

No mesmo ano, 1916, conheceu o Presidente do Estado do Paraná, Affonso Alves de Camargo, que visitava aquele Hospital. Este lhe fez um convite no sentido de auxiliar o governo daquele Estado na busca de soluções para o problema da lepra. Naquele ano, o Congresso Paranaense já havia votado uma dotação orçamentária para a construção de um hospital para o tratamento de leprosos em Curitiba. A este valor seria agregada ainda uma verba de loterias, bastante comum na época. Como já visto, na República Velha as despesas com ações de saúde pública eram obrigações dos estados e as soluções deveriam ser pensadas em nível regional:

“É com estes poucos recursos e com outros créditos que serão levantados para obras de saneamento, autorizadas pelo Congresso, que o sr. Presidente Dr. Affonso Camargo, conta, para iniciar a santa e patriótica campanha contra a lepra. Os recursos são poucos, mas bastam para o início dessa grande obra, desde que seja ela feita patrioticamente...”⁶⁴

Em maio de 1916, Souza-Araújo iniciou um levantamento estatístico no Paraná para avaliar do número “mais próximo possível do real” do quantitativo de doentes e a necessidade de um hospital na região.⁶⁵ Aconselhava as autoridades locais de que se deveria pensar numa solução que significasse a reclusão total dos doentes numa única instituição (um hospital de isolamento) que tivesse as características de uma colônia

⁶² SOUZA-ARAÚJO, “O tratamento da lepra”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s. e. Ano III, nº 25, abril de 1931, pp.1-2.

⁶³ *Loc. cit.*

⁶⁴ SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit, p. 187.

⁶⁵ Este trabalho intitulado “*Frequência e distribuição geográfica da lepra no Estado do Paraná*” foi apresentado no 8º Congresso Brasileiro de Medicina, realizado em conjunto com o 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, no Rio de Janeiro, de 13 a 20 de outubro de 1918.

agrícola e localizado o mais distante possível da capital. De preferência, que ficasse localizada numa ilha - o chamado isolamento insular -, do qual Souza-Araújo era adepto.⁶⁶

Ao relatar o encontro com o Presidente do Estado do Paraná, Souza-Araújo chamou a atenção para a necessidade de construir uma instituição asilar, argumentando que era preciso mostrar-lhe:

“(...) as inconveniências dessa medida de caráter provisório, [e para isso] sugerimos a necessidade inadiável da construção de uma leprosaria definitiva para a segregação de todos os morféuticos que habitassem centros populosos, a qual seria ampliada, mais tarde, de acordo com as necessidades e nos limites dos recursos financeiros do Estado. Dissemos-lhe ser conveniente utilizar para esse fim uma das ilhas da costa (...) com fácil acesso, grande e com terreno arável, com bastante água potável e não habitada”.⁶⁷

Sugeriu ao governo a compra de ilhas para esta finalidade. Seu argumento se baseava no fato de que, desde a aprovação do Decreto nº 5156, em 8/3/1904, que criava o Regulamento Sanitário concebido por Oswaldo Cruz e sancionado por Rodrigues Alves, a lepra era uma doença de notificação compulsória. Entretanto, o isolamento dos doentes era recomendado apenas nos domicílios, não era uma prática obrigatória e nem o Estado oferecia reais condições para que este se concretizasse de outra forma. No entanto, depois de 1914, com a aprovação do novo Regulamento da DGSP, o isolamento passou a ser de duas formas: em domicílios ou em hospitais/colônias. A questão é que os Estados eram os responsáveis pela construção das instituições de isolamento e cada um elaborava uma política própria, de acordo com a Constituição Federativa de 1891.

Desta forma, a responsabilidade de cuidado e tratamento dos leprosos, a elaboração de políticas próprias de profilaxia, a legislação adequada, a formação de leprologistas e a construção de hospitais de isolamento, eram atribuições dos Estados. Isso gerava desequilíbrio porque alguns poderiam cumprir estas recomendações e outros não, o que

⁶⁶ Oswaldo Cruz é referenciado por alguns como o maior representante deste posicionamento na medicina brasileira do período. A epígrafe que utilizei para a abertura deste capítulo foi extraída de um texto seu que teve ampla repercussão na imprensa e no meio médico daquele momento.

⁶⁷ SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit. p. 187. Estas observações constituem o trabalho “*A profilaxia da lepra no Paraná*”, apresentado por ele no 1º Congresso Médico Paulista, realizado em dezembro de 1916, em São Paulo.

acarretava problemas de despesas orçamentárias acima do orçamento, na medida em que era comum o deslocamento de doentes entre as várias unidades da federação em busca de tratamento e hospitalização.⁶⁸

Em 1917 Souza-Araújo assessorou o governo do estado do Paraná a elaborar um projeto de lei regulamentando a profilaxia da lepra, que se transformou na lei nº 1718, autorizando a fundação de três instituições no Estado: um, numa “ilha da costa” e dois no interior; nenhum destes deveria ser localizado na capital, como previa o projeto inicial.

A agenda de saúde pública dos sanitaristas visava como se sabe, o combate às grandes endemias rurais do Brasil, entre as quais a lepra, tão disseminada especialmente na Amazônia. A partir das expedições científicas do IOC e de sua ampla divulgação pelos meios de comunicação existentes na década de 1910, o país tomou conhecimento desta realidade, sobretudo pelos artigos que Belisário Penna publicou na imprensa, através de sua campanha “missionária” pelo saneamento do país, como já visto.

Num destes artigos, Penna louvou a criação de uma Comissão composta por Miguel Couto, Miguel Pereira, Carlos Seidl, Afrânio Peixoto e Aloysio de Castro, membros da Academia Nacional de Medicina em 1917, com a finalidade de “(...) indicar as medidas médicas e higiênicas destinadas ao saneamento da população brasileira”. O relatório final desta Comissão foi encaminhado ao Presidente da República, através do Ministro do Interior e Justiça, Carlos Maximiliano, em setembro daquele ano.⁶⁹ O Relatório é rico em elementos que refletem como se encontrava a saúde pública naquele momento e as ações necessárias para melhorar este campo, sendo, inclusive, bastante claro na proposta de criação de um Ministério da Saúde Pública, como forma de torná-la autônoma e com recursos financeiros próprios.⁷⁰

⁶⁸ Gilberto Hochman argumenta que neste caso seria necessário que cada Estado criasse o seu leprosário próprio que pudesse “(...) evitar o trânsito de enfermos portadores de hanseníase entre as unidades federativas”. HOCHMAN, Gilberto, *op. cit.*, p. 153.

⁶⁹ SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil, cit.*, p. 256.

⁷⁰ Este relatório, apesar de não muito extenso, expõe bastante bem as principais questões levantadas e partes constituintes deste debate. Encontra-se publicado em *Id., ibid.*, pp. 256-257.

Neste relatório, um dado chama a atenção. Embora a lepra fosse reconhecidamente considerada por vários médicos, como um “flagelo nacional”, no Relatório de 1917, ela não aparece como parte da agenda estratégica de saúde do país. Ali, as doenças priorizadas foram: malária, ancilostomose, leishmaniose, doença de Chagas, febre amarela e sífilis. A exclusão da lepra desta lista de prioridades gerou um grande descontentamento por parte de Souza-Araújo. Assim, ele encaminhou ao presidente da Academia Nacional de Medicina um documento intitulado “O combate à lepra”, onde reivindicava explicitamente a necessidade da doença merecer um empenho igual ou superior ao proposto, por exemplo, à leishmaniose. Segundo Souza-Araújo, a lepra representava um mal e um perigo muito maior para a nação brasileira do que a leishmaniose e, portanto, esta última não tinha razão para aparecer com tanto destaque no citado documento.

Quando o Relatório da Comissão foi encaminhado à Câmara dos Deputados, a Comissão de Saúde Pública discutia o projeto de criação do Serviço de Profilaxia Rural, que foi aprovado no ano seguinte. A luta de Souza-Araújo era no sentido de que se incluísse a lepra no rol das doenças a serem objeto de atenção do Serviço de Profilaxia Rural. Pelo decreto de maio de 1918, ficava claro que os Estados deveriam estabelecer parceria com a União para a criação da representação daquele Serviço nas diversas unidades federativas. Assim, segundo Souza-Araújo, Minas Gerais e Paraná foram os primeiros estados a estabelecer tal parceria ao criarem o Serviço de Profilaxia Rural, incluindo a lepra como doença-alvo a ser combatida. Muito provavelmente, a decisão do governo do Paraná em inserir a lepra no seu Serviço de Profilaxia Rural, deveu-se à atuação de Souza-Araújo. Assim, observamos que, apesar da lepra não ter sido considerada um ‘mal nacional’ da mesma importância que outras doenças no Relatório de 1917, sua importância pode ser observada pelo fato de ter sido incluída na lista de doenças a serem combatidas pelos Serviços de Profilaxia Rural de outros estados, no mais puro estilo federativo da República Velha.

Neste mesmo ano de 1918, Souza-Araújo participou, juntamente com Adolpho Lutz e Olympio Oliveira Ribeiro da Fonseca, de uma expedição científica ao rio Paraná e à Assunção, voltando por Buenos Aires, Montevideu e Rio Grande, expedição esta que

estudou a região Sul do Brasil.⁷¹ Esta expedição, considerada por Souza-Araújo de “geografia médica” por relacionar as doenças às variações climáticas e regionais, foi custeada pelo IOC e pelo governo do Paraná, sendo fundamental para colocá-los de frente para a realidade do povo brasileiro, que se encontrava longe da cidade. Suas conclusões não foram muito diferentes daquelas mencionadas pelos sanitaristas que realizaram viagens semelhantes para outras regiões do país como, por exemplo, a expedição Penna-Neiva.

Segundo Olympio da Fonseca Filho, este movimento em busca de se conhecer as condições de saúde naquela região foi nomeado de “Marcha para o Oeste”. Esta marcha foi realizada com o intuito de se ‘descobrir’ a região que era, naquele momento, uma das menos exploradas e cientificamente menos conhecidas do Brasil.⁷² A expedição foi realizada num momento em que o centro do país despertava grande interesse devido a proposta da constituição republicana de transferir a capital federal que aquela região, fato somente concretizado com o governo de Juscelino Kubitschek, em 1960.

Souza-Araújo foi nomeado chefe do serviço de saneamento rural no Paraná, em 1918, e neste posto permaneceu até 1921, combatendo “arduamente” as verminoses e malária no litoral do Estado.⁷³ Paralelamente a estas atribuições, Souza-Araújo iniciou um grande censo de leprosos e projetou a construção de três hospitais de isolamento, tendo, entretanto, conseguido construir apenas um. Embora a lepra fosse considerada importante para a solução dos problemas sanitários do estado, as duas epidemias que grassaram no Paraná em 1917, impaludismo e febre tifóide, atraíram toda a atenção dos médicos, consumindo grande parte do orçamento destinado originalmente para a construção dos leprosários.

“Duas intensas e extensas epidemias, que explodiram no Paraná em 1917, a primeira de impaludismo, no litoral e no Norte, e a segunda de

⁷¹ As notas de viagem e as observações apuradas sobre as condições de vida e de saúde das populações são a tônica do relatório publicado no mesmo ano. LUTZ, Adolpho; SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de; FONSECA, Olympio Oliveira Ribeiro da. “Viagem científica no Rio Paraná e Assuncion com volta por Buenos Aires, Montevideo e Rio Grande”. *Memórias do IOC*. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, Vol. 10, nº 2, 1918, pp. 1918.

⁷² FONSECA FILHO, Olympio da, *op. cit.*, p. 163.

⁷³ Mesmo completamente envolvido com atividades de controle de verminoses e malária, Souza-Araújo não se desligou das pesquisas com componentes químicos para a lepra. No Paraná realizou experiência com os doentes, ministrando-lhes salvarsan e iodureto de potássio.

febre tifóide, na capital e vizinhanças, distraíram por completo a atenção dos poderes públicos quanto à profilaxia da lepra e consumiram todos os recursos que a ela se destinavam. Começa, agora, [1918] felizmente, uma nova fase de trabalho, por muitas circunstâncias, mais prometedora”.⁷⁴

Souza-Araújo ainda argumentava que, embora a profilaxia da lepra no Estado fosse objeto de acordo entre este governo e o da União, ainda assim ele não era cumprido, pois o orçamento havia sido deslocado para outro fim. Na verdade, percebe-se que a lepra, por não ser uma doença de manifestação epidêmica, acaba sendo deixada para segundo plano nos momentos em que as epidemias surgem.

De acordo com Charles Rosenberg, as epidemias podem ser descritas como ‘incidentes dramáticos’ que requerem respostas.⁷⁵ Estes ‘incidentes’ podem ser estruturados em quatro atos ou reações, como uma peça teatral: 1) a negação da doença e seu reconhecimento diante dela; 2) a explicação da doença, a busca de respostas; 3) a negociação de respostas públicas e 4) fim da epidemia e reflexão sobre o surto epidêmico. Acredito que o exemplo aqui pode nos remeter ao segundo e terceiro atos propostos por Rosenberg, já que as respostas negociadas e concretizadas no momento dos surtos epidêmicos de febre tifóide e impaludismo no Estado deveriam ser rápidas. Além disso, deve-se também considerar a afirmativa de outros estudiosos da história das doenças, que apontam para as diferentes formas que as sociedades reagem às doenças epidêmicas e endêmicas. Acredito que, por isso, a lepra, mesmo sendo considerada um grande mal a ser combatido, ficou na maioria das vezes relegada a um segundo plano. Por ser uma doença

⁷⁴ SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit., p. 242. Trata-se da transcrição de seu trabalho apresentado no 8º Congresso Brasileiro de Medicina, realizado no Rio de Janeiro, em outubro de 1918. O relatório completo das atividades de Souza-Araújo como Chefe do Serviço de Profilaxia Rural encontra-se publicado em *A prophylaxia rural no Estado do Paraná: esboço de geographya médica*. Curitiba: Livraria Econômica, 1919. É um relatório minucioso das atribuições, atividades e realizações empreendidas por Souza-Araújo e sua equipe de trabalho quando estiveram no Paraná. Possui mapas, plantas baixas, esboços, fotografias e ilustrações de vários aspectos retratados pelo autor no decorrer de sua narrativa. Constitui um precioso documento que trata não somente de lepra, mas de como uma população reage às epidemias, estudos de caso, condições de vida etc. da população brasileira no período de 1918 a 1921.

⁷⁵ ROSENBERG, Charles. *Explaining epidemics and other studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995, cap. 13 “What is an epidemic? AIDS in historical perspective”, pp.278-292.

endêmica, as respostas que lhe são dadas podem ser mais lentas e negociadas de maneira mais demorada.⁷⁶

Por quase três anos Souza-Araújo permaneceu no Paraná e, em 1921, transferiu-se para o Pará, onde chefiou o Serviço de Saneamento Rural daquele estado e lá permaneceu por outros três anos.⁷⁷ Em junho de 1924 inaugurou a Lazarópolis do Prata que, segundo ele, foi “(...) a primeira colônia agrícola de leprosos do Brasil e fruto de vários anos de árduo labor”.⁷⁸ Este evento fazia parte dos acordos que eram celebrados em cumprimento ao Regulamento Sanitário Federal. O DNSP - diretamente ou por intermédio da Diretoria de Profilaxia Rural e da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas - e os Estados se uniam e acordavam para que a profilaxia da lepra e das doenças venéreas fosse executada. De acordo com Souza-Araújo, este foi o “primeiro acordo de relevância”

⁷⁶ Esta observação aparece na obra de Terence Ranger e Paul Slack, que trata também de doenças epidêmicas e de como uma sociedade reage a elas. RANGER, Terence e SLACK, Paul. *Epidemics and ideas: Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press: 1992.

⁷⁷ Durante sua permanência no Paraná, Souza-Araújo apresentou tese para concorrer à vaga de membro titular da Academia Nacional de Medicina e foi agregado em 1922, mas não há muita informação sobre as atividades de Souza-Araújo no Pará. Sabemos que, naquele Estado ele se dedicou ao combate da sífilis, embora a lepra fosse uma grave endemia na Amazônia. Segundo Sérgio Carrara, Souza-Araújo destacou-se, no combate à sífilis, por ser um “regulamentarista”, ou seja, aqueles favoráveis ao exame compulsório da população. No caso de um diagnóstico positivo, as pessoas deveriam ser interditadas; as prostitutas consideradas ‘verdadeiras irradiadoras do mal’, deveriam ser impedidas de exercer seu ofício. Souza-Araújo era francamente favorável a esta postura pela Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, ao contrário do diretor da mesma, Eduardo Rabello, favorável à educação higiênica e convencimento da população em geral, independentemente de classe social ou profissão. CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, cap. 4 “A luta antivenérea no Brasil”, pp. 195-202.

⁷⁸ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. *A lepra – estudos realizados em 40 países (1924-1927)*. Rio de Janeiro: Tipographia do IOC, 1929, p. 7. No Pará Souza-Araújo empregou injeções com preparados de chaulmoogra, de hidnocarpato de sódio e de chaulmoogrol, que era um éter etílico preparado pelo Dr. Gans Cruz no Rio de Janeiro, misturado a um éter importado de Honolulu. Após tantas experiências, Souza-Araújo concluiu, conforme publicou em 1931, que o mais acertado era empregar um tratamento que mesclasse os vários tipos por ele pesquisados. Segundo ele, não haveria um tipo específico e mais indicado, porém aquele que “(...) empregue a combinação dos vários tratamentos usado nos vários lugares, [para se] obter muito melhor resultado que empregando um só método, tal como o éter etílico ou outra qualquer medida única”. SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. “O tratamento da lepra”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s. e. Ano III, nº 25, abril de 1931, p. 2. A partir desta grande experiência em misturar diferentes métodos e componentes, é que Souza-Araújo criou o ‘método eclético de Souza-Araújo’, constituído de injeções com preparados químicos e apresentado em sessão da Academia Nacional de Medicina em 20 de novembro de 1930.

firmado entre o DNSP e o governo, no caso, do Estado do Pará, e que criou “o primeiro leprosário federal no Brasil”.⁷⁹

Logo após a inauguração da Lazarópolis do Prata, Souza-Araújo pediu sua exoneração do Serviço de Profilaxia Rural, para voltar ao IOC e assumir seu posto de Assistente, voltando a trabalhar com o grupo de Adolpho Lutz. Ao chegar ao Rio de Janeiro, logo no mês seguinte, partiu para uma longa viagem (1924-1927) numa “(...) missão do Instituto Oswaldo Cruz e do Conselho Sanitário Internacional, da Fundação Rockefeller”, encarregado de percorrer os cinco continentes e observar a profilaxia da lepra em diversos países.⁸⁰

Nos 40 países visitados por Souza-Araújo, em regiões tão diversas como o Hawai e a Noruega, por exemplo, foram observados e registrados variados aspectos em relação à arquitetura dos leprosários, medicamentos, formação especializada, alimentação, localização dos hospitais etc. Para cada país visitado, Souza-Araújo teceu considerações sobre tais aspectos e apresentou tabelas com o número de internos; a epidemiologia, patologia, sorologia e terapêutica empregadas; as despesas efetuadas; a religião e os aspectos cotidianos dos doentes e a legislação sanitária do país em questão. Estas observações eram enriquecidas com fotografias que retratavam os cardápios, por exemplo, mostrando o *menu* disponível para os internados.

Souza-Araújo ainda participou de vários congressos e angariou simpatizantes para a criação de uma Sociedade Internacional de Leprologia. Além disso, observou com especial atenção o tratamento administrado com o óleo de chaulmoogra e a mistura de vários

⁷⁹ Ambas as expressões foram extraídas de SOUZA-ARAÚJO, *História da Lepra no Brasil*, cit., p. 285.

⁸⁰ SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. *A lepra – estudos realizados em 40 países (1924-1927)*, cit., Prefácio. Souza-Araújo classificou este livro como um relatório de viagem mundial de estudos sobre a lepra e foi realizado “(...) com o fito exclusivo de adquirir luzes e experiência sobre o grave problema da lepra, afim de melhor poder servir à minha Pátria”. É importante ressaltar que tal como os grandes sanitaristas que percorreram a Amazônia, ou o sertão brasileiro nas décadas de 1910 e 1920, Souza-Araújo foi muito cuidadoso ao registrar sua viagem através de fotografias. Assim, constituiu um grande acervo iconográfico que se encontra preservado até hoje, formando parte da documentação arquivística da Fiocruz que se encontra sob a guarda do Departamento de Arquivo e Documentação, da Casa de Oswaldo Cruz.

componentes químicos em porções diferenciadas como o mercurocromo, o azul de metileno, o salvarsan e a estriquinina.⁸¹

Em 1927 voltou desta viagem e, de acordo com seu relato como já aludi no início deste subitem, foi convidado por Carlos Chagas, que era diretor do IOC desde 1918 após a morte de Oswaldo Cruz, para criação um laboratório que fosse capaz de desenvolver pesquisa básica na área da leprologia.⁸² É importante dizer que, pela sua trajetória no estudo da lepra, supostamente Lutz seria naquele que “naturalmente” devesse ser nomeado diretor deste Laboratório. Entretanto, sua atenção estava, há algum tempo, voltada para outras doenças igualmente importantes, como a esquistossomose, além da pesquisa biológica, como os estudos de anfíbios anuros e a entomologia.

Outra razão possível para o fato de Lutz não ter sido nomeado diretor do Laboratório, está em sua personalidade. Autores que analisaram esta característica são unânimes em dizer que Lutz era extremamente tímido e introspectivo, muito mais afinado e integrado ao mundo do laboratório; era um cientista ‘de bancada’ e avesso à política institucional e a autopromoção. Segundo Nancy Stepan, nos tempos em que dirigiu o Instituto Bacteriológico de São Paulo, entre 1892 e 1908, Lutz normalmente delegava este papel de administrador e negociador político a Emílio Ribas, preferindo ficar atrás dos microscópios.⁸³

Jaime Benchimol, da mesma forma, reforça esta característica de Lutz, chamando a atenção para sua maturidade diante dos outros cientistas de Manguinhos, todos bem mais jovens que aquele. Na década de 1910, a grande maioria dos cientistas do IOC tinha cerca de 20 ou 30 anos, enquanto que Lutz já tinha mais de 50. Este dado faz diferença quando se

⁸¹ Na figura 25 Souza-Araújo está retratado junto a um pé de chaulmoogra; esta planta era utilizada no tratamento dos leprosos em todo o mundo. Sua administração se dava por injeções, pílulas ou emplastos colocados sob as feridas causadas pela lepra.

⁸² É importante assinalar aqui que os cientistas de Manguinhos faziam atendimento aos pacientes internados no Hospital inaugurado na década de 1920 e este foi o caso de Souza-Araújo. Na figura 26 pode-se ver um menino com lepra lepromatosa, atendido no Hospital de Manguinhos.

⁸³ Emílio Ribas está retratado na figura 24.

assinala, ainda, seu desejo de se integrar completa e totalmente à pesquisa pura, após 1925, sobretudo, ele se entrega ainda mais ao laboratório e à zoologia médica.⁸⁴

1.2.2 – A “escrita de si”: construção de uma imagem

A partir de 1926, Manguinhos recebeu um novo regulamento criando várias seções científicas no Instituto e ampliou o Curso de Aplicação que, como já dito, era oferecido a médicos, biólogos e naturalistas que pretendiam se especializar em microbiologia. É importante ressaltar que este novo regulamento veio no bojo de uma grande crise institucional onde o papel do IOC, as pesquisas desenvolvidas e até mesmo suas instalações, foram objeto de críticas de Afrânio Peixoto e Miguel Calmon.

Como iniciei minha argumentação deste tema, embora não se tenha conseguido averiguar por outras fontes a respeito da criação do Laboratório de Leprologia, segundo Souza-Araújo, em março de 1927, foi encarregado de cumprir as ordens de Carlos Chagas nesse sentido. Esta criação pode ser vista como uma forma de marcar espaço de atuação da leprologia com a pesquisa básica dentro do IOC. Isso se torna mais evidente quando percebemos também que o IOC estava num momento de alargar suas fronteiras com as especificidades no campo da pesquisa de laboratório. Por último, pode ainda ser visto como necessário para o ensino e o convencimento de novos quadros em potencial de outros cientistas para a área de dermato-sifilografia e leprologia.

Entretanto, além das características de Lutz apontadas aqui, é de se supor que a escolha de Souza-Araújo para comandar o Laboratório de Leprologia provavelmente, na minha opinião, deveu-se ao fato deste cientista ter construído sua trajetória científica e institucional com muito cuidado e planejamento. O cientista em questão foi bastante atento no decorrer de sua vida profissional e acadêmica, no que tange às características assinaladas por Ângela de Castro Gomes, sobre aquele personagem que elabora uma ‘escrita de si’ ou

⁸⁴ Desde os tempos em que começou a dar aulas no Curso de Aplicação do IOC, Lutz ensinava zoologia médica e em seu laboratório faziam-se estudos sobre helmintologia, protozoologia, esquistossomose e entomologia, dentre outras especialidades. Informações obtidas no endereço: www.bvsalut.coc.fiocruz.br, acesso em 25 de junho de 2006.

uma escrita auto-referencial, que busca estruturar um ‘lapidário de si’.⁸⁵ Com este conceito, a autora chama a atenção para aquele personagem que constrói uma memória que possa ser referência para a passagem de uma perspectiva coletiva e de grupos, para a memória individual. Assim, o texto memorialístico passa a ser uma representação do seu autor, que o elaborou como uma maneira de materializar uma determinada identidade que quer ver consolidada para futuras gerações. Assim, esta ‘escrita de si mesmo’ está imbuída da representação construída pelo próprio autor, e que não a tem como anterior ou posterior ao texto, mas sim, ao mesmo tempo como “(...) constitutiva de identidade de seu autor e do texto, que se criam, simultaneamente, através dessa modalidade de ‘produção do eu’”.⁸⁶

A escrita de si é como um trabalho de ordenação da trajetória de vida, tendo como suporte esta memória construída pelo autor e o texto biográfico, sendo que, no caso de Souza-Araújo, esta biografia foi feita sob a forma de seus trabalhos publicados, sua atuação na pesquisa em leprologia, participação nos congressos, aulas etc. Nesse sentido, Souza-Araújo foi um cientista bastante metucioso ao construir uma biografia onde ele fosse o personagem central e onde suas ações se apresentassem descontextualizadas do próprio IOC e da importância que esta instituição desempenhava na construção da ciência em geral e nos estudos sobre a lepra, em particular.

Abraão Rotberg em depoimento concedido a mim, ao falar de Souza-Araújo, enfatizou sua vaidade pessoal e acadêmica e sua personalidade atraente, sempre se fazendo notar onde quer que chegasse. Segundo Rotberg, Souza-Araújo era um grande “contador de casos” e sempre que comparecia a eventos, narrava suas experiências ao redor do mundo, fazendo questão de afirmar que sempre viajava “de primeira classe”:

“(...) viajando de país para país, sempre de primeira classe. Era de muita importância. (risos). No livro *A lepra em 40 países*, ele dizia que ele foi fazer, visitar os hospitais. E, então ele foi à noite para pegar os insetos para ver se os insetos estavam com bacilo de Hansen, para provar e ver se os insetos eram transmissores da doença. E como é que eles iam

⁸⁵ GOMES, Ângela de Castro. “Escrita de si, escrita da história: a título de prólogo”. In: *Id.*, (org). *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: FGV, 2004, pp. 7-24 e MATTOS, Hebe Maria e GRINBERG, Keila. “Lapidário de si: Antonio Rebouças e a escrita de si”. In: GOMES, Ângela de Castro (org.), *op. cit.*, pp. 27-50. Embora o termo ‘lapidário de si’, seja mais utilizado pelas duas últimas autoras citadas, esta idéia encontra-se presente em vários artigos que compõem esta coletânea.

⁸⁶ GOMES, Ângela de Castro. “Escrita de si, escrita da história: a título de prólogo”, *cit.*, p. 16.

pegar os insetos? Ele dizia assim: ‘Fomos então aos laranjais a título de chupar laranjas...’ (risos) ...para enganar os insetos”.⁸⁷

No livro *A lepra – estudos realizados em 40 países (1924-1927)* pode-se encontrar, ainda, a fotografia do passaporte diplomático conseguido graças aos ‘seus conhecimentos’ no Ministério das Relações Exteriores, o que, segundo ele, “muito ajudou na viagem”. Na sua *História da lepra no Brasil*, também se pode encontrar uma série de artigos, publicados ou inéditos, que ilustram bem esta construção de uma escrita de si mesmo.

Sabe-se que um grande desafio de sua vida como cientista foi o de cultivar o *Mycobacterium leprae* em algum meio de cultura laboratorial, ou seja, fora do organismo humano. Hoje se sabe que a inoculação da lepra aos animais apropriados a isto é impossível de ser realizada, o que inviabiliza, inclusive, a produção de uma vacina.⁸⁸ O primeiro artigo de Souza-Araújo nesse sentido é datado de 1929 e, até o final da década de 1950, pelo menos, este foi um tema muito caro ao autor.

Em alguns documentos que constituem seu Arquivo Pessoal, depositados na Casa de Oswaldo Cruz, percebe-se que Souza-Araújo acumulou uma parte considerável de recortes de jornais. Em um deles, datado de 11 de novembro de 1959, do jornal ‘*O Globo*’, que trata deste feito por pesquisadores paulistas, pode-se ver nitidamente a intervenção de Souza-Araújo quando assinala vários pontos de interrogação à notícia.⁸⁹ Claro está que tal informação mereceu o ponto de interrogação, que suscita a dúvida sobre o feito, mas a forma como o titular da documentação interferiu é bastante significativa.

Dito tudo isto, acredito ser possível insistir na sugestão de que uma série de ‘condições de possibilidade’ se fizeram presentes para que Souza-Araújo se tornasse o responsável pelo Laboratório possivelmente criado e não Adolpho Lutz. Mesmo Lutz tendo acumulado grande experiência na área da leprologia, sendo um cientista mais experiente e,

⁸⁷ Depoimento de Abraão Rotberg. ‘Projeto História e memória da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)’, maio de 2002, fita 3 – Lado A.

⁸⁸ SILVA, Cândido. ‘*Etiologia*’. In BRASIL – Serviço Nacional de Lepra, *op. cit.*, pp. 30-36. Este autor afirma que, até aquela data, ou seja, 1960, todos os animais usualmente utilizados em pesquisas laboratoriais já haviam sido inoculados de diferentes maneiras, mas o postulado de Koch não se faz possível com o *Mycobacterium leprae*. Atualmente esta verdade ainda vigora.

⁸⁹ “Cultivado em laboratório o bacilo do ‘mal de hansen’”. *O Globo*, 11/11/1959. Arquivo Pessoal Souza-Araújo, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

embora tivesse interessado em outras questões de zoologia animal, não se pode desconsiderar a personalidade de Souza-Araújo, somada, naturalmente, à sua experiência profissional.

Em 1928, ano seguinte à da criação do Laboratório de Leprologia, prestaram exame os alunos que, pela primeira vez, teriam a disciplina ‘Leprologia’, no curso de aplicação do IOC; esta turma que ingressou em fevereiro de 1928 se formou em julho de 1929.⁹⁰ Ao que tudo indica até o momento de sua aposentadoria, em 1956, Souza-Araújo foi o responsável por esta disciplina nos cursos do IOC. Paralelamente ao ensino e à pesquisa básica, Souza-Araújo exercia a clínica trabalhando no atendimento aos doentes do Hospital de Manguinhos.⁹¹

Até meados da década de 1940, Souza-Araújo teve uma trajetória que refletiu o seu grande diálogo e ampla aceitação em academias e/ou sociedades profissionais, nacionais e internacionais, que significou não só a consolidação do campo da leprologia, mas também sua competência profissional como pesquisador, professor e cientista.⁹² Tornou-se membro e sócio, agregado ou fundador, de várias entidades como a Sociedade Brasileira de Dermatologia, a Academia Nacional de Medicina e a *International Leprosy Association*, além de outras associações latino-americanas e européias. Foi assíduo em congressos médicos, com ênfase nos de dermatologia, microbiologia e leprologia, apresentando

⁹⁰ Entre os alunos desta turma encontrava-se Hildebrando Portugal que se tornaria o leprologista responsável pelo Centro de Saúde do Distrito Federal, realizando estudos epidemiológicos e combatendo a doença naquele âmbito; posteriormente, foi professor de Dermatologia. Entre os 18 alunos do curso encontram-se duas farmacêuticas. SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil, cit.*, pp. 523-525. Olympio da Fonseca Filho argumenta que “(...) nos domínios da bacteriologia e particularmente no dos estudos sobre lepra, não podemos deixar de mencionar o papel que durante muito tempo ele representou como centro de estudos de Leprologia. Relevante ou não, esse papel, deve-o Manguinhos à dedicação e à perseverança de Souza-Araújo que, durante mais de 40 anos, se ocupou do estudo da lepra, sob seus diversos aspectos”. FONSECA FILHO, Olympio, *op. cit.*, p. 27.

⁹¹ Atualmente este papel é exercido pelos médicos que trabalham no Ambulatório Souza-Araújo, considerado Centro Nacional de Referência, segundo o Ministério da Saúde. Em relação à pesquisa básica, o Laboratório de Hanseníase, ligado ao Departamento de Micobacterioses, do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, igualmente é considerado referência nacional no campo.

⁹² É importante lembrar o texto de Pierre Bourdieu sobre a construção do campo científico e criação de um campo especializado de atuação profissional. Nesse sentido, vale dizer que Souza-Araújo foi uma figura fundamental para a consolidação da leprologia como prática no IOC e no exercício da autoridade deste mesmo campo. BOURDIEU, Pierre. “O campo científico”. In: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu – Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983, pp. 122-155.

trabalhos ou como delegado do Brasil ou, ainda, oferecendo cursos de atualização não apenas nestes encontros, mas também nos cursos promovidos pelo Serviço Nacional de Lepra, nas décadas de 1940 e 1950, como se verá no próximo capítulo desta tese.

Sua entrada na universidade se deu em 1935, quando prestou concurso para a Faculdade de Ciências Médicas, mais tarde incorporada à Universidade do Distrito Federal, onde exerceu o cargo de professor de leprologia até 1956. Por essa época, ao se aposentar de Manguinhos, tornou-se consultor da Organização Mundial da Saúde e representante brasileiro para os problemas ligados à leprologia. Quando faleceu, em 1962, ainda atuava na Universidade do Rio de Janeiro e na Organização Mundial de Saúde.

Do que até aqui discorri sobre o papel desempenhado por Manguinhos em relação à leprologia, estou me referindo, sobretudo, ao Rio de Janeiro. No entanto, como já apontado, na Primeira República as ações de saúde eram regionalizadas e têm em São Paulo um caso muito particular, considerado pela literatura especializada como ‘uma exceção’. É sobre esta exceção que pretendo falar brevemente a seguir.

1.3 – A especificidade de São Paulo

1.3.1 – A política de saúde pública de São Paulo

Na literatura especializada sobre história da saúde pública no Brasil, a exceção do modelo paulista é vista de forma consensual.⁹³ No que se refere especificamente às políticas de saúde em relação à lepra, o exemplo paulista é precioso já que representou um papel pioneiro, uma vez que o governo daquele Estado implantou tais medidas de maneira independente e com antecedência daquelas executadas pelo governo federal. Merhy, inclusive, considera que o modelo para os Serviços Nacionais criados pela reforma de 1941

⁹³ Exemplos: CASTRO-SANTOS, Luis Antonio de. “A reforma sanitária “pelo alto”: O pioneirismo paulista no início do século XX”. DADOS – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, IUPERJ, vol. 36, nº 3, 1993, pp. 361-392; MERHY, Emerson Elias. *A saúde pública como política. São Paulo, 1920-1948. Os movimentos sanitários, os modelos técnico-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.

foi inspirado nas políticas de combate à lepra, empreendidas pelo estado de São Paulo, durante as décadas de 1920 e 1930.⁹⁴

Alguns autores argumentam que a implantação das políticas de saúde em São Paulo tem relação estreita com aspectos relativos ao fluxo de mão de obra tanto para a capital como para o interior do Estado.⁹⁵ O fluxo de pessoas do interior para a capital e a entrada de grandes levas de imigrantes para a lavoura cafeeira que entravam pelo porto de Santos, demandaram políticas sanitárias que atendessem aos interesses da grande lavoura de café. Desta forma, é possível compreender porque Santos e a capital do estado foram as duas cidades que mereceram a maior intervenção sanitária no fim do século XIX e início do século XX. Eram cidades que ocupavam posição estratégica na estrutura econômica do Estado: Santos, por ser a porta de entrada dos estrangeiros, e São Paulo, por ser o grande mercado de trabalho interno em formação e também um pólo de atividade econômica em crescimento.⁹⁶

Nestas cidades foram criadas estruturas que funcionavam como barreiras para evitar a entrada de doenças potencialmente epidêmicas. Nesse sentido, a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e a malária foram os principais alvos de atenção da saúde pública. São Paulo, entre o final do século XIX e início do XX, já era visto como a “locomotiva que carregava 20 vagões”, numa alusão aos demais estados do país, conforme se pronunciou certa vez, Arthur Neiva.⁹⁷

A estrutura de saúde do estado de São Paulo foi reformada a partir da atuação de Arthur Neiva na direção do Serviço Sanitário após 1917. Mentor do Código Sanitário de São Paulo, aprovado pela Assembléia Legislativa no início de 1918, Artur Neiva deu uma diretriz à política da lepra, que antecedeu até mesmo a criação da Inspeção de Profilaxia

⁹⁴ MERHY, Emerson Elias, *op. cit.*

⁹⁵ Gilberto Hochman sintetiza bastante bem os argumentos utilizados por outros autores que analisam a formação da estrutura de saúde pública em São Paulo e a importância dos movimentos migratórios. HOCHMAN, Gilberto, *op. cit.*, cap. 5.

⁹⁶ Esta questão da industrialização, do movimento operário e das greves de trabalhadores no início do século XX são aspectos detalhadamente analisados, em FAUSTO, Boris. *Trabalho urbano e conflito social*. São Paulo: DIFEL, 1977.

⁹⁷ NEIVA, Arthur. “Serviço Sanitário de São Paulo – Despedidas (Discurso publicado no ‘O Estado de São Paulo’, 10/5/1920)”, *Apud* HOCHMAN, Gilberto, *op. cit.*, p. 210.

da Lepra e Doenças Venéreas pelo governo federal em 1920, antecipando muitas das medidas que, mais tarde, serão típicas no controle e tratamento da lepra no resto do país. Desde a aprovação do citado Código, a notificação dos casos de lepra era obrigatória e a Santa Casa de Misericórdia era a instituição encarregada de promover a profilaxia da lepra no Estado.

O antecessor de Arthur Neiva no comando da saúde pública, Emílio Ribas, fez da lepra um objeto privilegiado de estudo em sua trajetória profissional. Em 1918, Ribas publicou um trabalho, a partir de sua atuação num grupo encarregado de analisar a lepra em São Paulo, que é considerado como um dos mais relevantes acerca da doença.⁹⁸ Neiva argumentava que os estudos de Ribas nesta área foram fundamentais “para o assunto relativo à profilaxia da lepra no Estado de São Paulo”.⁹⁹ Esta profilaxia se fez fortemente pautada na política de exclusão, independentemente da forma clínica ou do estágio que se encontrasse a doença. Tal política segregacionista foi oficializada pela reforma de 1917, e nesse sentido esta ação de São Paulo se distinguia radicalmente daquelas implantadas em outros estados, onde o modelo isolacionista não era tão rigoroso.

Segundo Yara Monteiro, por esta política os pacientes que apresentassem as formas não-contagiosas poderiam ser compulsoriamente internados logo após o diagnóstico, e para isso, uma ampla rede de leprosários foi construída no estado e tal estrutura influenciou fortemente a política implantada em outros estados, posteriormente.¹⁰⁰ Para colocar em prática tal política, era fundamental a construção de hospitais de isolamento, cujo projeto e estrutura influenciaram a edificação de instituições similares em outros estados.¹⁰¹

⁹⁸ RIBAS, Emílio. *Frequência da lepra em São Paulo: prophylaxia da lepra*. São Paulo: E. Riedel & Co., 1918.

⁹⁹ RIBAS, Emílio. *Etiologia e profilaxia da lepra*, Apud NEIVA, Artur. *Considerações sobre o problema da lepra – A lição de São Paulo: suas iniciativas e grande exemplo*. Rio de Janeiro, s. e., 1940, p. 20.

¹⁰⁰ MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social*, op. cit., pp. 217-230. Nos demais Estados, o isolamento era utilizado apenas para os doentes que apresentassem as formas contagiosas da doença.

¹⁰¹ MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, Vol. 10, supplement 1, 2003, pp. 95-121.

1.3.2 – As ações contra a lepra

“Quero, porém, chamar a atenção do Brasil para o alto exemplo dado por São Paulo, que, preocupado com o problema [da lepra] há muitos anos, iniciou seu estudo em 1917, delineando o plano de combate ao mal e construindo o asilo Santo Ângelo”.

Arthur Neiva¹⁰²

Como já dito, as ações contra a lepra em São Paulo foram baseadas na política de exclusão do doente e fundamentavam-se numa concepção contagionista, que justificava o isolamento do paciente por entender que este representava uma ‘ameaça’ que poderia contaminar a coletividade. Esta política pressupunha a existência de uma rede de leprosários espalhada pelo Estado e que procurou contemplar as áreas endêmicas. Estas instituições foram construídas porque São Paulo era economicamente forte e este fato, associado ao extremo federalismo da República Velha, lhe garantia ampla autonomia econômica e administrativa.¹⁰³ Esta autonomia capacitou-o a desenvolver políticas próprias de profilaxia da lepra. Num momento em que já existia um órgão nacional para tratar deste assunto, a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, São Paulo possuía na estrutura do Serviço Sanitário, profissionais que tinham função equivalente no âmbito do Estado.¹⁰⁴

Assim, um possível crescimento no número de casos e as pressões para se resolver tal problema, levaram o Departamento de Serviços Sanitários a criar o Serviço de Profilaxia da Lepra, em 1924.¹⁰⁵ No ano seguinte, em 19 de julho de 1925, o Serviço foi remodelado e

¹⁰² NEIVA, Arthur, *op. cit.*, p. 32.

¹⁰³ O modelo paulista foi, na verdade, influenciado pelo “modelo norueguês” de isolamento de todos os doentes, embora a diferença esteja no local de realização desta segregação: enquanto a Noruega adotava tanto o isolamento nosocomial quanto o domiciliar, no caso paulista o último era considerado ineficaz, sendo, portanto, descartado.

¹⁰⁴ MERHY, Emerson Elias, *op. cit.*, sobretudo o cap. 3 “A herança no campo da saúde pública do pós-30: os sanitaristas e as matrizes discursivas de 1920 a 1930”.

¹⁰⁵ Digo aqui ‘possível crescimento no número de casos’ porque as formas de se descobrir este número eram bastante falhas, já que não existiam mecanismos confiáveis para se verificar o número de casos. Assim, pode-se dizer que tais números eram aproximados, e não seria também leviano dizer que, num momento em que dirigentes altamente voltados para a política excludente isolacionista, fatalmente poderiam sim ‘descobrir’ um

renomeado como Inspeção de Profilaxia da Lepra, mas que guardava autonomia em relação à Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, que agia no âmbito federal.

É importante assinalar que em São Paulo não só as autoridades buscavam alternativas para a solução do problema da lepra. Este Estado, também de forma pioneira, foi o primeiro da República, onde se encontram ações da sociedade civil em apoio aos leprosos. Em 27 de março de 1917, foi fundada a Associação Protetora dos Morféticos, através de iniciativa do Arcebispo do Estado, do casal Macedo Soares e das ‘damas da sociedade paulista’.¹⁰⁶ Sociedade civil, sem fins lucrativos, com forte representação do poder religioso, a maior missão desta Associação era a de “prestar caridade”, “socorrer os leprosos”, asilados ou não, e suas famílias; além de, ainda, exercer ações de profilaxia, evitando o contágio dos pais infectados com seus filhos, como determinava a orientação do serviço sanitário do Estado. Para isso, esta Associação se comprometia a ajudar a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo na “assistência material e espiritual dos morféticos por ela hospitalizados”.¹⁰⁷

Num primeiro momento, esta Associação esteve aliada aos serviços de saúde daquele estado, na medida em que ambos objetivavam proteger a sociedade do *perigo* da lepra. A Associação promovia ainda: a assistência jurídica àqueles que não podiam administrar seus bens; pretendia tornar os leprosos “mais eficazes e produtivos”; e

crescimento bastante considerável que justificasse uma política igualmente agressiva no sentido de isolar. Um dos argumentos para se isolar e se implementar cada vez mais a política de construção de novos leprosários pelas autoridades daquele Estado, era evitar a continuidade de cenas como as retratadas na figura 34, do Caderno de Imagens desta tese. Ali, se observa um acampamento de doentes às margens de uma grande rodovia paulista, já que não havia lotação o suficiente nas instituições existentes. Contudo, é preciso pensar na possibilidade, desconhecida por mim, dos doentes terem formas de organização em grupo que os possibilitasse este tipo de aglomeração ou até mesmo se tais fotografias não teriam sido intencionalmente utilizadas pelas autoridades no sentido de justificar a construção de tantas instituições no Estado de São Paulo.

¹⁰⁶ Em fevereiro de 1926 será fundada, também em São Paulo, a Sociedade de Assistência às Crianças Lázaras, por Alice Tibiriçá e outras damas da sociedade daquele Estado. Meses após, esta Sociedade passou a se chamar Sociedade de Assistência aos Lázaras e Defesa contra a Lepra, deixando claro que suas ações estavam voltadas para todos os leprosos e não somente às crianças. Alice de Toledo Tibiriçá foi sua primeira presidente e permaneceu até 1935 quando foi substituída por Eunice Weaver, vice-presidente da Sociedade em Juiz de Fora. Esta Sociedade teve um programa de trabalho muito similar à da Associação, porém um foco mais voltado para a educação sanitária e desestigmatização da doença e dos doentes. MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá – Lutas e ideais*. Rio de Janeiro: PLG – Comunicação, 1980.

¹⁰⁷ SOUZA-ARAÚJO. *História da lepra no Brasil, cit.*, p. 327.

proporcionava “aos infelizes morféticos, todos os socorros e consolação da religião cristã”.¹⁰⁸

Conforme assinalou Souza-Araújo, a criação desta Associação foi saudada pela imprensa carioca, que destacou a iniciativa pioneira no país. No jornal *O Imparcial*, os médicos Plácido Barbosa e Belmiro Valverde, expõem em dois editoriais publicados em dezembro de 1917, seu comentário sobre esta Associação. Destaquei a citação a seguir, extraída do editorial de Plácido Barbosa:

“Fundou-se há pouco em São Paulo, sob a alta direção do Sr. Arcebispo D. Duarte Leopoldo e Silva, a Associação Protetora dos Morféticos, cujos fins, como não podia deixar de ser, abrangem não só o tratamento e minoração dos sofrimentos dos leprosos, como, as medidas de profilaxia antileprosa. [...].

“Não se fez ainda a estatística dos leprosos ou morféticos no nosso país, mas as informações fidedignas que de vários modos e pontos diversos se ajuntam, autorizam a conclusão de que é enorme o seu número.

“Eles pululam em Minas, andrajosos, caindo aos pedaços, errantes, mendigos, pelas estradas e pelas ruas, escurraçados pela repugnância pública, eles são certamente, muitos milhares em São Paulo e em outros estados; e aqui no Distrito Federal calcula-se em cerca de mil o número deles, o que é muito para tal doença. O Brasil é um dos focos de lepra do mundo. [...]. No próprio São Paulo, onde alguma coisa existe já, ainda que imperfeita, a favor dos leprosos, é conhecido aquele caso tético e doloroso de um antigo magistrado, que tornado leproso e degredado do mundo, não encontrou outro melhor lugar para descansar à noite, e seu corpo ulcerado, senão o chão de um necrotério, na companhia freqüente e única dos cadáveres de outros leprosos! Não se imagina um maior horror e uma maior condenação tácita da inação desumana da sociedade e dos seus governos para o remédio deste mal. [...]

“Quanta miséria há no mundo! Leprosos... Esta miséria é também a nossa. As campainhas ao pescoço têm outras formas; os leprosos em Minas entram à cidade a cavalo cantando cantigas de fazer dó e pedem a esmola cantando, que se lhes dá de longe, nas mãos mutiladas, fazendo em torno um vazio de medo e nojo. É esta miséria que a Associação Protetora dos Morféticos se propõe a suavizar, unindo a religião à ciência. Haverá governo ou povo que lhe recuse o concurso?”¹⁰⁹

¹⁰⁸ *Loc. cit.* É interessante perceber aqui, início do século XX, atitude semelhante àqueles perseguidos do período medieval, já citados neste trabalho. Segregava-se o doente e, como disse Abraão Rotberg, apoderava-se “muito convenientemente” de seus bens.

¹⁰⁹ *Id., ibid.*, pp. 327-328.

Esta Associação teve como principal empenho a construção do Asilo Santo Ângelo que somente se concretizou cerca de 10 anos após sua criação, ou seja, em 1928. Este hiato de tempo pode ser explicado pela grande discussão que se deu entre o Estado e o poder religioso, representado na Associação, na concretização e autoria do projeto arquitetônico do Hospital. O poder público e os responsáveis pela Associação não chegaram a um consenso sobre quem deveria tomar à frente de projeto “tão avançado” e este conflito acabou provocando a dissolução da Associação, em 1919.¹¹⁰

A história da rede de leprosários edificada pelo Governo de São Paulo, cujo início se deu na década de 1920, tem como modelo o Asilo Santo Ângelo, que procurou seguir a orientação dos médicos e pretendia isolar o paciente com “infinito conforto”. Inaugurado em 3 de maio de 1928, seu projeto foi pioneiro, servindo de modelo para os demais e influenciando, como já dito, os asilos de outros estados, o que, de fato, era a pretensão de seus autores. O arquiteto e construtor Adelardo Caiuby foi o profissional destacado para executar esta tarefa. Por pretender ser um modelo, o projeto do hospital foi intensamente debatido, quando seu protótipo foi apresentado em dezembro de 1918, durante a realização do 8º Congresso Brasileiro de Medicina, no Rio de Janeiro.¹¹¹

Poucos meses antes deste Congresso, em junho de 1918, a Ordem Carmelitana Fluminense já tinha doado à Igreja um terreno na localidade de Campo de Santo Ângelo, na região de Mogi das Cruzes, com o intuito de construir o leprosário alvo da campanha empreendida por aquela Associação. Esta comprou terrenos limítrofes, somando-se, no seu total, mais de 300 alqueires. Diante dos recursos disponíveis para a concretização deste projeto, as autoridades do governo estadual sentiram-se quase que na obrigação de assumir a tarefa e para isso foi firmado um acordo entre a Santa Casa - que seria a administradora

¹¹⁰ Souza-Araújo, que nesta época ocupava o posto de Chefe do Serviço de Profilaxia Rural no Paraná, enviou carta a Arthur Neiva, posicionando-se contrário à “usurpação” da autoria do plano de construção do leprosário modelo. Este dado, segundo ele, foi desgastante o suficiente para provocar a dissolução da Associação, que se sentiu “invadida” em sua missão de promover a colaboração privada ao problema da lepra. *Id., ibid.*, p. 331.

¹¹¹ CAIUBY, Adelardo Soares. “Projeto da leprosaria modelo nos campos de Santo Ângelo (estado de São Paulo) por Adelardo Soares Caiuby, constructor e architecto, com um prefácio do Dr. Arthur Neiva, Director Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo”, *Apud* SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil, cit.*, pp. 245-254. O prefácio desta obra, escrito por Arthur Neiva, foi feito a pedido da Associação Protetora dos Morféticos e representa, a meu ver, o diálogo entre aquela Associação e o poder público, levando-se em conta a posição ocupada por Neiva na hierarquia da saúde pública estadual.

do hospital -, e o Estado. Tal acordo materializou-se na Lei nº 1582, de dezembro de 1917, promulgada pelo, então, Presidente do Estado, Altino Arantes.

Esta Lei propunha uma associação entre a Santa Casa e o Estado: a primeira dirigiria e manteria o asilo, enquanto que a construção, organização técnica e fiscalização, ficariam a cargo do Serviço Sanitário do Estado. Segundo Souza-Araújo, foi impossível saber o que aconteceu após este acordo, porém, o fato foi que o governo do Estado assumiu “solitariamente” o compromisso de construir o leprosário.¹¹² A partir deste episódio, o Arcebispo de São Paulo pediu a dissolução da Associação de Proteção aos Morféticos, o que aconteceu em dezembro de 1919. A partir daí, toda a verba disponível para a construção do Asilo Santo Ângelo foi empregada em melhorias do Hospital dos Lázaros de Guapira, uma das instituições já existentes em São Paulo, e a construção do Asilo foi adiada por alguns anos.

Em julho de 1919, alguns meses antes da dissolução da Associação, José Carlos de Macedo Soares, ocupava o posto de Mordomo, uma espécie de administrador ou diretor, do Hospital de Guapira, e em relatório encaminhado à Santa Casa de Misericórdia, deixou claro que a construção do “leprosário modelo” foi iniciativa e idéia da Associação. O governo do Estado, segundo ele, “usurpou” a concretização do plano acalentado pela Igreja e pela sociedade civil, não aceitando a colaboração privada no encaminhamento “de um problema que afetava toda a sociedade”.¹¹³ Em relação a este fato, Souza-Araújo afirmou que o Estado realmente não deveria ter interferido e que:

“(…) realizasse outros [empreendimentos], congêneres, como era de sua alçada, sem entorpecer ou anular tão promissora iniciativa particular. Nos Estados Unidos da América, os governos tanto da União quanto dos Estados, aceitam e estimulam toda e qualquer organização privada idônea, de caráter assistencial ou educativo”.¹¹⁴

¹¹² Ao que tudo indica, houve divergências entre o Estado e a Associação em virtude da pretensão desta última deter uma grande autonomia na política de lepra do Estado. Lembremos que, pela Constituição de 1891, o poder civil e o religioso haviam sido separados, sendo que o Estado passou a assumir funções civis que anteriormente eram atribuídas à Igreja.

¹¹³ Os documentos que atestam este conflito estão reproduzidos em SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil, cit.*, pp. 327-331.

¹¹⁴ *Id. Ibid.*, p. 331.

Este conflito retardou a execução do plano para a construção do Asilo Santo Ângelo, porém existiam outros fatores neste processo. Na verdade, os próprios dirigentes dos serviços de saúde pública não estavam ainda suficientemente persuadidos sobre o local mais propício para se criar um leprosário: numa ilha ou no continente, fato que demonstrava as divergências quanto ao maior ou menor grau de exclusão que se adotaria no modelo asilar. Em 1916, portanto, cerca de dois anos antes de toda essa polêmica, Emílio Ribas, que na época era Diretor do Serviço Sanitário do estado, era um dos que não estavam completamente convencidos de que se deveria adotar a idéia do isolamento insular, como apregou Oswaldo Cruz.¹¹⁵ Neste mesmo ano, Emílio Ribas visitou a Ilha dos Porcos para investigar a possibilidade de se construir naquele local o primeiro leprosário modelo de São Paulo. Seu parecer foi desfavorável, sendo seu argumento, entretanto, contraditório. Isto porque, Ribas só apoiaria a construção de uma instituição que apresentasse “requisitos necessários ao conforto dos doentes e tivesse fácil acesso”. Em relação a este último item, ressaltou o tempo gasto na viagem entre a capital do estado e a ilha: mais de 12 horas, o que, segundo ele, era excessivo.¹¹⁶ Sendo assim, o que nos parece contraditório é o fato de Emílio Ribas – um isolacionista – justamente argumentasse que o projeto proposto estava localizado em lugar longínquo e de difícil acesso.

Em dezembro de 1916, foi realizado o I Congresso Médico Paulista, onde o tema lepra foi intensamente debatido pelos participantes. As resoluções deste Congresso ratificaram a necessidade de uma profilaxia voltada para o isolamento, de preferência não domiciliar.¹¹⁷ Emílio Ribas, que ocupava o cargo de Diretor do Serviço Sanitário, apresentou um trabalho que se tornou clássico: ‘Frequência da lepra em São Paulo: prophylaxia da lepra’.¹¹⁸ Ali, o autor propunha discutir profundamente a profilaxia da

¹¹⁵ Para uma análise sobre a atuação de Emílio Ribas e sua trajetória profissional, ALMEIDA, Marta de. *República dos invisíveis – Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*. Dissertação de Mestrado em História, USP, 1998.

¹¹⁶ Souza-Araújo comentou que, em 1946, o governo daquele Estado voltaria a pensar na possibilidade de utilizar a ilha para os doentes indisciplinados, aqueles “(...) que promoviam desordens nos cinco asilos-colônias regionais”. SOUZA-ARAUJO, *História da lepra no Brasil, cit.*, p. 334.

¹¹⁷ Ressalto que nas moções finais do citado Congresso, o consenso foi que o isolamento deveria ser compulsório e asilar.

¹¹⁸ Apesar de não ter tido a oportunidade de consultar este livro, ele é amplamente citado por NEIVA, Arthur, *op. cit.*

doença e afirmava a necessidade do isolamento compulsório em instituições capazes de oferecer conforto, higiene, cuidados médicos e onde “(...) teremos a cooperação dos próprios enfermos que se internarão espontaneamente em estabelecimentos apropriados e de fácil comunicação”.¹¹⁹ Em outras palavras, o leprosário, segundo Ribas, deveria ser uma instituição ‘aceitável’ para aqueles que deveriam lá ser internados. Especialmente visados por esta política eram os recém-nascidos de pais doentes que deveriam estar cercados de amplos cuidados, dentro da preocupação com o “futuro da raça brasileira”.¹²⁰

Em 1917, Emílio Ribas deixou a direção do Serviço Sanitário do Estado. Seu sucessor, Arthur Neiva, entre outras iniciativas, foi o responsável pela reformulação do Código Sanitário, em 1920. Este Código introduziu o isolamento compulsório, em suas modalidades domiciliar ou asilar, apesar de Neiva estar ciente de que ainda não existiam efetivas condições materiais e institucionais para o cumprimento destas normas.

Arthur Neiva permaneceu na direção do Serviço Sanitário até 1920. Com sua saída, quem assumiu este posto foi Geraldo de Paula Souza, que nele permaneceu até 1927. Paula Souza não compartilhava dos princípios isolacionistas e era francamente contrário à construção de grandes leprosários, isolados dos centros urbanos, como se pretendia que fosse o Asilo Santo Ângelo. Segundo ele, esta prática prejudicava a assistência aos doentes. Em virtude de sua posição, durante cerca de quatro anos as obras para o Santo Ângelo foram praticamente paralisadas. O Estado não liberava em seu orçamento, dotação específica para este empreendimento, gerando intensa reação por parte daqueles que propunham o isolamento radical. Segundo Yara Monteiro, é possível perceber a ascensão de um leprologista contrário ou não ao isolamento, pela forma como eram guiadas as obras do Asilo Santo Ângelo:

“Dependendo da postura das pessoas indicadas para a direção, variavam as ações relativas ao isolamento dos doentes. Desta forma, a linha de atuação do Diretor do Serviço Sanitário tinha reflexos diretos na nomeação ou destituição do Inspetor-chefe da Inspetoria de Profilaxia da

¹¹⁹ Emílio Ribas *Apud* NEIVA, Arthur, *op. cit.*, p. 22.

¹²⁰ Em relação a esta preocupação com a raça brasileira e a influência da lepra sobre ela, é interessante observar a figura 33. Ali está retratado um bebê de meses, “robusta criança filha de leprosos” que a responsável pelos preventórios de São Paulo adotou. Segundo Souza-Araújo esta preocupação era legítima e significava que Dona Margarida Galvão queria ajudar a garantir uma “nova geração hígida”.

Lepra e na condução dos procedimentos relativos a construção de estabelecimentos asilares. Este fato se evidencia, claramente, na construção do Asilo Santo Ângelo”.¹²¹

Paula Souza procurou, assim, respaldo em especialistas brasileiros e estrangeiros acerca da pertinência, ou não, em dar continuidade ao processo de construção de Santo Ângelo.¹²² Alguns anos depois, a imprensa, ao fazer um elenco de matérias importantes publicadas sobre o tema da política profilática para a lepra no Estado de São Paulo, reproduziu observações do professor Etienne Burnet, que se encontram no livro de Artur Neiva. Burnet argumentava que “(...) o magnífico aparelhamento [de São Paulo] para combater a enfermidade [merece destaque]. O seu serviço de profilaxia é perfeito e os seus homens estão a par dos mais modernos estudos a respeito. Quando todos os estados do Brasil tiverem um aparelhamento igual ao de São Paulo, uma grande parte do problema está resolvida”.¹²³

Em julho de 1925, Paula Souza reestruturou o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo priorizando o modelo da rede de atendimento local no interior do Estado, para que a população tivesse acesso a um conjunto de ações integradas e permanentes. Estas ações eram voltadas, sobretudo, para a prevenção de doenças através da educação sanitária, sendo que, nesta perspectiva, o estado de São Paulo instituiu o primeiro curso de educadores

¹²¹ MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social*, cit., p. 162.

¹²² Esta consultoria foi feita em 1925 e dentre os especialistas estrangeiros, estava o leprologista francês, Dr. Emile Marchoux em visita ao Brasil para conhecer mais proximamente os estudos médicos brasileiros sobre a dermatologia e a lepra, os quais tinha tomado conhecimento com a realização da 3ª Conferência Internacional de Lepra, em 1923, na França. O Dr. Marchoux, francamente contrário ao emprego de grandes instituições isolacionistas para o tratamento da lepra, tendo, inclusive, elaborado um projeto de profilaxia para a doença que foi adotado pelo Conselho de Higiene Pública da França em 1914, desaconselhou a continuidade das obras do Asilo Santo Ângelo por ser favorável a instituições menores, onde os doentes poderiam ser melhor vigiados e tratados. O Dr. Marchoux recebeu, ainda, título de membro honorário da Academia Nacional de Medicina em cerimônia realizada em 15 de abril de 1925, ocasião em que Souza Araújo comentou do esquecimento do Dr. Dias de Barros em citar seus trabalhos sobre lepra, uma “omissão grave”. Dentre os especialistas brasileiros, foram consultados Eduardo Rabello e Carlos Chagas. MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social*, cit. p. 103 e SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit., p. 269 e p. 414.

¹²³ NEIVA, Artur, *op. cit.*, p. 55. Diário da Noite, 26 de junho de 1935. O prof. Burnet era Delegado da Liga das Nações para estudar o problema da lepra e sua profilaxia na América do Sul; no Brasil sua intenção era analisar as condições de se criar aqui o Centro Internacional de Leprologia, que tinha o apoio daquela Liga e do governo brasileiro. Ele esteve também no Peru, Venezuela, Equador, Colômbia, Bolívia, Chile, Argentina e Uruguai. Esta notícia foi publicada em 1935, mas faz alusão a fato ocorrido em data anterior.

sanitários. Segundo Luiz Antonio Teixeira, esta proposta era vista como extremamente inovadora naquele momento, já que normalmente as ações de saúde tinham um caráter provisório e eram focadas nas doenças epidêmicas.¹²⁴

Dentre as ações de Paula Souza em relação à lepra, duas podem ser enumeradas como as mais significativas: a primeira delas foi a transformação do Serviço de Profilaxia da Lepra na Inspetoria de Profilaxia da Lepra, subordinada ao Serviço Sanitário, o que significou uma maior autonomia decisória e dotação orçamentária própria; a segunda foi a revogação do artigo 654 do Código Sanitário de 1920, que tornava compulsório o isolamento dos leprosos em domicílio ou em hospital.¹²⁵

Numa demonstração da luta entre isolacionistas e não isolacionistas, novamente pode-se observar uma reformulação na política estadual de combate à lepra. Em dezembro de 1926, foi aprovada a lei nº 2169, que tornou o isolamento novamente compulsório. Este fato não deixa de representar uma vitória do grupo liderado por João de Aguiar Pupo, que no ano seguinte, 1927, quando Paula Souza deixou a direção do Serviço Sanitário, assumiu abertamente o combate às idéias mais brandas em relação ao isolamento naquele Estado.¹²⁶

¹²⁴ TEIXEIRA, Luiz Antonio. "Comentário - Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo". *Revista da Saúde Pública*. São Paulo, USP, vol. 40, nº 1, pp. 17-19, 2006. A iniciativa de Paula Souza na criação desta rede de atendimento permanente reflete, segundo Merhy, uma luta entre dois modelos 'técnico-assistenciais' para a saúde pública no estado de São Paulo, que ocorreu entre 1920 e 1930: o conflito entre os partidários do modelo da rede horizontal permanente, ou dos centros de saúde versus aqueles que defendiam o modelo vertical das campanhas, ou dos serviços especializados. O código sanitário de 1925, aprovado por Paula Souza, significou a vitória momentânea dos partidários do modelo de atendimento vertical. MERHY, Emerson Elias, *A saúde pública como política*, *op. cit.*

¹²⁵ MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. "História da saúde pública no Estado de São Paulo". *Revista da Saúde Pública*. São Paulo: USP, vol. 40, nº 1, pp. 3-9, 2006. Edição original em 1973. É importante complementar aqui que acredito na existência de alguma pressão por parte de um grupo mais radical em relação ao isolamento compulsório e que provavelmente procurava influenciar nestes aspectos junto à direção do serviço sanitário; citaria os nomes de Souza-Araújo ou Aguiar Pupo. NEIVA, Arthur, *op. cit.*, p. 44.

¹²⁶ João de Aguiar Pupo, um médico francamente isolacionista, assumiu a direção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra de São Paulo com a Revolução de 30. Logo depois, em 1931, Artur Neiva tornou-se o Secretário de Saúde; Francisco Salles Gomes Júnior diretor do Serviço Sanitário; e Aguiar Pupo, Inspetor-chefe do serviço de lepra no Estado de São Paulo. Após um breve período, estes três profissionais solicitaram o desligamento de suas funções na administração pública daquele Estado. No entanto, foi pedido a Salles Gomes que permanecesse interinamente no cargo de Inspetor da Lepra até a nomeação de seu sucessor, que foi Souza-Araújo. Este ficou no cargo por apenas quatro meses, acredito que acompanhando Barros Barreto, que permaneceu este mesmo tempo na direção geral do Serviço Sanitário. Salles Gomes reassumiu oficialmente a titularidade do cargo de Inspetor da Lepra e ficou até 1945, o que conferiu uma identidade a esta política, tratando o problema da lepra de maneira bastante contundente em relação ao isolamento do doente. Na década de 1950, Pupo se convencerá de que o modelo de tratamento nos dispensários é eficaz quando se alia a este o

Durante a gestão de Paula Souza (1922-1927), o tratamento em dispensários tinha sido priorizado em detrimento do isolamento asilar, devido a seu posicionamento contrário a esta política e por ser pioneiro na implantação do atendimento descentralizado, priorizando os centros de saúde.¹²⁷ Após sua gestão, Aguiar Pupo assumiu o cargo de diretor do Serviço Sanitário do Estado e foram tomadas “reais” providências para a construção de grandes leprosários. Segundo Arthur Neiva, havia neste ano em todo o estado de São Paulo cerca de 27 mil doentes que necessitavam de tratamento e, por conseguinte, de isolamento em leprosários.¹²⁸ Ainda de acordo com Neiva, não se podia desvincular a verdadeira retomada das obras para o término da construção do Asilo Santo Ângelo, da figura de Aguiar Pupo que, “(...) trabalhou como um apóstolo, no governo de Julio Prestes, para que a colônia Santo Ângelo fosse reaberta e as obras continuassem”.¹²⁹ Acrescente-se a isto, o posicionamento da imprensa que era francamente favorável ao isolamento, promovendo campanhas que alarmaram a população contra o ‘perigo’ representado por um doente no meio social dos ‘sãos’.¹³⁰

Com a concretização do projeto de Santo Ângelo, a idéia era de se construir uma ‘mini-cidade’ em cada leprosário, de forma que os doentes pudessem ter conforto, ao mesmo tempo em que eram isolados. O exemplo deste Asilo difundiu a idéia de como seria possível conter uma comunidade de leprosos, com uma estrutura complexa, que incluía

medicamento sulfônico. Somente aí se tornará um não isolacionista. SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil, cit.* e MERHY, E., *op. cit.*

¹²⁷ São Paulo foi o primeiro Estado do país a instituir este tipo de atendimento na área da saúde. Em nível federal somente após a administração de Barros Barreto no Ministério da Educação e Saúde Pública é que se verá uma iniciativa como esta; importante dizer que esta experiência se pautou na praticada em países como Estados Unidos ou França. BARRETO, João de Barros. “Normas para uma organização estadual de saúde pública - Conferência proferida na Associação Médica do Paraná, em 20 de novembro de 1937”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, Ano VII, nº 2, novembro de 1937, pp. 339-370.

¹²⁸ NEIVA, Arthur, *op. cit.*, p. 32. Na profilaxia da lepra, o quantitativo de doentes é um dado bastante relevante já que este resultado influencia a quantidade de hospitais necessários para tratá-los adequadamente. Neste momento, década de 1920, ainda eram bastante fálhas as formas de se conhecer este resultado; isso muda um pouco na década de 1930, quando em 1934, o Instituto Nacional de Estatística foi criado e as estatísticas, antes realizadas de maneira isolada e sem metodologia uniforme, têm uma centralização, como de resto era pretendido com o Governo Vargas. Este dado será mais bem trabalhado no capítulo 2.

¹²⁹ *Id., ibid.*, p. 41.

¹³⁰ NOGUEIRA, Yara. *Da maldição divina à exclusão social, cit.*, p. 105. Importante atentar para o uso que a imprensa fez da informação sobre a contagiosidade da lepra e do quanto atende a um determinado grupo em detrimento de outro.

relações de hierarquia, disciplina, trabalho e moralidade. Esta estrutura, segundo os leprologistas, permitiria facilitar a identificação, supervisão e proteção dos pacientes internados. Interessante perceber que o posicionamento da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, mesmo tendo seu foco de trabalho em torno da educação sanitária e desestigmatização da doença e do doente, saudou a inauguração do Santo Ângelo, pois foi uma iniciativa que amparou os doentes antes desassistidos. Nas festividades do primeiro aniversário de sua inauguração, o *Boletim* da Sociedade afirmou: “Lá estava o monumento soberbo, representando o conforto. (...) Santo Ângelo era a constatação do trabalho coletivo em prol dos que viveram tanto tempo à margem da vida! (...) Quando teremos outra inauguração igual à que a nossa comovida admiração ainda recorda em seus mínimos detalhes?”¹³¹

Santo Ângelo foi descrito como uma “leprosaria modelo” e que revolucionaria a assistência aos leprosos de São Paulo. Entretanto, antes de sua inauguração, em maio de 1928, já havia cinco instituições em funcionamento no estado.¹³² Existiam, ainda, em alguns municípios, sociedades filantrópicas que construíam pequenas vilas de casas ou “edifícios modestos e simples”, para isolar os doentes pobres, já que pelo Código Sanitário de 1925, era permitido o isolamento domiciliar desde que respeitadas determinadas regras que, numa instituição especialmente construída para isto, os doentes pobres teriam melhores condições de a ele se adequar. Estas construções abrigavam de 15 a 100 doentes, em média, e se mantinham com contribuições e doações, mas em alguns casos, com dotação orçamentária da prefeitura local e pequenas subvenções do estado.

Quando Santo Ângelo foi inaugurado em 3 de maio de 1928, o Hospital do Guapira foi desativado e seus pacientes foram, aos poucos, sendo transferidos para Santo Ângelo, que passou a ser o asilo central. Sua construção foi planejada para permitir a separação dos pacientes por sexo, idade e condições de saúde. Incluía uma “área de diversões”, outra para a administração, além de cadeia, igreja, portaria, estábulo, cemitério, biblioteca, creches,

¹³¹ TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo. “O primeiro aniversário do Asylo-colônia de Santo Angelo”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: Heros Graphica Editora, Ano I, nº2, 31 de maio de 1929, p. 3.

¹³² Três destas instituições foram inauguradas ainda no século XIX. As outras duas instituições eram o Hospital dos Lázaros de Guapira, criado em 1904, e a Vila São Lázaro de Jundiá, de 1906.

posto policial, farmácia, dentre outros serviços. Possuía, ainda, sistema de eletricidade, de águas e de esgotos, uma pequena colônia agrícola que incluía terra para cultivo e espaço para criação de animais, de maneira a se tornar auto-suficiente. Santo Ângelo foi o primeiro leprosário brasileiro construído com verbas estaduais, já que os posteriores empregaram verba federal ou as duas, estadual e federal, de maneira conjunta.¹³³ Aliás, nesse sentido, é bastante comum encontrar em fontes diferenciadas, tabelas comparativas entre o percentual de gastos do Estado e da União. No caso de São Paulo, o investimento estadual nesta rubrica foi quase sempre bem maior que o federal como, por exemplo, no ano de 1931, com o Estado comprovando um gasto de 993:72\$621 enquanto que a União investiu 564:566\$500, algo em torno da metade.¹³⁴

Durante a gestão de João de Aguiar Pupo (1927-1931) à frente da Inspetoria do Serviço de Lepra no Estado de São Paulo, foram criadas Inspetorias Regionais de Lepra, que deveriam fiscalizar a jurisdição sob sua responsabilidade, de forma a cobrir integralmente toda a extensão geográfica do estado. Estas inspetorias regionais tinham autonomia, inclusive, para tomar medidas drásticas na repressão aos doentes.

Com a Revolução de 30, o interventor no Estado nomeou em maio de 1931, o sanitarista João de Barros Barreto, para exercer o cargo de Diretor Geral do Serviço Sanitário. Embora tenha permanecido apenas quatro meses neste cargo, Barros Barreto idealizou o Departamento de Saúde do Estado, que, entretanto, não chegou a ser implantado naquela ocasião, pois em agosto daquele mesmo ano Barreto deixou o cargo.

Francisco Salles Gomes Júnior foi nomeado em 1931 para dirigir a Inspetoria da Lepra no Estado e permaneceu neste cargo até 1945. Sua atuação imprimiu uma identidade à profilaxia da lepra em São Paulo que era amparada na denúncia de casos e internação imediata do doente, através da polícia sanitária que substituiu os centros de saúde fundados

¹³³ Com o ‘Plano de construções’ concebido por Barros Barreto e outros leprologistas e posto em prática após 1935, esta será a rotina estabelecida para a construção de leprosários no país e concretizada através dos acordos celebrados entre a União e os Estados, com divisão de custeio das obras.

¹³⁴ Cf. NEIVA, Artur, *op. cit.*, pp. 46-47.

por Paula Souza.¹³⁵ Esta prática encontrava apoio numa legislação rigorosa e na ampliação da rede asilar, através da construção de outras quatro instituições, em moldes semelhantes a Santo Ângelo, além de dois preventórios, Educandário Santa Therezinha e Educandário Jacareí, ambos sob a responsabilidade de Margarida Galvão, dama da sociedade paulista.

Um dado interessante de se observar quando se analisa o exemplo de São Paulo e sua política de profilaxia da lepra, é que todas estas instituições foram construídas levando-se em consideração não apenas os focos endêmicos da doença, mas também facilidades de comunicação e transporte. Nesse sentido, eram consideradas as comodidades de se transportar os doentes para estes leprosários e a manutenção dos mesmos, fazendo com que a maior parte destas instituições ficasse no caminho das estradas de ferro Sorocabana, que serviam àquele estado e através da qual os familiares poderiam visitar os doentes internados.¹³⁶ Até o término do governo provisório em 1934, esta rede de leprosários já estava em funcionamento.

A primeira unidade destas quatro instituições foi o Sanatório Padre Bento, inaugurado em junho de 1931. Localizado em Gopoúva, no município de Guarulhos, grande São Paulo, estava a 17 quilômetros da capital. O prédio que abrigou o Sanatório São Paulo foi remodelado de maneira a apresentar a divisão arquitetônica 'ideal' para um leprosário. Desde sua criação, o Padre Bento foi concebido para ser um hospital de elite, que abrigava apenas os pacientes com a forma não contagiosa da doença, além daqueles que não apresentassem os estágios de mutilação física e crianças, já que seu diretor, Lauro de Souza Lima, era especialista em lepra na infância. Era visto como uma instituição

¹³⁵ Em relação à denúncia de casos de doentes, é importante salientar que apenas nos estados de Minas Gerais e São Paulo foi comprovada a existência desta prática.

¹³⁶ É preciso ressaltar aqui que, nem sempre, estes aspectos facilitavam as visitas aos doentes. É sabido que há muitas histórias de vida marcadas pelo afastamento e a dissolução completa dos laços familiares justamente por estas visitas não serem frequentes, pelo estigma presente na doença e, ainda, pela ignorância da clareza dos critérios de contágio. As visitas eram mensais e, na maior parte das instituições, reguladas por normas internas onde apenas os familiares já adultos, maiores de 18 anos, poderiam frequentar o leprosário. Atente-se, ainda, para o fato de que o espaço onde ficava o doente no momento da visita – o chamado 'parlatório' – era afastado do visitante, impedindo qualquer tipo de contato físico. No documentário de Andréa Pasquini, *Os melhores anos do resto de nossas vidas*, realizado em 2002 onde é narrada a história do Asilo Santo Ângelo, há uma frase de ex-paciente internado em 1937, o Sr. Luiz, que resume bastante bem esta distância: "*As visitas... tinha duas cercas de arame farpado. Não dava para dar a mão, as mãos não se alcançavam. A gente chamava de campo de concentração. Era um depósito de doente, depositavam aqui e deixavam, vocês se viram aqui*". (grifo meu).

‘especial’, onde até mesmo a decoração era pensada como um importante elemento que compunha o ambiente hospitalar. Os médicos que clinicavam no Padre Bento, formavam a elite da medicina leproológica da época: entre eles, destacavam-se, seu diretor, e alguns estagiários, que se tornariam grandes especialistas, como Abraão Rotberg e Luiz Marino Bechelli. Segundo o censo dos leprosos, realizado em 1936, o Padre Bento possuía 503 doentes internados, todos com as formas moderadas da doença.¹³⁷

Em abril de 1932 foi inaugurado o Asilo Cocais, no município de Casa Branca, após cinco anos de obras e dificuldades pela falta de verbas, mesmo sendo uma ação prioritária do Estado. Possuía grande extensão territorial e era destinado à internação de doentes oriundos de 36 municípios vizinhos. Era considerado como um lugar de exílio, não só por sua localização extremamente distante da capital do Estado, mas também pelo número de médicos tido como mínimo para tratar de tantos pacientes. Segundo Arthur Neiva, os doentes se sentiam “punidos” quando eram transferidos para lá.¹³⁸ Em 1936, Cocais possuía 1385 pacientes internados, quantitativo que traduz a dimensão da instituição.

Inaugurado em abril de 1933, o Asilo Aymorés foi construído numa área distante 15 quilômetros do centro de Bauru. Sua criação foi fruto dos esforços da Comissão Pró-leprosos de Bauru, uma entidade civil que arrecadou verbas para a sua construção que começou em 1930. O objetivo era abrigar pacientes que estavam dispersos por 64 municípios que pertenciam à região noroeste do Estado e localizados em torno de Bauru. Após as obras praticamente finalizadas e diante da demora para sua inauguração, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra foi uma das vozes que se ergueram em prol do início imediato de seu funcionamento, cobrando do Serviço Sanitário do Estado uma definição.¹³⁹ Este Serviço deveria escolher um ‘Mandatário’ através das

¹³⁷ NEIVA, Arthur, *op. cit.*, p. 34 e p. 45.

¹³⁸ *Id. Ibid.*, p. 45.

¹³⁹ Desde pelo menos abril de 1931, o Boletim da Sociedade publicava notícias a respeito do ‘exemplar’ trabalho executado pela Liga de São Lázaro, ex-Comissão pró-leprosos de Bauru, no intuito de construir o Asilo Aymorés. Nestes artigos, argumentava que não havia razão para a demora na inauguração, visto que o leprosário regional já estava concluído: *“É uma coisa imensa. Mas, francamente, é revoltante: lá está ele, vão, deserto, enquanto os infelizes, aos quais se destina, vagam perdidamente pelas estradas, sem assistência. (...) É triste e inexplicável que lá esteja, inútil, a depreciar-se, a marchar para a ruína, uma obra humanitária, que já consumiu quinhentos contos de réis e para cuja conclusão e manutenção existe o numerário suficiente, sem que o Estado seja incomodado num ceitel ao menos, ao passo que caravanas de*

Câmaras Municipais o que não aconteceu; é importante lembrar que após a Revolução de 30, São Paulo vivenciou crises internas, inclusive com a Revolução Constitucionalista de 1932, o que muito provavelmente atrasou a inauguração do Asilo que teria que ter um administrador nomeado pelo Serviço Sanitário. Dois meses antes de sua inauguração, o Asilo foi encampado pelo Estado que assumiu seu funcionamento de maneira plena. Aymorés era considerado um modelo de colônia agrícola pelos serviços de combate à lepra daquele Estado e chegou a abrigar, em 1944, cerca de 1 500 pacientes, o que extrapolava em quase 60% sua capacidade de internação.¹⁴⁰ Atualmente é o Instituto Lauro de Souza Lima, um centro de pesquisa em hanseníase de referência no Brasil.

A última instituição deste chamado “período áureo” de atuação do Departamento de Profilaxia da Lepra, foi o Asilo Colônia Pirapitingui. Sua construção foi realizada paulatinamente a partir de 1931, sendo oficialmente inaugurado em setembro de 1933. De acordo com o censo de 1936, possuía 1746 doentes, se constituindo como a instituição que abrigava o maior número de internos em todo o Estado. Estava localizado no município de Itu e servia a 48 municípios vizinhos. Tinha cerca de 600 alqueires, e este aspecto o aproximava do Asilo Santo Ângelo, além de ser dentre todas as instituições criadas neste período, aquela que melhor parecia refletir o conceito de uma mini-cidade. Possuía cassino, sala de cinema e teatro, cadeia e duas igrejas, uma católica e outra protestante, ambas construídas com verba oriunda de doações, que eram administradas pela Caixa Beneficente do Asilo.¹⁴¹

leprosos vagueiam pelas estradas, penando e contaminando”. “Na capital da terra branca – O leprosário de Aymorés”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s.e., Ano IV, n°s 31 e 32, Outubro e novembro de 1931, p. 28.

¹⁴⁰ Cf. MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion...”, *cit.*, p. 113. De acordo com o censo de 1936, Aymorés possuía 675 internados.

¹⁴¹ É preciso lembrar que na década de 1930 o jogo e o funcionamento de cassinos eram práticas sociais e de lazer corriqueiras.



No mapa ao lado é possível localizar os principais asilos de São Paulo: em Casa Branca encontrava-se Cocais e em Bauru o Sanatório Aymorés. Os asilos de Santo Ângelo, Padre Bento e Pirapitingui estavam localizados na região metropolitana da capital do Estado, São Paulo.

Esta estrutura asilar do Estado de São Paulo, brevemente apresentada aqui, começou a ser implantada no final dos anos 1920, e foi ampliada e institucionalizada na administração de Salles Gomes, entre 1931 e 1945. Salles Gomes, que manteve com Arthur Neiva uma intensa correspondência, afirmou em uma destas cartas que o problema da lepra em São Paulo foi resolvido:

“(…) sem reclames ou preconceitos, sem cartazes ou pregões, sem rufar de tambores ou proclamações, sem bandos ou clangor de trombetas, quase sem discursos, solucionou um problema dos mais importantes em que se debate nossa pátria, salvou sua gente, exaltou o nome do Brasil no estrangeiro, honrou a humanidade, atendendo o semelhante na mais triste das desgraças”.¹⁴²

Este crescimento no número de instituições, assim como de poder decisório e de atuação do Departamento de Profilaxia da Lepra, ajudou a criar também uma estrutura científica e institucional que atuou com firmeza neste modelo asilar. Nesse sentido é importante apontar o aspecto de disseminação de saberes e da concretização deste campo de atuação, representado, por exemplo, pela criação da *Revista de Leprologia de São Paulo*, em 1933. Em função de todo este conjunto de coisas, acredito ser possível entender a hegemonia de um discurso isolacionista até meados da década de 1960. Estes dois últimos aspectos serão abordados a seguir.

¹⁴² Salles Gomes *Apud* NEIVA, Arthur, *op. cit.*, p. 43.

1.3.3 – A Revista Brasileira de Leprologia

Um dado que merece atenção neste trabalho é aquele que se refere à formação de quadros técnicos e seus instrumentos de divulgação de idéias, além daqueles representados pelos congressos e encontros acadêmicos. Este espaço pode ser aquele dos periódicos científicos e, nesse sentido, novamente o caso de São Paulo é pioneiro quando se estuda a história das políticas sobre a lepra no Brasil.

Como já mencionei anteriormente, o primeiro órgão estatal de controle, atenção e cuidado em relação à lepra foi a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, criado em 1920. A partir daí, observa-se cada vez mais a profissionalização dos envolvidos em tais atividades, sendo que, no caso de São Paulo, esta esteve profundamente associada à criação das instituições de isolamento descritas anteriormente.

A partir da fundação da Sociedade Paulista de Leprologia, em 23 de agosto de 1933, que funcionava na sede do Sanatório Padre Bento em Guarulhos e abrigava um número considerável de especialistas, foi idealizada uma revista com o objetivo de difundir artigos, experiências, relatos, assim como também divulgar as novidades do campo da leprologia. Com estes objetivos foi criada a *Revista de Leprologia de São Paulo*, cuja administração funcionava na sede do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado. O primeiro exemplar foi publicado em 1934 e sua periodicidade era trimestral; comportava, ainda, um número especial temático por ano, normalmente resultado de um congresso ou de alguma novidade científica. O primeiro número especial compondo o volume II, foi publicado em junho de 1935 e divulgou os trabalhos da 1ª Reunião de Therapeutica do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo, onde se discutiu exaustivamente o tema da lepra ocular.¹⁴³

¹⁴³ Acredito que a escolha deste tema como objeto do primeiro número especial deveu-se ao fato desta complicação clínica ser usual, uma vez que o bacilo *Mycobacterium leprae* normalmente se aloja na região dos olhos, ocasionando graves seqüelas na córnea, conjuntiva, íris, cílio e supercílio. Sem uma intervenção do especialista em tempo hábil muitos casos podem evoluir para a cegueira. O uso de lentes intra-oculares (LIO) para as correções possíveis do problema teve início em 1949 no Brasil e esta experiência se encontra relatada na *Revista Brasileira de Leprologia*.

Em 1936, a Revista passou a se chamar *Revista Brasileira de Leprologia*, devido a um acordo firmado entre o Centro Internacional de Leprologia, no Rio de Janeiro, e a Sociedade Paulista de Leprologia. A Revista era considerada um veículo de divulgação de trabalhos da Sociedade Brasileira de Leprologia, da Sociedade de Leprologia do Rio de Janeiro e “(...) de todas as que se filiarem e serem congêneres. Epidemiologia, clínica, tratamento e profilaxia da lepra no Brasil: estes são os temas”, como afirmava seu editorial.¹⁴⁴

Luis Otávio Ferreira, ao analisar a importância estratégica que os periódicos médicos tiveram para a institucionalização dos principais grupos médico-científicos brasileiros do século XIX, afirma que o aparecimento de periódicos especializados coincide com o surgimento das primeiras instituições médicas.¹⁴⁵ Assim, estas iniciativas fazem parte de um processo de institucionalização do saber e da prática médica, muito além de um simples veículo de circulação de idéias.

A *Revista Brasileira de Leprologia* representou desde seus primeiros números, um espaço de divulgação de idéias, sobretudo àquelas referentes à pesquisa básica. Vale ressaltar que Lauro de Souza Lima, Nelson de Souza Campos e J. Mendonça de Barros, assim como outros leprologistas da rede paulista de leprosários, eram seus mais assíduos colaboradores; os profissionais de Rio de Janeiro, Minas Gerais ou Paraná, embora também publicassem trabalhos, não estavam tão representados quanto os paulistas. Seus colaboradores divulgavam práticas terapêuticas e rotinas de trabalho que tinham grande ressonância em outros Estados do país, inclusive, para profissionais não leprologistas.¹⁴⁶

O primeiro número temático foi publicado em 1935 e discutiu as implicações da lepra ocular, como já dito. No ano seguinte o tema escolhido foi os efeitos da utilização do componente químico, azul de metileno e sua eficácia para o tratamento da lepra. É importante ressaltar que este periódico era um ponto de convergência para estes temas que

¹⁴⁴ “Editorial”. *Revista de Leprologia de São Paulo*. São Paulo: Ano IV, nº 1, março de 1936.

¹⁴⁵ FERREIRA, Luis Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro na primeira metade do século XIX*. Tese de doutorado em História. USP, 1996, p. 5.

¹⁴⁶ Os artigos com aproximação de outras especialidades médicas são encontrados, em maior número, a partir da década de 1950.

antes da criação desta Revista, tinham seu espaço de publicação pulverizado entre os *Arquivos de Higiene* ou os *Anais da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, por exemplo. Experiências de tratamentos diferenciados e inovadores, amplamente ilustrados e com tabelas, eram a tônica. Deve-se dizer, ainda, que as primeiras experiências no Brasil com as sulfas e antibióticos, em meados da década de 1940, foram fartamente documentadas pela equipe de Lauro de Souza Lima - pioneiro desta prática no país – e registradas primeiramente nas páginas da *Revista Brasileira de Leprologia*.¹⁴⁷ Ela representou um espaço de diálogo importante que, para além de ratificar uma prática terapêutica implantada pelo Estado e assentada no isolamento, era objeto de consolidação de uma especialização profissional, divulgando um saber que formava novas gerações.

Segundo Yara Monteiro, a formação e atuação destes profissionais especializados representavam a manutenção da rede de poder, de interferência e de alcance, criada pelo Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo. Nesse sentido, os leprologistas partilhavam de um discurso técnico bastante hermético que se sustentava numa legitimidade cultural restrita aos iniciados, pois que se mantinham “encastelados” em suas trincheiras, sem uma comunicação rotineira com o discurso e a prática dos “de fora”.¹⁴⁸

Esta prática de trabalho tão individualizada e autônoma dos leprologistas paulistas pode ser confirmada ao ouvirmos um dos grandes representantes da leprologia deste momento, o prof. Abraão Rotberg. Rotberg ingressou no curso de Medicina da Escola Paulista em 1928 e graduou-se em 1936; sua experiência com a lepra vem desde o sexto ano do curso, quando iniciou um estágio no Sanatório Padre Bento. Foi um dos que ajudou a construir a *Revista Brasileira de Leprologia* e um de seus mais atuantes colaboradores. Fazia atendimento aos doentes no exercício da clínica, mas sempre teve grande dedicação à

¹⁴⁷ Na década de 1940, surgiram outros periódicos especializados em leprologia, como os *Arquivos Mineiros de Leprologia* (1941) e o *Boletim do Serviço Nacional de Lepra* (1942), onde estas experiências com as sulfas e antibióticos serão também relatadas. No entanto, a primazia da *Revista Brasileira de Leprologia* em divulgar esta prática é algo relevante.

¹⁴⁸ MONTEIRO, Yara Nogueira. “Prophylaxis and exclusion...”, *cit.*

área da pesquisa básica, sendo autor de uma teoria muito importante sobre a imunização genética da hanseníase, chamada de Fator N de Rotberg.¹⁴⁹

Para se ter uma noção da forma como era tratada a questão do isolamento naquele Estado pelo Departamento de Profilaxia da Lepra e do quanto esta atitude se destacava do contexto nacional, é interessante citar a matéria publicada na coluna ‘Noticiário’, da *Revista Brasileira de Leprologia*.¹⁵⁰ Publicada em setembro de 1936, no mesmo ano em que o Dr. Rotberg começou a trabalhar no Departamento de Profilaxia da Lepra, a matéria dizia respeito a um pronunciamento do Deputado Federal, Adalberto Camargo, que interrogava o Ministro da Educação e Saúde a respeito do problema da lepra e seu combate em nível nacional. O autor da reportagem afirma que o Ministro e o Tesouro Nacional “têm com o assunto uma forma de tratar que é de uma pobreza franciscana”, diferente de São Paulo, pois,

“(…) a forma como vem desenvolvendo esse magno problema de saúde pública é conhecida e proclamada pelas maiores autoridades especializadas no assunto, como digna dos maiores encômios. O serviço de saúde está colocado entre os primeiros do mundo, dizem os cientistas estrangeiros e nacionais, que nos têm visitado. Somente as autoridades sanitárias federais o ignoram”.¹⁵¹

Quando o Dr. Rotberg foi trabalhar no Sanatório Padre Bento, o Departamento de Profilaxia da Lepra estava vivendo um período descrito por ele mesmo como uma “época áurea” do isolamento como medida profilática: “(…) Ele (Salles Gomes) dava uma importância enorme à necessidade de fazer um Departamento isolado (...) o Departamento

¹⁴⁹ *Fator N de Rotberg* foi a teoria elaborada por ele no final dos anos 1930. Segundo esta, na maioria das pessoas existiria uma imunidade natural (Fator N) ao *Micobacterium leprae* e a possibilidade de alguns indivíduos desenvolverem a forma contagiosa da doença era relativa; somente onde houvesse esta espécie de “defeito na imunidade” é que ela se apresentava. ROTBERG, Abraão. “Some aspects of immunity in leprosy and their importance in epidemiology, pathogenesis and classification of forms of the disease. Based on 1529 lepromin-tested cases”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: vol.5, nº 4, 1937.

¹⁵⁰ “Noticiário – A União e o problema da lepra”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: Vol. 4, nº 3, setembro de 1936, pp. 391-392.

¹⁵¹ Como forma de comparar os dois orçamentos, vê-se que em 1934 o governo federal despendeu 1.975:000\$000 e o governo de São Paulo 10.232:000\$000, apenas no que se refere às despesas com o controle da doença. Em 1935, o orçamento do governo federal tem um decréscimo considerável e passa a ser de 510:000\$000. *Ibid.*, p. 392.

tinha mais força do que o resto do serviço de Saúde Pública. (...) ele era o total isolador”.¹⁵² Segundo Rotberg, isso fazia com que os leprologistas que atuavam naquele Departamento tivessem um senso crítico muito “mais ou menos”, pois viviam, de fato, isolados de outra realidade profissional que não aquela:

“A política do Departamento era o isolamento compulsório, e se isolava a torto e direito, gente que precisava, gente que não precisava. Eu vi barbaridades. Uma das barbaridades que eu vi foi a internação de uma criança que tinha hanseníase tuberculóide. Um menino de nove anos, nunca me esqueço do caso. Ele deixando a família, a família deixando o menino. (choro) [Os inspetores sanitários] eram sujeitos [que] entravam nas casas, tiravam crianças, com hanseníase tuberculóide internavam nos hospitais (...) Mas já havia gente que suspeitava que aquilo era uma estupidez, era burrice, coisa e tal, mas ninguém convencia o Salles Gomes, sabe? Era isolamento total. Ele era muito duro e aqueles assistentes de saúde, assistentes sanitários, eram verdadeiras feras. Eles queriam diagnosticar, para internar (...). não havia critério nenhum... [O Salles Gomes] tinha muita força política. [Sua] viúva era ligada aos Guinle do Rio... e os Guinle eram unha e carne com a ditadura. Um ou outro advogado queria defender baseado nisso (...) na estupidez que foi o isolamento. E nós? O que fazíamos? Nós éramos funcionários públicos, dependíamos daqueles salários... E algum de nós que reclamasse era posto no olho da rua”.¹⁵³

Rotberg se coloca como um dos que trabalhavam segundo as normas isolacionistas e do quanto a figura de Salles Gomes era “hipnótica”, carismática mesmo. Grande parte desta ligação entre os leprologistas e o discurso e a prática isolacionista era, segundo Rotberg, fortemente amparada naqueles que dirigiam a *Revista* e que lhe davam o tom, pois que todos pertenciam aos quadros do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo. Nesse sentido, era uma ‘revista oficial’.

O depoimento do Dr. Rotberg sustenta minha afirmação de que o discurso e a prática impostos aos profissionais do Departamento de Profilaxia da Lepra, sobretudo na administração de Salles Gomes, eram rigorosamente fechados. Rotberg afirma que com sua formação em medicina e especialização em leprologia estava proibido, por lei estadual, de fazer o atendimento a quaisquer pacientes com casos suspeitos de lepra em seu consultório

¹⁵² Depoimento de Abraão Rotberg. Fita 1, lado B.

¹⁵³ Depoimento de Abraão Rotberg. Fita 1, lado B.

particular. Estes deveriam ser atendidos somente na rede pública, ou seja, exclusivamente pelos médicos e guardas sanitários do Departamento de Profilaxia da Lepra que encaminhavam para o isolamento de maneira compulsória “(...) trabalhava no consultório, mas hanseníase não [atendia], porque era proibido. E ele [o paciente] era diretamente internado”.¹⁵⁴

Nos congressos e eventos organizados por aquele Departamento, eram reforçadas as idéias isolacionistas quer pelos convidados a falar, quer pelos participantes. Assim, sustentava-se diante dos profissionais uma verdade que justificava e explicava o isolamento como prática profilática. Todo e qualquer profissional que discordasse deste ponto de vista, era visto como um inimigo da ‘causa profilática paulista’. Segundo o Dr. Rotberg, era imediatamente ventilada sua transferência para o Asilo de Cocais que representava certo ‘exílio’ não só para os doentes, mas também para os médicos discordantes de um pensamento homogêneo. Como o Estado era quem oferecia e se responsabilizava pela formação deste profissional em sua especialização na área da leprologia, uma discordância desta natureza poderia significar, inclusive, o fim de sua atividade profissional, a não ser que se transferisse de Estado.

Na vida profissional do prof. Rotberg, este dado somente mudou quando ele se aposentou em 1959. No final daquela década, devido à sua prática profissional já estava suficientemente crítico ao isolamento compulsório e ciente do fracasso de sua tão propagada ‘eficácia’. Começou a dar aulas de Dermatologia na Escola Paulista de Medicina e, segundo ele, era lá que se encontravam os que eram contrários a Salles Gomes e sua política isolacionista.

Este posicionamento contrário à política empreendida por Salles Gomes ampliou-se com o passar do tempo e, em 1967, o Dr. Rotberg recebeu um convite de Walter Lezer, o Secretário Estadual de Saúde, para que fosse dirigir o Departamento de Profilaxia da Lepra e que tornasse possível o cumprimento, naquele Estado, da norma técnica que recomendava

¹⁵⁴ Depoimento de Abraão Rotberg. Fita 1, lado B. Segundo Yara Nogueira “(...) toda e qualquer prática divergente da pregada pelo DPL passava a ser considerada ilegal. (...) nenhum médico teria permissão de atender um doente de lepra e, na eventualidade de diagnosticar algum caso, não poderia tratá-lo e teria que notificá-lo ao Estado. Ou seja, a partir do diagnóstico, a pessoa passava a ‘pertencer’ ao DPL”. MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social*, cit., p. 170.

o não rompimento dos vínculos familiares de pacientes. Cinco anos antes, ou seja, desde 1962, já estava vigorando no país um decreto que desaconselhava o isolamento e propunha seu término como política de saúde pública.¹⁵⁵ Em São Paulo, no entanto, esta prática médica só cessou com a atuação de Abraão Rotberg na direção do Departamento de Profilaxia da Lepra após 1967, negociando aos poucos esta extinção naquele Estado.

O posicionamento da *Revista Brasileira de Leprologia*, como um órgão oficial de divulgação de idéias dos profissionais daquele Departamento só fez reproduzir este discurso hegemônico do isolamento. Nesse sentido, pode-se dizer que o Dr. Rotberg foi uma das vozes dissonantes na medida em que lutou para a modificação desta realidade no seu cotidiano profissional. É interessante relatar que numa pesquisa efetuada nos volumes desta Revista, relativa aos anos de 1962 e até 1965, não foi encontrada menção à publicação do Decreto nº 968, de 1962 que não recomendava o isolamento como medida oficial de tratamento dos doentes. Apenas após 1967, com as mudanças que tiveram lugar naquele Departamento e seus reflexos na política sanitária do Estado, é que foram encontradas menções, um tanto superficiais, a tais mudanças.

A *Revista de Leprologia de São Paulo* continuou a ser publicada até 1971. Porém, após este ano ficou desativada por cerca de três anos, quando retornou em 1974 com um discurso diferenciado e mais em consonância com o quadro geral de tratamento indicado para a lepra. Assim, pode-se perceber a mudança no seu perfil editorial que mostrava um debate bem mais afinado com as mudanças daquele momento no Departamento de Dermatologia Sanitária de São Paulo. O Dr. Rotberg, inclusive, propôs a alteração de seu título para *Hansenologia Internationalis*, o que foi aceito sem discussões mais acaloradas, indicado um grande consenso em torno desta questão.

Concluo este item, onde destaquei a particularidade do caso de São Paulo, não só na saúde pública de um modo geral, mas na política de profilaxia da lepra em particular, mencionando as mudanças derivadas com as alterações políticas enfrentadas pelo país na década de 1920 e 1930, especialmente após a ascensão do governo de Getúlio Vargas, e como se constituiu a rede de leprosários daquele Estado, considerada por muito tempo,

¹⁵⁵ Este aspecto será visto com mais detalhes no capítulo 4 deste trabalho.

modelo para todo o território nacional. Entretanto, torna-se necessário perceber estas mudanças políticas num contexto nacional, e para isto é importante acompanhar as reformas do Ministério da Educação e Saúde Pública, empreendidas no primeiro governo Vargas.

1.4 – O combate à lepra no contexto das reformas sanitárias de Gustavo Capanema

“O problema da lepra está exigindo, no Brasil, de longa data, uma solução radical, que venha pôr paradeiro à marcha progressiva da endemia. Doença que nos avilta aos olhos do **mundo civilizado**, que **incapacita para o trabalho** milhares de brasileiros, constitui sem dúvida a lepra um dos problemas sanitários mais graves e mais prementes para o nosso país”. (grifo meu).

João de Barros Barreto¹⁵⁶

Neste item do trabalho pretendo analisar o combate à lepra no país, a partir das mudanças decorrentes da Revolução de 30, que instaurou uma nova ordem política no Brasil e determinou mudanças no campo da saúde pública, principalmente a partir da nomeação de Gustavo Capanema como Ministro da Educação e Saúde em 1934.

O movimento que deflagrou a Revolução em outubro de 1930, levou ao poder Getúlio Vargas que permaneceu no comando do país durante 15 anos.¹⁵⁷ Seu primeiro governo foi extremamente significativo para as políticas de saúde em relação à lepra, como

¹⁵⁶ BARRETO, João de Barros. “Exposições e resumos – Problemas nacionais I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano V, nº1, 1935, pp. 119-130.

¹⁵⁷ A literatura que retrata os primeiros anos do governo Vargas, lega à sua figura o detentor de vários papéis: titular de um governo provisório, presidente eleito pelo voto indireto e, finalmente, como ditador ao implantar o Estado Novo em 1937. Embora esta seja uma divisão um tanto didática, neste trabalho seguirei esta periodização, já que o que interessa mais especificamente são as ações de saúde neste contexto e como elas se alteraram. FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2003; *Id.*, *A Revolução de 30 - Historiografia e História*. São Paulo: Brasiliense, 1970; GOMES, Ângela de Castro. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1994; CARVALHO, Maria Alice Rezende de (org.). *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2001; FERREIRA, Jorge. *Trabalhadores do Brasil: o imaginário popular*. Rio de Janeiro: FGV, 1997; *Id.* e DELGADO, Lucília de Almeida Neves (orgs.). *O Brasil republicano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, vol. 2, dentre outros títulos.

de resto, em relação às políticas de saúde em geral. Tanto é assim, que pela primeira vez na história do país criou-se uma pasta ministerial responsável pelas diretrizes relativas à saúde, reivindicação desde pelo menos o movimento sanitarista nos anos 1910/1920, mas que também fazia parte da plataforma política de Vargas que considerava saúde, ao lado da questão do trabalho, um dos grandes problemas nacionais que necessitavam solução. A criação deste Ministério foi, de certa maneira, sua resposta a esta agenda.¹⁵⁸

Entre 1930, ano da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), e 1934, não se observam grandes modificações nas políticas sanitárias, conforme analisam Gilberto Hochman e Cristina Fonseca,¹⁵⁹ embora o MESP tivesse a incumbência de “educar e curar o Brasil”.¹⁶⁰ Em relação à lepra, o período do governo provisório, é considerado por alguns leprologistas, dentre eles Souza-Araújo,¹⁶¹ como um momento de atuação bastante tímida da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, que foi extinta com a reforma de 1934.¹⁶² Tal reforma procurou também dar uma nova organização

¹⁵⁸ Com o governo provisório que se estendeu até 1934, foram dissolvidas as Assembléias Legislativas dos estados e as câmaras dos municípios, além do Congresso Nacional. O início oficial do governo se deu a partir do Decreto nº 19398, de 11 de novembro de 1930, após a tomada do poder em 3 de novembro. Logo no mês seguinte, foi publicado o decreto nº 19444, criando o Ministério da Educação e Saúde Pública, sendo instituídos dois departamentos principais: o Departamento Nacional de Ensino e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Este último absorveu a estrutura herdada do antigo DNSP, ligado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. No entanto, agregou outros departamentos especificamente criados com esta reforma, como, por exemplo, o de Medicina Experimental e o de Assistência Pública, que ampliaram sensivelmente os serviços de saúde naquele momento. Em 26 de outubro de 1931, com o Decreto nº 20563, foi extinto o Departamento Nacional de Assistência Pública e o DNSP passou a funcionar até 1934 com os dois departamentos citados: de Saúde Pública e o de Medicina Experimental.

¹⁵⁹ Refiro-me mais especificamente aos textos de Gilberto Hochman “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações”. In: BOMENY, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV, 2001, e de Cristina M. Oliveira Fonseca. *Local e Nacional: Dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-1945)*. Tese de Doutorado em Ciência Política, IUPERJ, 2005.

¹⁶⁰ HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo”. In: GOMES, Ângela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.

¹⁶¹ Embora Souza-Araújo seja o único exemplo citado aqui, esta avaliação pode ser encontrada em escritos de outros médicos como João de Aguiar Pupo ou Belisário Penna, que em célebre sessão da Academia Nacional de Medicina, na década de 1920, interpelou veementemente Eduardo Rabello, diretor da Inspetoria, sobre a atuação deste órgão como coordenador das atividades de combate à lepra no país. CUNHA, Vivian. *O isolamento compulsório em questão: Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde. COC/Fiocruz, 2005.

¹⁶² De acordo com Vivian Cunha, a atuação desta Inspetoria durante o governo provisório era restrita no território nacional e mais presente no Distrito Federal. Durante o governo provisório ela, de modo geral, se

à estrutura administrativa da saúde pública centralizando e normatizando as ações sanitárias empreendidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública.

Segundo Cristina Fonseca, os primeiros tempos do Ministério da Educação e Saúde, mais especificamente de 1930 até 1934, refletem a instabilidade política nacional derivada da Revolução de 30 e do Governo Provisório. Entretanto, também se deve considerar um fator da política regional para a compreensão deste período, qual seja, os interesses políticos mineiros.¹⁶³ Durante o Governo Provisório, a pasta foi ocupada por quatro ministros: Francisco Campos (1930-31), Belisário Penna (set. 1931 a dez. 1931), novamente Francisco Campos (jan. a set. de 1932) e Washington Pires (set. 1932 a jul. 1934), conferindo um caráter de rotatividade que reflete a própria indefinição política que caracterizou os primeiros anos do governo Vargas.

Ainda de acordo com Cristina Fonseca, esta oscilação que poderia ser lida, a princípio, como certo descaso com o posto, marcou neste cenário as divergências políticas presentes em Minas Gerais, Estado que teve papel fundamental na criação do novo Ministério. Pode-se, assim, explicar a razão pela qual seus primeiros quatro ocupantes tenham sido todos mineiros.¹⁶⁴

Em setembro de 1932, quando Washington Pires assumiu o posto de Ministro, designou comissões de estudo para analisar e sugerir uma reforma nos serviços de saúde em âmbito federal. Durante sua permanência como titular da pasta, as ações de combate à lepra procuraram ser menos direcionadas ao Distrito Federal e mais abrangentes em relação aos demais Estados da federação. Nesse sentido, foram firmados convênios com os Estados para repasse de verbas a serem utilizadas na construção ou reforma de leprosários. Entretanto, embora esta ação possa ser considerada uma atuação da Inspeção em nível

ateve a auxiliar financeiramente os estados para a construção ou a manutenção de alguns leprosários, sobretudo após 1932 quando estes auxílios passaram a ser regulares. De toda forma, é seguro dizer que, diferentemente do que aconteceu até 1930, o governo provisório se esforçou para empreender ações mais efetivas de combate à lepra. CUNHA, Vivian, *O isolamento compulsório em questão*, cit.

¹⁶³ FONSECA, Cristina M. de Oliveira, *op. cit.*, mais especificamente o Cap. 3 – “Transição política e centralização administrativa: atores e escolhas institucionais”.

¹⁶⁴ No capítulo citado, item 3.2 – *O Ministério da Educação e Saúde Pública no governo provisório (1930-1934)*, subitem 3.2.1 – *Minas Gerais e o novo Ministério da Educação e Saúde Pública*, este contexto está ricamente analisado.

regional, segundo Vivian Cunha não havia critérios claramente estabelecidos para aqueles repasses.¹⁶⁵

A reorganização pensada por Pires desde o início de sua gestão, começou a dar frutos apenas no término de sua administração, visto que somente a partir da publicação do decreto nº 24438, de 21 de junho de 1934, foram introduzidas mudanças importantes na área da saúde. Este decreto criou a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social, dirigida por João de Barros Barreto, que passaria a ser o órgão responsável pela orientação, coordenação e fiscalização de todos os serviços de saúde pública e assistência médico-social executados pela União ou em cooperação com outros poderes administrativos. A leitura deste decreto assinala a urgência na promoção desta reforma: considerando-se o “interesse do serviço público”, podiam-se realizar quaisquer modificações, fusões, desdobramentos, alteração de designação ou de atividades dos órgãos agregados ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

No mês seguinte, julho de 1934, através do decreto nº 24814, foram detalhadamente descritas as atribuições da recém-criada Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, composta por duas Seções Técnicas Gerais com atribuições de coordenar e sistematizar os serviços de saúde e assistência médico-social.¹⁶⁶ Nesta nova organização ministerial, a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas não apareceu como órgão executor nem coordenador das atividades de atenção à doença, entretanto não está explicitamente colocado ou sugerido neste decreto que ela foi extinta. Contudo, o cargo de Diretor do Serviço Sanitário dos Estados foi ocupado por Ernani Agrícola e o posto de Assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública foi preenchido por Joaquim Motta, ambos leprologistas, o que, no meu entender, significa deferência e respeito aos leprologistas e suas reivindicações sobre a atenção necessária à doença.¹⁶⁷

¹⁶⁵ CUNHA, Vivian, *op. cit.*, cap. 3 – O governo Vargas e o combate à lepra.

¹⁶⁶ Decreto nº 24814, de 14 de julho de 1934 – Estabelece, na conformidade do decreto nº 24438, 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 despesas.

¹⁶⁷ O combate às doenças venéreas, atribuição delegada à mesma Inspeção, igualmente passou a ser responsabilidade de um setor nos Centros de Saúde. No que se refere à lepra este cenário muda com a

Com esta omissão a um órgão que reunisse as atribuições da Inspetoria, as atividades de coordenação dos serviços de combate à lepra ficaram subordinadas a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República. Esta Diretoria também era responsável, entre outras atribuições, pela Saúde dos Portos e pelo Serviço de Saneamento Rural no Distrito Federal, assim como por vários órgãos que anteriormente pertenciam ao Departamento Nacional de Saúde Pública.¹⁶⁸ Portanto, o que observei, é que, em 1934, as políticas contra a lepra ficaram sem um órgão específico que fosse responsável por sua diretriz.

Diante deste quadro, a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República se tornou responsável pelas atividades relativas ao combate à lepra e estas passaram a ser desempenhadas pela Inspetoria dos Centros de Saúde, no Distrito Federal, e pelas Diretorias dos Serviços Sanitários, nos Estados, que procurariam dirigir e executar as ações de prevenção à doença, como também proporcionar condições favoráveis ao isolamento dos casos comprovadamente contagiantes. Isto até a criação do Serviço Nacional de Lepra em 1941.

O Artigo 15 do Decreto nº 24814, estabelecia que no decorrer de 120 dias, seriam organizadas comissões de especialistas que deveriam revisar as disposições técnicas do Regulamento Sanitário de 1923, aprovado com o Decreto nº 16300, de 31 de dezembro, em vigor ainda em 1934. O resultado do trabalho destes especialistas foi chamado de ‘Anteprojecto de Regulamento Sanitário’ e publicado em 1935; ali estão reguladas as ações de profilaxia adequadas às várias doenças então consideradas como “problemas nacionais”, tais como a sífilis, a tuberculose, a peste, a febre amarela e a lepra.¹⁶⁹ As ações que se referem à lepra, estão contidas nos artigos de nº 65 até o de nº 90, que compõem o Título IV.

Reforma na Saúde de 1941 e o Serviço Nacional de Lepra é criado, mas em relação às doenças venéreas o quadro permanece, o que vai gerar por parte dos sifilógrafos um grande descontentamento.

¹⁶⁸ As instituições e suas atribuições que passam a fazer parte das três Diretorias criadas (Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social; de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República; e a de Assistência Hospitalar) são descritas no artigo 16 do Decreto 24814.

¹⁶⁹ “Ante-projeto do Regulamento Sanitário elaborado pela Seção Técnica de Saúde Pública da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência, com a cooperação de comissões de especialistas, dentro do prazo fixado no artigo 15 do decreto 24 814, de 14/7/1934, e entregue ao Exmo. Sr. Ministro da Educação e Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano V, nº 2, dezembro de 1935, pp. 11-228.

Trata-se de um documento bastante rico em que se pode perceber o desejo dos leprologistas em abarcar todos os aspectos referentes à doença: exames, internação, sintomatologia, funcionamento dos leprosários e dispensários, dentre outros. De modo geral, o Anteprojeto guardava muitas semelhanças com o Regulamento Sanitário de 1923. Em relação ao isolamento domiciliar, por exemplo, o Anteprojeto continuava permitindo este procedimento nos casos daqueles doentes que tivessem condições financeiras para tal.¹⁷⁰ O isolamento domiciliar significava, por exemplo, a separação do doente dos demais membros da casa, abstenção de contato, utilização de talheres, roupas e outros objetos, manter afastado do domicílio pessoas menores de 21 anos, separar os filhos logo após o nascimento (estes deveriam morar em outro local), não exercer nenhuma profissão que colocasse o doente em contato com demais pessoas, vigilância sobre o local, além de várias outras medidas que denotam uma rigidez muito maior, comparando-se com o regulamento sanitário de 1923.¹⁷¹

No que se refere ao isolamento nosocomial ou em leprosários, percebe-se com a leitura do Anteprojeto que as fronteiras das instituições consideradas ideais são alargadas. Com isto, quero dizer que sanatórios, ou seja, instituições não construídas especialmente para isolar leprosos, poderiam ser utilizadas com este fim como locais para internação quando houvesse a descoberta de pequenos focos localizados da doença e diante da ausência de uma instituição explicitamente indicada para este fim. Em relação à localização dos leprosários que seriam construídos futuramente, era altamente recomendado que fossem edificadas em região não muito distante dos centros urbanos, com facilidade de

¹⁷⁰ Acredito que o debate em torno da elaboração deste Regulamento foi bastante intenso no que se refere à questão do isolamento e sua obrigatoriedade. Como exemplo, cito parte do discurso proferido por Miguel Couto na cerimônia de 102º aniversário da Academia Nacional de Medicina, onde privilegiou bastante o tema do isolamento compulsório para os leprosos. Couto, francamente contrário à sua obrigatoriedade, neste discurso compara doenças como tuberculose, câncer e lupus, para as quais não havia obrigatoriedade de isolar os doentes: *“A primeira condição de sua eficácia [do isolamento], portanto é não ser obrigatório. A caçada de leprosos, como outrora em África a preá de escravos, além de bárbara é contraditória”*. “Academia Nacional de Medicina – Sessão comemorativa do seu 102º aniversário – Um belo discurso de Miguel Couto”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s.e., Ano III, nºs 27 e 28, junho e julho de 1931, p. 36.

¹⁷¹ No Regulamento Sanitário de 1935, observei que há uma preocupação muito evidente em “esconder” o doente. Por exemplo, sua identidade – quando da notificação obrigatória – era preservada “(...) poderá ser feito em caráter confidencial, sempre que o doente assim o desejar e, neste caso, serão inscritas na ficha apenas as iniciais do seu nome e este, por extenso, em livro para este fim especialmente destinado”. Anteprojeto do Regulamento Sanitário, *cit.*, p. 129.

comunicação e transporte. Foi claramente registrado que os leprosários não deveriam ser construídos em ilhas, concluindo, de certa forma, uma discussão travada ao longo de décadas.

No Regulamento Sanitário de 1935, ficou claro que a execução das medidas de profilaxia da lepra seria orientada pelo responsável pela Seção Técnica Geral de Saúde Pública, da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, com a notificação dos casos feita no Centro de Saúde ou no serviço equivalente nos Estados. Segundo documento de Barros Barreto e Fontenelle, pode-se perceber de que maneira funcionava o trabalho no Centro de Saúde do Distrito Federal após a reforma de 1934, e, ao que tudo indica, padronizava as ações contra a lepra ao realizar inspeção, atendimento, busca, notificação e educação sanitária.¹⁷² Em 1935, existiam 12 Centros de Saúde na região compreendida pelo Distrito Federal que possuíam os seguintes serviços: Serviço de Administração; de Pré-natal; de Higiene da Criança; de Doenças Contagiosas; de Tuberculose; de Doenças Venéreas; de Lepra; de Saneamento e Polícia Sanitária; de Higiene da Alimentação; de Higiene do Trabalho; de Exames de Saúde; de Laboratório e de Enfermeiras. Em teoria, portanto, eram os Centros de Saúde, as agências sanitárias responsáveis pelas ações de combate à lepra.

No entanto, Barreto e Fontenelle, apontam algumas limitações para que as orientações da política de combate à lepra fossem realizadas de forma eficiente. Por exemplo, apontam que o DNS não era capaz de fiscalizar todos os centros de saúde no país. A norma era dada, mas sua execução efetiva ainda dependeria da atuação dos estados e que isso poderia comprometer a eficácia das medidas de combate, pois não se poderia garantir que estes executassem *todas* as medidas recomendadas. Segundo Barros Barreto e Fontenelle, era improvável que o médico responsável pelo centro de saúde pudesse atender a todos os casos de notificação, pois, para isto, seria necessário averiguar caso a caso. Além disso, a equipe de trabalho era bastante reduzida e os serviços de educação sanitária, assim como os de bioestatística e os de laboratório, não estavam completamente aparelhados para

¹⁷² BARRETO, João de Barros e FONTENELLE, José Paranhos. “O sistema dos centros de saúde no Rio de Janeiro”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano V, nº 1, 1935, pp. 83-115.

executar suas atribuições.¹⁷³ Além disso, Barreto e Fontenelle indicam que a lepra 'perdeu' espaço na reforma de 1934, pois um centro de saúde possuía vários serviços, sendo que a lepra tornou-se apenas mais um deles. Para aqueles médicos, esta doença deveria ter um estatuto especial na estrutura sanitária, já que era uma doença que exigia muito do profissional especializado. Eles ainda numeram as atribuições do médico especialista, sugerindo que enfermeiras e auxiliares de dispensários fizessem o trabalho de educação sanitária, aliviando as responsabilidades dos leprologistas. Deixam evidente a necessidade dos encontros quinzenais realizados entre o Assistente Técnico de Lepra, como representante da direção do MESP, e os diversos profissionais que atuam no centro de saúde, "(...) a fim de em conjunto examinarem o andamento dos trabalhos e acertarem sobre as providências necessárias ao desenvolvimento dos serviços".¹⁷⁴

Para finalizar a análise desta fonte, gostaria de apontar um dado interessante referente à epidemiologia da doença. Ao falar sobre as atividades do Serviço de Lepra daquele Centro de Saúde, os autores citam uma estatística realizada, ao que tudo indica, em meados de 1933 e 1934, período final de atividade da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Nesta estatística pode-se perceber que a região que mais apresentava casos confirmados de lepra contagiosa era a do Centro de Saúde nº 11 que servia às regiões de Madureira e parte de Realengo, onde se verificou mais de 20 casos; seguiu-se a região abrangida pelos Centros de Saúde 3, 4, 5 e 6, que eram os bairros de Santo Antonio, Sant'Anna, Espírito Santo, Gamboa, Santa Rita, Candelária, Sacramento e São José, e apresentaram de 15 a 20 casos. Por último, a região da Gávea, Copacabana, Lagoa, Glória e Santa Teresa, que era servida pelos Centros de Saúde 1 e 2, onde os casos encontrados ficaram entre 5 e 6.¹⁷⁵

¹⁷³ A respeito das limitações dos Centros de Saúde, é muito interessante o artigo de Vergílio de Uzêda, onde faz uma análise bastante lúcida da importância do médico sanitarista para a saúde pública e que este papel não foi considerado na reforma de 1934. Segundo ele, as ações de saúde pública não podem permanecer divorciadas das ações de saúde de um modo geral, já que elas devem interagir. O autor aponta, ainda, como diante de tantas tarefas e poucos recursos, os centros de saúde viram-se com dificuldades de cumprir agenda sanitária tão ampla. UZÊDA, Vergílio de. "Dificuldades na organização e direção dos serviços de saúde pública". *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº 1, maio de 1937, pp. 83-94.

¹⁷⁴ BARRETO e FONTENELLE, *op. cit.*, p. 99.

¹⁷⁵ Se compararmos com as estatísticas mais recentes, possivelmente há semelhanças entre as regiões mais endêmicas em 1933 e 1934 e atualmente, pois na área da zona Oeste que compreende Realengo e outras

Um dado positivo a respeito da implantação deste sistema de Centros de Saúde no Governo Provisório no que se refere à profilaxia da lepra, foi a possibilidade de descoberta de um número maior de casos novos da doença. Hildebrando Portugal escreveu um interessante artigo sobre este tema enfocando a importância e o significado deste fato na cadeia epidemiológica de uma doença como a lepra. Neste artigo, Portugal analisa os dados referentes à descoberta de casos novos de 1934 a 1936, em levantamento realizado provavelmente no início de 1937. Segundo ele, a detecção de casos novos deveu-se justamente ao fato de uma maior ação do governo com a lepra:

“Os números referentes a 1935 [190 casos] e 1936 [313 casos] correspondem a casos novos registrados. Nota-se uma considerável diferença entre esses dois anos, mas que não se deve atribuir a um incremento na propagação da doença. Os fatores responsáveis por essa diferença tão acentuada devem ser, em primeiro lugar, a consolidação do novo tipo de organização sanitária (Centros de Saúde). Em segundo lugar, os melhoramentos introduzidos no Hospital de Curupaiti [sic] fizeram que muitos doentes daqui e de fora se apresentassem aos serviços sanitários, com o fim de conseguir internamento”¹⁷⁶.

O artigo de Portugal analisa as relações entre a lepra e a idade, cor da pele, sexo, estado civil, profissão, forma clínica da doença (se contagiosa ou não, com seqüelas aparentes ou não) e exame bacterioscópico, tecendo conclusões para cada um dos elementos comparados à doença, atentando que numa análise epidemiológica vários destes elementos deveriam ser considerados. Em conclusão, os Centros de Saúde, mesmo com todos os problemas existentes, foram responsáveis por alguns avanços na política de combate à lepra.

localidades próximas, os índices encontrados são bastante expressivos. Entretanto, nem tão altos quanto os encontrados atualmente na região da Baixada Fluminense, sobretudo no município de Duque de Caxias, um grande foco endêmico e objeto de campanhas insistentes por parte do Ministério da Saúde. Segundo estatística de 2001, o município que apresentava a maior prevalência do Estado do Rio de Janeiro, era Itaboraí, tendo, suponho, este percentual elevado devido à existência do Hospital Tavares de Macedo, antiga Colônia do Iguá, que ainda hoje possui um grande número de pacientes internados que não retornaram às suas casas após a redefinição do papel destes estabelecimentos. Duque de Caxias, seguido de São Gonçalo, foram os municípios do Estado do Rio de Janeiro que apresentaram o maior número de casos: 926 e 665, respectivamente, se não considerarmos o município do Rio de Janeiro. É preciso lembrar que hoje a região da Baixada Fluminense, à época, não pertencia ao Distrito Federal e sim ao Estado do Rio de Janeiro. Dados extraídos de www.saude.rj.gov.br/hanseníase, acesso em 1º de setembro de 2006.

¹⁷⁶ PORTUGAL, Hildebrando. “Notas epidemiológicas sobre a lepra no Distrito Federal (1934-1936)”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº2, novembro de 1937, p. 279.

Concluo este subitem, enfatizando que toda esta reorganização proposta na gestão de Washington Pires para o MESP, em julho de 1934, e em consequência nas ações de combate à lepra, foi novamente revista pouco tempo depois. A partir daí, tanto a saúde como a educação, terão uma identidade bastante particular, visto que, passado o período do Governo Provisório de Vargas, a pasta será assumida por Gustavo Capanema que dará a esta, uma nova identidade no sentido de formatá-la de maneira mais coordenada com os princípios centralizadores e com a política social do Governo Vargas.

1.4.1 – Capanema no Ministério

“Quando assumi a direção do Ministério, em 1934, não encontrei um plano traçado para o combate da lepra. O Governo Federal não descurava do assunto, mas talvez, por escassez orçamentária, não poderia agir com a amplitude e o vigor necessários. (...) desde logo tratei do problema com o Sr. Presidente da República e encontrei de sua parte interesse decisivo. (...) Era preciso, evidentemente, organizar um plano de combate à lepra. Uma endemia dessa gravidade não podia ser combatida com êxito, sem a fixação de um programa completo e rigoroso”.

Gustavo Capanema ¹⁷⁷

Em 16 de Julho de 1934, Getúlio Vargas foi eleito de maneira indireta pela Assembléia Constituinte para a presidência da República; Washington Pires deixou o cargo de Ministro da Educação e Saúde Pública, e Gustavo Capanema assumiu a titularidade da pasta logo depois. Advogado, nascido em Pitangui, interior de Minas Gerais, Capanema foi vereador nesta cidade e oficial de gabinete do Presidente daquele Estado, Olegário Maciel, a partir de 1930. Assumiu o posto de Secretário do Interior do Estado e foi um dos organizadores da Legião Liberal Mineira em 1931 e do Partido Progressista de Minas Gerais em 1933. Uma das marcas de sua atuação foi a forte presença de intelectuais como colaboradores no sentido de construir um projeto novo para o país, ou de acordo com Helena Bomeny, “(...) tem sido igualmente impossível lembrar aquele ministério [da

¹⁷⁷ F. 576-598-617 – Comissão de Saúde – Seção de 11 de março de 1937. Código: GC h 1935.09.02, do Arquivo Gustavo Capanema. CPDoc/FGV.

Educação e Saúde] sem aludir aos intelectuais que compuseram a assim chamada constelação Capanema”.¹⁷⁸

Em 1934, no início de sua gestão, deu início à reforma dos serviços de educação e saúde, para que ficassem mais centralizados e afinados com a política social do governo Vargas. No que se refere mais especificamente ao problema da lepra, considerou que esta questão não estava tratada de maneira satisfatória. Segundo ele, não era possível se combater a lepra sem um aparelhamento de Estado nem uma organização administrativa apropriada.¹⁷⁹ Desde a desativação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas com a reforma de 1934, não se teve imediatamente um órgão especialmente incumbido desta atribuição. Assim, a solução pensada, conforme visto, foi a transferência destas ações para a Inspetoria de Centros de Saúde, no Distrito Federal, e pela Diretoria dos Serviços Sanitários no âmbito dos Estados. Porém, os centros de saúde não eram exclusivamente dedicados à lepra, como já dito e, desta forma, o ministro Capanema concordava que o problema daquela doença requeria uma solução centralizada, abrangente e nacional.

Em agosto de 1934, um novo direcionamento foi dado à questão a partir da formulação do ‘Plano Nacional de Combate à Lepra’, pelos médicos João de Barros Barreto, Ernani Agrícola e Joaquim Motta, que ocupavam respectivamente, os cargos de Diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, Diretor dos Serviços Sanitários nos Estados e Assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública.

A aplicação do Plano Nacional de Combate à Lepra em todo o país deveria ser feita em acordo com as esferas estaduais e municipais de saúde, para implantação do modelo tripé. Havia no país, àquela altura, cerca de 20 leprosários, incluindo neste total os asilos menores, que eram instituições normalmente destinadas aos inválidos, ou seja, os que apresentavam mutilações causadas pela doença. Era preciso conhecer realmente o número

¹⁷⁸ BOMENY, Helena. “Infidelidades eletivas: intelectuais e política”. *In: Id., op. cit.*, p. 15.

¹⁷⁹ “Documentos sobre a lepra e a assistência aos lázaros, destacando-se a ação do governo federal e das sociedades particulares, conferências, congressos, legislação, planos e campanhas, rendas e verbas, levantamentos e estudos em nível nacional e regional e a polêmica sobre o uso do medicamento Alfon”. Rio de Janeiro; São Paulo – 2/9/1935 a 6/10/1945. Código: GC h 1935.09.02, do Arquivo Gustavo Capanema. CPDOC/FGV.

de doentes para se fazer o cálculo do total de instituições a serem construídas. De acordo com Barros Barreto, num artigo publicado em 1935 onde analisou os dados do Censo Leprológico de 1933, o número de doentes de lepra deveria estar em torno de 30.647. Contudo, observa-se que alguns Estados como São Paulo, Santa Catarina e Goiás, não fizeram parte deste levantamento o que torna este quantitativo ainda mais subjetivo.¹⁸⁰

Mesmo nos primeiros anos da década de 1930, houve crescimento do número de leprosários, porém os relatos médicos continuavam a insistir que o total de doentes crescia em várias regiões do país e que eram necessários mais leprosários. Os estados argumentavam que não tinham recursos para a sua construção. Sendo assim, através da celebração de convênios, acordou-se que a execução destas obras seria, em sua maioria, responsabilidade da União. Isto, inclusive, facilitaria a “uniformidade de diretrizes e continuidade de ação” no combate a doença.¹⁸¹ O Plano Nacional procurou cumprir estes objetivos, ou seja, de uniformizar políticas e ações e ampliar o número de leprosários, que era um ponto extremamente importante para seu sucesso. Capanema previa, assim, dar à lepra um lugar de destaque no combate às endemias pois, segundo alguns leprologistas, ela deixou de ser uma prioridade nacional com a desativação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em 1934.

Segundo Vivian Cunha, a execução deste Plano foi iniciada ainda em 1935, logo, no mesmo ano de sua elaboração. Apesar de sua orientação ser federal ele deveria ser concretizado em cooperação com os estados, através de acordos com a União. O Plano possibilitava a construção de leprosários em quase todos os estados e para isso se aproveitariam os dados do censo leproológico realizado em 1933. Em relação à profilaxia, era consenso entre os leprologistas a necessidade e eficácia do isolamento, sobretudo para a forma contagiosa da doença, chamada ‘lepra cutânea’, hoje conhecida como multibacilar. A

¹⁸⁰ BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Vol. V, nº 1, 1935, pp. 119-130. O levantamento foi realizado sob a responsabilidade dos Serviços de Saúde Pública nos respectivos Estados. Os dados referentes ao Estado de Minas Gerais são os de 1931, porque o Estado argumentou que já havia realizado tal levantamento. São Paulo citou apenas o número de doentes que ainda precisavam ser internados, cerca de 1500; Santa Catarina não teve responsável para realizar o censo e Goiás não enviou os dados.

¹⁸¹ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: A campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Vol. VIII, nº 2, 1938, pp. 245-261.

construção de leprosários era a prioridade, seguido da implantação de dispensários e preventórios, marcando uma atitude mais agressiva no combate à lepra no âmbito federal e que em Estados como Minas Gerais e São Paulo já era uma rotina desde a década de 1920.

O Plano Nacional de Combate à Lepra foi realizado a partir de estudo feito por uma comissão, porém, sua implementação deveu-se à firme decisão de Capanema, que estava convencido de sua necessidade, a partir das conclusões dos que o elaboraram. Este Plano não se resumia apenas em construir, manter ou ampliar as instituições existentes; sua ação marcaria uma nova fase de profilaxia da lepra, já que pretendia também elaborar pesquisas, realizar censos, refazer a legislação existente e regular, com a força da lei, algumas práticas, como o próprio isolamento - que era apenas recomendado - além de uniformizar nacionalmente a administração dos leprosários.

O prazo para a implantação dos leprosários sugeridos pelo Plano era de três anos, ao fim do qual deveria ter sido efetivado o chamado “Plano de construções”.¹⁸² No entanto, no primeiro ano, ou seja, em 1935, o próprio Governo Federal não conseguiu cumprir o compromisso formalizado. Mesmo com certas restrições de orçamento e uma verba total inferior a de 1934, em 1935 a União firmou convênios e auxiliou sete estados e o Distrito Federal em obras há muito esperadas para o Hospital de Curupaity. No segundo ano de sua vigência, 1936, as autoridades começaram a perceber que se tratava de uma estrutura muito dispendiosa de ser mantida; entretanto, segundo Barros Barreto, o Plano permaneceu.¹⁸³ Apesar dos temores relativos aos custos, o Governo Federal ofereceu auxílio a um número bem maior de instituições em 1936, quase o dobro das atendidas no ano anterior. Entre

¹⁸² Esta denominação foi utilizada por Barros Barreto em documento elaborado para o Ministro Gustavo Capanema quando descreveu detalhadamente qual seria a profilaxia indicada para a lepra e os leproso no país. BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano V, nº1, 1935, pp. 119-130. Em relação ao tempo de vigência do Plano, em 1936, foi publicado um Relatório apresentado por Barros Barreto, à III Conferência Pan-Americana de diretores nacionais de saúde; ele era o delegado do Brasil e diretor geral de saúde e assistência. Neste relatório, nas páginas 173 e 174, ele afirma que “O plano de construções poderá ser realizado em 3 anos; as possibilidades financeiras do país talvez façam dilatar o prazo para 4 ou 5, muito embora só haja vantagens em realizar o programa em tempo mais curto. O estudo prévio dos projetos e a direção da construção ficam diretamente a cargo do Governo Federal.”. BARRETO, João de Barros. “A III Conferência Pan-Americana de Directores Nacionaes de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VI, nº2, agosto de 1936, pp. 135-179.

¹⁸³ BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”, *cit.* pp. 131-146.

1937 e 1938, o governo federal havia destinado a quantia de 20 mil contos, valor bastante significativo naquele momento, segundo depoimento dos leprologistas.¹⁸⁴ Foram construídos leprosários em praticamente todos os Estados, alguns em parceria, embora o governo da União tenha desembolsado a maior parte, na maioria das vezes.

Na inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo¹⁸⁵, Capanema discursou afirmando existir cerca de 50 mil doentes em todo o país, número este retirado de documento de Souza-Araújo, não necessariamente baseado em dados estatísticos confiáveis, pois o censo oficial apontava a existência de cerca de 30 mil pessoas infectadas¹⁸⁶. Foram inaugurados ainda leprosários no Acre e Estado do Rio de Janeiro, a Colônia do Iguá, na região de Itaboraí, aliás, segundo Décio Parreiras, em relação à localização deste último leprosário houve muitas críticas quanto aos critérios científicos que norteavam a escolha dos lugares destinados a essas construções.¹⁸⁷

De todo modo, a avaliação final de Capanema foi de que o Plano Nacional de Construções poderia ter sido melhor concretizado se não existissem os entraves burocráticos em relação ao dispêndio financeiro para a construção dos leprosários e o auxílio aos estados nesta fase inicial. Em exposição à Câmara dos Deputados, por conta dos trabalhos da Comissão de Saúde, em março de 1937, Capanema argumentou que tais atrasos e empecilhos burocráticos dificultaram muito a concretização do Plano como previsto inicialmente. Na verdade, o Plano tinha como prazo de implantação o ano de 1938, mas as instituições somente passaram a funcionar eficazmente a partir da década de 1940. De todo modo, não se pode negar que o esforço federal nas ações contra a lepra foi único

¹⁸⁴ *Id., ibid.*

¹⁸⁵ “Ao ser inaugurado o leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de Abril de 1937, o Dr. Ministro Gustavo Capanema pronunciou um discurso em que analisa as iniciativas do Governo Federal em face da lepra”. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02. F. 633-651, CPDoc/FGV.

¹⁸⁶ Este número foi detectado pelo Censo executado em 1933, embora Capanema argumente que “Dizer que em nosso país há 30000 leproso, supondo-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”, in “Comissão de Saúde – Seção de 11 de Março de 1937”. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02. F. 576-598-617, CPDoc/FGV.

¹⁸⁷ Sobre a escolha do terreno para a construção da colônia do Iguá, e principalmente sobre quais serviços deveriam conter nestes estabelecimentos, ver PARREIRAS, Décio. “Anotações acerca do isolamento nosocomial na lepra. A Colônia do Iguá (Estado do Rio)”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº1, 1937, pp. 99-108.

até aquele momento, pois pela primeira vez, se teve a presença da União nos estados de maneira tão incisiva para combater a doença.¹⁸⁸

1.4.2 – A Reforma Capanema em 1937 e o tema da lepra

Em 1937, as atividades relativas à profilaxia da lepra continuaram sob responsabilidade dos Centros de Saúde no Distrito Federal e ao serviço equivalente nos Estados, além do acompanhamento dado com a execução do Plano Nacional de Combate à Lepra. No que se refere aos aspectos políticos e que acabam interferindo na agenda e na gerência dos programas de saúde e educação, houve grandes mudanças.

No início de dezembro de 1935, o país estava mergulhado num período marcado por grandes turbulências políticas devido à chamada ‘Intentona Comunista’ ocorrida em novembro e respondida com grande violência pelo governo Vargas. Após isso, o Brasil passou a viver sob a Lei de Segurança Nacional, após uma época marcada por efervescência de idéias, manifestações públicas de caráter político e social, que tiveram fim após o levante referido. No que se refere especificamente às mudanças na área de saúde e à reforma que analisarei neste subitem, é importante dizer que era necessário que tal projeto de lei fosse enviado ao Congresso Nacional para votação, o que aconteceu em dezembro de 1935.

De acordo com Cristina Fonseca, tal projeto ainda deveria ser analisado por membros das “(...) Comissões de Educação e Cultura, de Saúde Pública, de Constituição e Justiça e de Finanças e Orçamento, para, em seguida, ser levado à votação”.¹⁸⁹ No entanto, o tempo restante, o mês de dezembro, foi insuficiente para os debates necessários e após uma derrota do governo, no dia 31 de dezembro de 1935, o projeto de lei passou a ser

¹⁸⁸ Barros Barreto, ao fazer uma avaliação deste momento, frisou que: “O plano traçado para o combate à lepra, executado com firmeza, tem recebido as mais elogiosas referências de iminentes leprólogos e a consagração de assembléias científicas, como o Congresso Internacional de Lepra [Cairo, em 1938] e a Conferência Sanitária Panamericana [Bogotá, em 1940]”. BARRETO, João de Barros. “A organização da saúde pública no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 12, nº 2, agosto de 1942, p. 195.

¹⁸⁹ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, Cap. 3, item 3.3.2 – O processo de votação da reforma de Capanema para o Ministério da Educação e Saúde Pública (1935-37). Cf. pp. 138-139.

objeto de análise da futura legislatura, o que aconteceu em maio de 1936. Após os debates realizados pelas Comissões integrantes e “com toda a dinâmica legislativa refeita, o projeto percorreu novamente as instâncias deliberativas até finalmente ser sancionado, em janeiro de 1937”.¹⁹⁰

O objetivo da reforma proposta era, em linhas gerais, tornar mais eficiente a atuação federal na saúde pública, no sentido de normatizar as ações e estreitar a cooperação com os estados nas atividades relativas à saúde, ampliando a presença do governo central nos diversos contextos regionais. Esta reforma foi concretizada através da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 e o contexto para sua aplicação tornou-se mais favorável com a mudança do regime político que implantou o Estado Novo.¹⁹¹

A reforma instituída pela Lei nº 378, mudou o nome do ministério para Ministério da Educação e Saúde, e criou os Departamentos Nacionais de Saúde e de Educação. Diretamente ligado ao ministro Capanema estavam os Órgãos de Direção que compreendiam a Administração Geral, a Especial e o Gabinete do Ministro. A reforma criou as Delegacias Federais de Saúde e seus Órgãos de Execução e de Cooperação, que também existiam no Departamento Nacional de Educação.

O Departamento Nacional de Saúde tinha a função de empreender a cooperação da União com os serviços locais de saúde, através de auxílios e subvenções federais, além de orientar a política nacional de saúde. Possuía cinco órgãos executivos, a saber: Divisões de Saúde Pública, de Assistência Hospitalar, de Assistência a Psicopatas, de Amparo à Maternidade e à Infância.¹⁹²

Ligado aos Órgãos de Execução, estava o Serviço de Saúde de todo o país, e nesta reorganização o único serviço a merecer inserção nesta hierarquia foi a Febre Amarela, em

¹⁹⁰ *Id.*, *ibid.*, pp. 140-141.

¹⁹¹ Para uma análise do Estado Novo, ver PANDOLFI, Dulce Chaves. “Os anos 1930: as incertezas do regime”. In: FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (orgs), *op. cit.*, pp. 13-37.

¹⁹² A Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância existiu somente até 1940, passando a partir daí a ser chamado de Departamento Nacional da Criança. SILVA, Renato da. *Abandonados e delinquentes: a infância sob os cuidados da medicina e do Estado - o Laboratório de Biologia Infantil (1935-1941)*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

cooperação com a Fundação Rockfeller. Assim, a lepra e demais doenças não tiveram lugar de destaque nesta nova organização ministerial, fato que não significou que não se valorizasse seu combate, pois o próprio Capanema afirmava ser preciso “atacar ativamente dois males: a lepra e a tuberculose”.¹⁹³

A Delegacia Federal de Saúde se constituía na representação da União em região específica, sendo a responsável pelas ações do governo federal na área; eram dirigidas por delegados federais de saúde, auxiliados por médicos sanitaristas, médicos clínicos e médicos psiquiatras. O que se pretendia era dirigir os serviços de saúde que seriam executados pela União, além de todas as atividades necessárias para concretizar a colaboração do governo federal com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social, como exigia o artigo 2º da Lei nº 378. Com a criação das Delegacias Federais de Saúde, na instância de Órgão de Execução, o país foi dividido em oito regiões, compreendendo os seguintes Estados:

Tabela 1 - Regiões administrativas do Ministério da Educação e Saúde

REGIÃO	ESTADOS COMPONENTES
1ª	Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro*
2ª	Território do Acre e Amazonas e Pará*
3ª	Maranhão, Piauí e Ceará*
4ª	Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco* e Alagoas
5ª	Sergipe, Bahia* e Espírito Santo
6ª	São Paulo* e Mato Grosso
7ª	Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul*
8ª	Minas Gerais* e Goiás

Fonte: Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, artigo 4º. Os Estados assinalados sediavam a Delegacia Federal de Saúde.

¹⁹³ De acordo com a exposição de motivos enviada por Capanema à Câmara junto com o projeto de lei. WAHRLICH *Apud* CUNHA, Vivian, *op. cit.*, pp. 176-177.

Em relação à lepra, a reforma de 1937 manteve algumas características da legislação anterior, na medida em que a Inspetoria dos Centros de Saúde continuou a existir, assim como suas atribuições originais: educação sanitária; controle de doenças contagiosas; puericultura; a higiene mental; os exames de saúde; a higiene do trabalho; a fiscalização do comércio de gêneros alimentícios, entre outras funções. Foi criado, ainda, um serviço de elucidação de diagnóstico, onde trabalhariam um médico sanitarista e um médico clínico, incumbidos da apuração diagnóstica dos casos de lepra que ocorressem no Distrito Federal. Assim, as atividades de profilaxia deveriam continuar a ser exercidas pela Inspetoria dos Centros de Saúde e esta continuava a ser responsável pelo controle e profilaxia da lepra. No relatório de atividades do DNS de 1944, consta a informação de que Barros Barreto se afastou da direção do DNS em junho de 1939 por discordar das atividades de saúde na capital federal terem passado para o âmbito da Prefeitura.¹⁹⁴

No artigo 65, da Lei nº 378, é explicitamente colocado que, na medida em que forem sendo organizados planos nacionais para combate às grandes endemias do país, o Ministério da Educação e Saúde lhes daria a execução imediata e progressiva, estabelecendo serviços especiais, destinados à realização dos planos traçados. Tais planos seriam custeados e dirigidos, técnica e administrativamente, pela União, à exceção dos estados onde o governo local pudesse executá-los sem o auxílio federal.

Ao final de 1937 e, portanto, praticamente um ano depois de sancionada a Lei nº 378, Barros Barreto, o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, avaliava que a reforma havia significado definitivamente uma articulação entre o Governo Federal,

¹⁹⁴ BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 15, nºs 1 e 2, março-junho de 1945, p. 20. No relatório citado, Barros Barreto argumentou que esta não seria uma boa alternativa para a solução dos problemas da saúde no país e, portanto, dela discordou. No entanto, encontrei um outro documento de sua autoria, onde afirma que: “Mais impressionante, porém, é o fato de ter conseguido, em junho de 1939 e pela primeira vez, o Departamento Nacional de Saúde exercer o controle sanitário praticamente em todo o Brasil. Basta referir que, em 13 dos 20 Estados, os diretores de saúde, os seus assistentes técnicos principais, eram funcionários do quadro do DNS; e nos demais Estados a articulação era estreita com o órgão federal”. BARRETO, João de Barros. “A Conferência de 1940 da Repartição Sanitária Panamericana – Exposição apresentada ao Exmo. Sr. Ministro da Educação e Saúde pelo Delegado do Brasil, Dr. João de Barros Barreto”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 11, nº1, junho de 1941, pp. 189-190.

representado pelo DNS, e as diretorias estaduais de saúde.¹⁹⁵ Barreto também ressaltou a existência de um diálogo mais estreito entre os técnicos dos serviços federais e entre estes com profissionais estrangeiros, indicando como exemplo, o fato do DNS ter ajudado o governo do Paraguai a reformular seus serviços de saúde, a partir da experiência vivida pelo Brasil com a reforma de 1937.

O diálogo entre técnicos brasileiros e estrangeiros era uma via de mão dupla: os profissionais brasileiros estiveram presentes em vários congressos internacionais, e o governo comprometia-se a cumprir as resoluções aprovadas em tais encontros. Barros Barreto chama a atenção para as resoluções aprovadas no âmbito da IX Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em abril de 1936, em Washington, onde temas como o incentivo em pesquisa básica; a unificação técnica e administrativa das atividades sanitárias no país; o desenvolvimento dos Centros de Saúde; o aumento dos orçamentos destinados à saúde pública, dentre várias outras resoluções que deveriam ser cumpridas. Isso significa dizer que o governo brasileiro estava também se esforçando para cumprir uma agenda externa através de acordos internacionais, como o estabelecido com a Fundação Rockefeller, a Oficina Sanitária Pan-Americana, ou o Serviço Especial de Saúde Pública.

Em relação à política contra a lepra, Barreto afirmou que o país intensificou a campanha contra a doença, na medida em que o Plano Nacional de Combate, ao final de seu prazo, cobriria toda a extensão do território nacional, enfatizando também que seriam estreitados os laços de cooperação com os estados, no sentido de agilizar a finalização das obras de reforma ou de construção dos leprosários. Entretanto, assinalou alguns pontos dissonantes do Plano, entre eles a divergência entre estados, como, por exemplo, Maranhão e Espírito Santo, que não cumpriram os acordos firmados com a União. Estes acordos eram explícitos no sentido de que estados e União dividiriam igualmente as despesas para a implantação do referido Plano. Entretanto, com frequência, a União, diante da impossibilidade orçamentária dos estados, encarregava-se solitariamente dos gastos necessários, o que mostra que nem sempre a colaboração esperada era cumprida. Em

¹⁹⁵ BARRETO, João de Barros. “Serviços Federais de Saúde em 1937”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VIII, nº1, fevereiro de 1938, pp. 81-243.

relação à lepra, Barreto enfocou os aspectos positivos de controle, como por exemplo, o censo que estava sendo realizado nos últimos anos em todo o país.

Sugere Barros Barreto que as “doenças-problema” do país deverão continuar a merecer um lugar de destaque na agenda política nacional, sendo necessário dar aos serviços de saúde uma organização e orientação autônomas, o que será, de certa forma, conseguido com a nova reforma realizada no campo da saúde em 1941, que criou os Serviços Nacionais.

1.4.3 – A Reforma de 1941

“Problemas sanitários do vulto dos 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 contribui com verbas avultadas, estão a exigir o desenvolvimento de órgãos técnicos de coordenação e controle”.

Gustavo Capanema ¹⁹⁶

O decreto-lei nº 3171, de 2 de abril de 1941, que implantou a reforma do Ministério da Educação e Saúde, teve grande influência nas políticas públicas de combate à lepra no país, diferindo bastante daquelas empreendidas até então.¹⁹⁷ Nesse sentido, esta reestruturação que interferiu drasticamente no Departamento Nacional de Saúde, deixou clara a importância que o tema *saúde* tinha naquele contexto de fortalecimento do Estado e da nação brasileiros.¹⁹⁸

Capanema, em exposição de motivos onde explicitava sua intenção em propor esta reforma, salientou que o objetivo era dotar o Departamento Nacional de Saúde de dois princípios fundamentais: uma melhor normatização, além de uma maior atuação deste

¹⁹⁶ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XII, nº1, 1942, p. 8.

¹⁹⁷ Decreto-lei nº 3171, de 2 de abril de 1941, reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde, e dá outras providências. Com este decreto-lei foram criados os Serviços Nacionais citados acima e ainda o de Educação Sanitária e de Fiscalização da Medicina, além de outros relativos à Saúde dos Portos, Águas e esgotos, Federal de Bioestatística etc.

¹⁹⁸ HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina, *op. cit.*, pp. 173-193.

Departamento no território do país, o que significava ampliar sua presença e atuação nos estados:

“Dois são os princípios que inspiraram a reorganização ora proposta. Em primeiro lugar o princípio de maior coordenação... Em segundo lugar, o princípio de maior atuação... O projeto ora proposto procura assentar as bases de solidificação dos trabalhos desenvolvidos, dando ao DNS, um sistema de órgãos adequados, não só a manter mas ainda a desenvolver empreendimentos de caráter nacional iniciados. Por outro lado, (...) enquadra-se a reforma projetada, perfeitamente, no programa de reorganização administrativa federal que vem sendo levada a efeito no Governo de Vossa Excelência, e atende à imperiosa necessidade de dar-se nova estrutura ao Departamento Nacional de Saúde”.¹⁹⁹

Era preciso empreender uma coordenação das atividades de saúde de maneira mais enfática e abrangente nos três níveis de governo, a União, os estados e os municípios. Seria necessário, ainda, incentivar a execução de acordos locais com as associações privadas, estabelecendo um elo de compromisso com as atividades de saúde. Era importante promover realização de inquéritos e de pesquisas e estudos sobre as condições de saúde, de saneamento e higiene da população, bem como sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e organizar cursos de aperfeiçoamento para os médicos.²⁰⁰ Deveria, ainda, superintender a administração dos serviços federais que seriam os responsáveis em realizar as atividades descritas anteriormente, além de coordenar as repartições estaduais ou municipais. Segundo Capanema, esta era uma tendência mundial, visto que:

“(...) 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

¹⁹⁹ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. “As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XII, nº 1, abril de 1942, p. 7.

²⁰⁰ Aqui gostaria de chamar a atenção para a importância de realização de inquéritos e apuração de dados bioestatísticos para manutenção de um sistema centralizado de gestão. Era necessário conhecer o mais profundamente possível as condições de vida e de saúde da população alvo das preocupações públicas. Estes dados, a meu ver, poderiam refletir uma realidade que necessitava ser conhecida para que as ações de saúde se fizessem o mais corretamente possível e se constituíssem em metas políticas para o DNS. Gostaria de lembrar da criação do Instituto Nacional de Estatística em 1934, o futuro IBGE, que teve papel fundamental neste momento de articulação entre as três esferas governamentais e o pioneirismo representado pelo conhecimento das condições de saúde através de números e percentuais.

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".²⁰¹

Com essa reorganização do Departamento Nacional de Saúde, foram extintas a Divisão de Saúde Pública e a de Assistência Hospitalar, e suas atribuições disseminadas por vários órgãos, dentre eles os Serviços Nacionais, como o da Lepra, da Tuberculose, da Malária, dentre outros.²⁰² Os serviços locais de saúde do Distrito Federal, como o Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, responsável pelo combate à lepra na região, foram transferidos para a administração municipal.

Já as Delegacias Federais de Saúde, criadas na reforma de 1937 e mantidas nas mesmas regiões, deveriam inspecionar as atividades executadas diretamente pelos órgãos especiais particularmente criados e eram, segundo Cristina Fonseca, "os olhos e as mãos do Departamento Nacional de Saúde nos estados".²⁰³ Os Serviços Nacionais das grandes endemias foram criados num momento em que doenças, como lepra ou tuberculose, exigiam o desenvolvimento de órgãos especializados, de orientação técnica, coordenação e controle das atividades públicas e privadas relativas à doença e que congregasse profissionais igualmente preparados.

Através desta reformulação, foi criado o Serviço Nacional de Lepra (SNL), juntamente de outros Serviços Nacionais, tais como o de Tuberculose, Peste, Febre Amarela, Malária, Doenças Mentais e Câncer, voltados para o combate aos grandes problemas nacionais representados por algumas endemias. A criação "em bloco" destes Serviços não significa que as alternativas foram pensadas em conjunto, pois para cada doença em questão, as estratégias de controle seriam diferenciadas. No Serviço Nacional de Lepra se concentraram as atividades relativas às ações contra a doença e seu campo de ação

²⁰¹ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. "As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde", *cit.*, p. 8.

²⁰² Os órgãos que desempenharam as funções da Divisão de Saúde Pública e da Divisão de Assistência Hospitalar foram: Divisão de Organização Sanitária, Divisão de Organização Hospitalar, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

²⁰³ FONSECA, Cristina M. de Oliveira, *op. cit.*, p. 225.

compreendia o que havia sido recentemente aprovado na 1ª Conferência Nacional de Saúde.²⁰⁴

Em artigo publicado em 1943, se encontra descrito o programa de ação deste Serviço Nacional, com o detalhamento das estratégias nas quais se sustentaria o combate à doença.²⁰⁵ Dentre estas, destacam-se a implantação do modelo de tratamento tripé em todos os estados da República; o incentivo às pesquisas e investigações científicas; o estabelecimento de normas para alta dos pacientes; o incentivo à cultura de plantas antilépricas nas regiões apropriadas para este fim, dentre outras atribuições. Além disso, o artigo assinala como metas para o programa de trabalho do ano de 1944, importantes atividades no sentido de circunscrever e ratificar um campo de atuação específico e delimitado, com rotina de trabalho própria aos profissionais que atuavam naquele Serviço. Dentre estas ações é importante ressaltar a organização do prontuário sobre legislação nacional e estadual relativa à lepra desde os tempos coloniais; o registro de todas (grifo meu) as iniciativas, decisões, fatos governamentais e os referentes à ação privada na campanha contra a lepra; o registro e histórico de todos (grifo meu) os estabelecimentos e instituições públicas e particulares empenhadas no combate à lepra; a articulação com todos (grifo meu) os serviços e instituições estrangeiras, principalmente americanos, dentre outras atividades.²⁰⁶

Mesmo depois da criação do Serviço Nacional de Lepra, a profilaxia da doença ainda seguiu os moldes preconizados com o Plano Nacional de 1935. Dessa forma, prosseguiram as obras de construção e manutenção de leprosários nos moldes anteriores: com a cooperação entre os Estados e a União. De acordo com o artigo de Barros Barreto

²⁰⁴ A agenda de discussão desta Conferência foi ampla, mas um dos itens dizia respeito à ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina, *op. cit.*, pp. 173-193. Em relação às políticas de saúde no período Vargas, ver HOCHMAN, Gilberto. "Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945)". *DYNAMIS, Acta Hisp. Med. Sci. Hist.*, 2005, 25, pp. 199-226 e FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*

²⁰⁵ "Atribuições do Serviço Nacional de Lepra e programa de ação". *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano II, nº 2, junho de 1943, pp. 5-7.

²⁰⁶ Os grifos dão a dimensão do desejo de abrangência das atribuições deste Serviço.

sobre as atividades e realizações do Departamento Nacional de Saúde em 1941²⁰⁷, esta era a situação a respeito do número de instituições criadas voltadas para os leprosos:

Tabela 2 – Leprosários criados entre 1937 e 1941

Ano de inauguração	Nome da instituição	Localização
1937	Colônia Bonfim	Maranhão
1937	Colônia Itanhenga	Espírito Santo
1938	Colônia do Igua	Rio de Janeiro
1940	Colônia Eduardo Rabello	Alagoas
1940	Colônia Santa Teresa	Santa Catarina
1940	Colônia Itapoan	Rio Grande do Sul
1941 (07/09)	Colônia São Bento	Ceará
1941 (12/07)	Colônia Getulio Vargas	Paraíba
1941 (04/08)	Colônia São Julião	Paraná
1941 (26/08)	Colônia Mirueira	Pernambuco

Fonte: BARRETO, João de Barros. “As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XII, nº 1, abril de 1942, pp. 7-300.

Neste relatório de atividades, Barros Barreto cita os leprosários que seriam inaugurados até 1943, no máximo, e distribuídos pelos seguintes estados: Amazonas (Colônia do Aleixo); Pará (Colônia Marituba); Sergipe (Colônia Jardim) e Minas Gerais. Neste último Estado, seriam inaugurados quatro leprosários nas localidades de Ubá (Colônia Padre Damião); Bambuí (Colônia São Francisco de Assis); em Três Corações (Colônia Santa Fé) e Sabará (Sanatório Roça Grande). Barros Barreto demonstra grande orgulho em apresentar estas atividades que têm por objetivo ‘livrar o Brasil de tão grande flagelo’ e finaliza o item referente à criação e funcionamento dos leprosários, reproduzindo

²⁰⁷ BARRETO, João de Barros. “As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, pp. 7-133.

a provocação a ele dirigida por Afrânio Peixoto: “A isto [construção de leprosários] o Dr. Afrânio Peixoto, fazendo literatura pontilhada de higiene, no Boletim da Repartição Sanitária Panamericana, chama, ‘uns leprosários... nada ou quase nada’”.²⁰⁸

As atividades de combate à lepra no contexto nacional se fortaleceram com a criação do Serviço Nacional de Lepra, pois associado a este fato, não se pode desvincular a administração que o leprologista Ernani Agrícola conferiu ao Serviço. Agrícola foi o primeiro diretor do SNL e permaneceu no cargo até janeiro de 1954, quando foi substituído por Thomaz Pompeu Rossas, ex-diretor do Hospital de Curupaity no Distrito Federal.²⁰⁹ Permaneceu no cargo até o início do governo de Juscelino Kubitschek, quando Orestes Diniz, mineiro como o Presidente, assumiu a direção do Serviço, permanecendo até 1959. O rumo dado ao Serviço Nacional de Lepra por seu primeiro diretor e sua equipe, possibilitou-o ser um órgão fiscalizador e regulador da política de profilaxia apoiada no modelo tripé, com todas as suas especificidades. Esta ação apontada como necessária desde a década de 1920, tem a partir da atuação do Serviço Nacional de Lepra, uma abrangência, de fato, nacional. Analisar o significado desta criação, suas atribuições e principais ações, é o objetivo do capítulo seguinte deste trabalho.

²⁰⁸ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. “As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 109.

²⁰⁹ “Noticiário”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XIII, nº 2, junho de 1954, pp. 38-65. Informação deduzida a partir da Ata nº 49, do Instituto de Leprologia, realizada em 3 de fevereiro de 1954, quando afirma ter sido a sessão presidida pelo diretor do SNL, Dr. Thomaz Pompeu Rossas.

Capítulo 2 – O Serviço Nacional de Lepra e sua política de saúde.

“O problema da lepra tem para os brasileiros uma significação de indisfarçável gravidade. Foi compreendendo que a solução dele tem o alcance da maior repercussão econômica e humana que o governo o colocou entre os que deviam ser definitivamente postos, visando à erradicação de um mal que tanto nos aflige”.

Cristiano Machado²¹⁰

Neste capítulo analisarei a criação do Serviço Nacional de Lepra (SNL) e suas principais ações para combater essa doença no país. Iniciarei com o contexto político e sanitário que propiciou sua criação a partir da reforma política de 1941 no Ministério da Educação e Saúde. Era propósito desta reforma dar mais unidade e instituir um poder central às ações daquele Ministério em todo o Brasil, além de padronizar normas e procedimentos técnicos na administração sanitária, dentro do contexto de ampliação da autoridade pública desenvolvida pelo primeiro Governo Vargas.

O SNL foi pensado como um órgão capaz de desenvolver tais ações e para isso, era preciso organizar e constituir um serviço com servidores treinados e comprometidos com o ideal de combate à doença em todo o país. Nesse sentido, foram empreendidas ações de educação sanitária, pois era preciso esclarecer a população sobre a eficácia do tratamento médico e da internação promovidos pelos leprologistas do SNL. Estes profissionais eram devidamente treinados e capacitados através dos cursos de leprologia realizados em todo o país, e do incentivo à pesquisa sobre as particularidades de uma doença como a lepra. O resultado destas pesquisas de interesse geral da leprologia foi disseminado através das publicações do SNL, tais como livros e periódicos especializados, consagrando um campo de atuação destes médicos.

²¹⁰ MACHADO, Cristiano. “A solução de um mal que é um flagelo”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano I, nº 1, janeiro de 1941, p. 5.

O aspecto referente à pesquisa laboratorial da lepra foi um tema caro ao SNL mesmo antes de sua criação, visto que era fundamental para o conhecimento sobre as características desta doença. Esta necessidade tornou-se evidente através da criação do Centro Internacional de Leprologia na década de 1930. Este aspecto não foi esquecido quando o SNL foi criado e o Instituto de Leprologia, totalmente voltado à pesquisa laboratorial, entrou em atividade pouco tempo depois, consolidando as ações destes profissionais e o campo de atuação no país.

2.1 - O significado político e institucional da criação do SNL

2.1.1 – A 1ª Conferência Nacional de Saúde em 1941 e o debate sobre a lepra

“A 1ª CNS funcionou, assim, como um espaço político que contribuiu para legitimar e fortalecer o modelo de gestão centralizado que o governo federal já vinha implementando no campo da saúde pública. Todavia, considerando-se o seu formato, foi também um espaço de interlocução e deliberação, ainda que sob um regime autoritário”.

Cristina Fonseca²¹¹

Instituídas a partir da reforma do Ministério da Educação e Saúde advinda com a Lei nº 378 de 1937, as Conferências Nacionais de Saúde e de Educação deveriam ser realizadas de dois em dois anos. A primeira destas Conferências foi convocada para novembro de 1941 e logo transformada em uma das efemérides que marcavam o 4º aniversário de implantação do Estado Novo.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre 10 e 15 de novembro de 1941, no Rio de Janeiro, e contou com delegações de todos os estados do país. Os temas oficiais desta Conferência eram àqueles pertinentes “(...) às normas fundamentais de organização e administração sanitária, às campanhas contra a lepra e a tuberculose, aos principais objetivos de um programa de amparo à maternidade e à infância e ao

²¹¹ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 223.

desenvolvimento dos serviços de águas e esgotos”.²¹² Com a discussão destes temas se procuraria estreitar os laços entre o governo federal e as autoridades locais, ampliando a sistematização das ações sanitárias da União nos Estados. A dinâmica para sua realização foi a de envio de questionários às autoridades locais com perguntas que procuravam arrolar dados referentes à situação sanitária e assistencial nos Estados. Segundo Cristina Fonseca, o questionário era bastante abrangente com mais de 100 perguntas, relativas a 15 temas que procuravam envolver diversos aspectos relativos à organização da medicina e da saúde pública.²¹³

Barros Barreto, embora se referindo ao caráter técnico da Conferência, enfatizou a oportunidade concedida aos delegados de externarem sua opinião em relação aos temas tratados, demonstrando “alto nível” de “cultura sanitária” nas respostas enviadas aos organizadores da Conferência. Os técnicos da Divisão de Organização Sanitária examinaram todos os questionários e, no caso de dúvida, os diretores estaduais de saúde seriam novamente ouvidos. Barros Barreto frisou este dado deixando transparecer a preocupação do governo federal em ouvir as autoridades locais, com o objetivo de fazê-las partícipes dos princípios que norteariam as ações de saúde a serem implementadas a nível nacional.²¹⁴

Em relação especificamente ao tema da lepra, a ‘Comissão de Campanha contra a Lepra’, que era composta por sete membros, dentre eles, estava Ernani Agrícola, diretor do recém criado Serviço Nacional de Lepra, que acumulava o cargo de secretário geral da Conferência. Além dele, compunham a Comissão, o diretor do Serviço Nacional da Peste, e os delegados do Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Amazonas e o Território do Acre.²¹⁵ Ao que tudo indica Ernani Agrícola muito provavelmente foi o relator da Comissão, cujas principais conclusões podem ser apreciadas no Relatório publicado pelo Departamento

²¹² BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 35.

²¹³ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 221. Cf. HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina, *op. cit.*, pp. 173-193. Os temas podem ser conferidos na p. 182.

²¹⁴ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, pp. 35-36.

²¹⁵ Anais da 1ª Conferência Nacional de Saúde, *Apud* CUNHA, Vivian, *op. cit.* p. 107.

Nacional de Saúde. Ali ficaram explicitadas as orientações a serem seguidas para que se concretizasse uma campanha contra a lepra “verdadeiramente” nacional.

O Relatório foi dividido em duas partes; na primeira, Agrícola se prendeu aos aspectos gerais do problema da lepra e, na segunda, expôs sobre os deveres da União, dos Estados, dos municípios e das instituições particulares. Em relação à primeira parte, Agrícola acentuou a importância das ações se guiarem, sobretudo, pelo conhecimento do número de doentes, o que seria feito através da realização do censo, da notificação compulsória e do exame sistemático dos comunicantes. Em relação ao isolamento, defendia-o apenas para as formas contagiantes da doença. Entretanto, apontava que deveriam ser realizados a vigilância e controle dos doentes, dos comunicantes e daqueles que receberiam alta hospitalar. Os filhos sadios deveriam ser afastados dos pais doentes e rigorosamente vigiados nos preventórios, com exames periódicos e atenção redobrada com instrução e educação. Justificava o tratamento profilático amparado no modelo tripé, com leprosários, preventórios e dispensários, como altamente eficaz e, como tal, deveria ser recomendado fortemente em todo o país.

O tratamento deveria ser obrigatório e regular a todos os que dele necessitassem. Um ponto bastante enfatizado foi aquele que se referiu à formação técnica especializada de todo o pessoal da saúde, não só os médicos, mas também enfermeiras e visitadoras sanitárias, com educação sanitária para toda a população. No entanto, quando confirmado um diagnóstico, era preciso esclarecer à população que o tratamento deveria ser imediatamente iniciado, pois se tratava de uma doença “cl clinicamente curável”, sobretudo se diagnosticada de maneira precoce e adequadamente tratada.

As atribuições do governo da União seriam as de se responsabilizar pela orientação, coordenação e fiscalização de todas as atividades públicas e particulares referentes à campanha contra a lepra em todo o país. Também deveria realizar estudos e investigações epidemiológicas, o censo dos leprosos e aplicar inquéritos para a coleta de dados técnicos e administrativos, estabelecendo a uniformidade das ações contra a doença a cargo da União, dos Estados, municípios e instituições particulares. A construção, ampliação e instalação dos leprosários continuaram a ser responsabilidade da União, que auxiliaria a instalação dos dispensários que fossem mantidos pelos Estados dentro das normas estabelecidas pelo

SNL. Auxiliaria também a criação de preventórios para filhos sadios dos doentes, procurando incentivar a iniciativa particular, principalmente em relação às obras de assistência social aos filhos sadios dos doentes e suas famílias, à semelhança do trabalho desenvolvido pela Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, em vários Estados.

As atribuições de competência dos Estados seriam a orientação, coordenação e fiscalização das atividades estaduais, municipais e particulares relacionadas com a campanha contra a lepra nos estados, conforme as normas estabelecidas pelos técnicos do Serviço Nacional de Lepra. Os Estados deveriam organizar e administrar os serviços estaduais de combate à lepra, isolando e mantendo os doentes, oferecendo-lhes assistência médico-social adequada e satisfatória. Também era sua atribuição instituir um serviço regular de revisão do censo de leprosos e dos comunicantes, assim como os serviços de controle, vigilância e tratamento dos casos. E, finalmente, caberia aos Estados, obrigatoriamente, a tarefa de realizar a vigilância dos internados nos preventórios, além de executar cursos de reciclagem e estágios para os técnicos que atuassem nos serviços de lepra.

Por fim, os Municípios deveriam auxiliar as instituições de assistência social, aos filhos sadios e às suas famílias, e cooperar diretamente na realização dos serviços de censos e na vigilância epidemiológica. Estas atribuições eram mais próximas daquelas desenvolvidas pelas instituições particulares, mais estreitamente ligadas à assistência dos filhos dos doentes e às suas famílias, e ao próprio doente internado. Além disso, os municípios auxiliariam as autoridades sanitárias na readaptação daqueles que, por terem permanecido internados por muito tempo, perdiam alguns laços com o mundo exterior. Esta readaptação deveria ser auxiliada pelas instituições particulares. A educação sanitária também era um item importante na definição de papéis destas instituições.

Pela extensão desta agenda, visivelmente muito ampla, se pode ter uma idéia da dimensão proposta para o Serviço, quanto, de resto, da própria pretensão do regime Vargas de ampliar ao máximo a autoridade pública sobre os mais diversos temas da prática médica e sanitária. Eram ações de responsabilidade em três instâncias administrativas e permitem vislumbrar a complexidade que a máquina governamental e particular procurava dirigir, no

seu intento de realizar uma campanha de ações contra a lepra. Procurando legitimá-las, Barros Barreto, ao enumerar estas atribuições, afirmou que as mesmas eram fundamentais para o “bom desempenho da campanha”. Também argumentou que este “armamento anti-leprótico” ainda poderia dispor dos leprologistas, enumerando em cada estado do país, os profissionais existentes. O mapa profissional de leprologistas indicado por Barros Barreto, pode ser visto no quadro abaixo:

Tabela 3 – Número de leprologistas por Unidade da Federação

Estado	Número de Leprologistas
Amazonas	1
Pará	5
Maranhão	2
Piauí	2
Ceará	1
Rio Grande do Norte	2
Paraíba	1
Pernambuco	-
Alagoas	1
Sergipe	1
Bahia	-
Espírito Santo	4
Rio de Janeiro	5
São Paulo	77
Paraná	4
Santa Catarina	3
Rio Grande do Sul	2
Minas Gerais	21
Mato Grosso	-
Goiás	-

Fonte: BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XII, nº 1, 1942, pp. 7-133.

Chama a atenção o fato de, em toda a região Amazônica, o Serviço Nacional de Lepra dispor de apenas um leprologista. Esta precariedade talvez ajude a entender o fato de, entre os objetivos do Acordo Básico que criou o SESP, em 1942, estava a colaboração

desta agência com o SNL.²¹⁶ A cooperação com o SESP foi mencionada enfaticamente por Ernani Agrícola no Relatório de Atividades do SNL de 1944, quando relatou que uma das grandes preocupações daquele Serviço no Estado de Amazonas se constituía em organizar um dispensário itinerante, por via fluvial, e que esta iniciativa:

“(...) tem uma grande ajuda por parte também do SESP e preencherá uma lacuna há muito sentida na execução dos trabalhos itinerantes na região amazônica. Visando, ainda, remover os óbices criados com a situação internacional a respeito do transporte, de importância capital para os serviços de censo leproológico, controle de comunicantes e outros misteres, se articulou esta repartição [SNL] com o SESP no sentido de obter *jeeps* para o desenvolvimento destas atividades, de vez que tal veículo muito se recomenda para a realização de semelhantes trabalhos”.²¹⁷

A região amazônica era considerada por Agrícola como uma localidade especial em função do grande número de enfermos ali existentes e pelo fato de guardar diversas características que a tornavam uma região delicada e com a qual se deveria ter atenção redobrada por sua própria geografia tão diferenciada. Em 1943, o leprologista do SNL, João Batista Risi percorreu algumas localidades do Estado do Amazonas para observar como se davam as ações de combate à lepra. Seu relatório é bastante contundente no sentido de registrar a gravidade da doença e da importância destas ações:

“Para se avaliar bem a importância do problema [representado pela lepra], basta que se considere as condições mesológicas do Estado. Seu clima tropical e úmido, agasalhando as mais variadas endemias que devastam a resistência orgânica de seus habitantes, já minada pela subnutrição e inobservância dos preceitos higiênicos os mais comezinhos, dão ao problema da lepra no Estado do Amazonas uma feição bem especial e de importância digna de relevo.

“Ao lado deste aspecto, que se nota em relação ao armamento antileproso? Muito menos do que se esperava encontrar... Um dispensário de organização precária, em Manaus, tendo à frente um médico, insuficientemente remunerado e aparelhado, e com a atribuição ainda de prestar assistência médica à Colônia de Paricatuba. Encontram-se nesse dispensário 103 enfermos em tratamento.

²¹⁶ CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas – O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 52.

²¹⁷ AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1944”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano III, nº 1, 1945, p. 9.

“Além do dispensário, se acha em funcionamento a Colônia de Paricatuba, atualmente com 520 doentes. Esta colônia é destituída de todas as características que devem presidir à instalação de um estabelecimento moderno destinado ao recolhimento de hansenianos.

“Distante de Manaus, cerca de 2 horas de viagem pelo rio Negro, e isto indica bem que não é fácil acesso, abriga 520 enfermos, em situação de verdadeiro degredo. Tem estes enfermos estampados nas suas fisionomias o sentimento de tristeza, de amargura profunda.

“Quando nos retiramos, um dos enfermos, creio que o prefeito da colônia, pediu-nos, encarecidamente, que olhássemos para a situação em que lá eles se encontram. (...) Enquanto se procura defender estes trabalhadores dos seringais de tantas endemias, protegendo-os contra a malária e dando-lhes assistência médica, convém também que se os proteja de uma enfermidade tão grave e tão horrorizante. Rio, 22.8.42, J. B. Risi, Assistente do SNL”.²¹⁸

Voltando à observação da tabela, chama a atenção o número de leprologistas nos Estados de São Paulo e Minas Gerais, se considerarmos sua extensão geográfica, o que denota a preocupação do Departamento de Profilaxia da Lepra na formação de quadros profissionalizantes. Além do acentuado número de especialistas, havia quatro dispensários na capital do Estado e dez no interior; o Departamento de Profilaxia da Lepra fazia o controle de quase 49 mil comunicantes, possuía dois preventórios, com cerca de 600 crianças e fazia o censo de leprosos constantemente, através do mapeamento sistemático daqueles que se tratavam nos dispensários.

Minas Gerais é o segundo Estado a apresentar o maior número de leprologistas e um dos primeiros a ter a preocupação com a questão da pesquisa básica acompanhando as ações de profilaxia. Assim, seu “armamento anti-leprótico” possuía um Centro de Estudos contra a Lepra e um Serviço de Profilaxia da Lepra que formavam o Serviço de Defesa contra a Lepra, criado em 1937. Os dispensários funcionavam com uma unidade fixa na capital e foi estado pioneiro a ter os dispensários itinerantes, que dispunham de um médico e um auxiliar, e visitavam as localidades do interior realizando as ações de combate à doença. Os dispensários itinerantes contavam com uma estrutura de apoio composta pelos

²¹⁸ AGRICOLA, Ernani. “Situação da lepra no Brasil – Organização do fichário central”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano II, nº 2, junho de 1943, pp. 45-59.

vagões da chamada ‘Rede Mineira de Viação para Leprosos’, que está reproduzido na figura 35, do caderno de imagens desta tese.

Para se conhecer como estes médicos itinerantes trabalhavam em Minas Gerais, é interessante reproduzir parte do depoimento do ex-paciente, Fuad Abílio Abdala, atendido pelos médicos do Serviço de Profilaxia da Lepra daquele Estado. Estes vagões funcionavam recolhendo os doentes, depois do diagnóstico recebido pelo profissional que visitava a cidade:

“E quando chegou mais tarde um pouco, me colocaram dentro de um furgão e me levaram para um vagão de estrada de ferro que estava no desvio. Um vagão que estava dividido ao meio, metade era para os guardas e eles tinham os toaletes, tudo era deles e a outra metade era para mim e mais uma meia dúzia de pessoas. Nós não tínhamos o direito de tomar água, nem de usar o toaleta, nem nada, e viajamos a noite inteira... umas oito ou dez pessoas. (...) Terrível, lá era terrível. Essas oito pessoas mais ou menos que estavam dentro desse vagão, era o resultado da busca naquela cidade, todos em péssimo estado de saúde”.²¹⁹

Pode-se perceber que naquele Estado, tal qual em São Paulo as ações de combate à lepra eram bastante intensas, e estas se traduzem também pelo número de leprologistas que atuavam nos serviços de saúde dos Estados.

Em conclusão, estas foram as atribuições que guiaram as ações de saúde em relação à lepra nas três esferas administrativas, coordenadas pelo Serviço Nacional de Lepra, a partir das deliberações da 1ª Conferência Nacional de Saúde. Até a aprovação do regimento do SNL em 1944, suas ações foram guiadas pelo estabelecido naquela Conferência e lhe deu identidade nos primeiros anos de funcionamento.

²¹⁹ Depoimento de Fuad Abílio Abdala, ‘Projeto: Memória e História da Hanseníase através de seus depoentes (1960-2000), maio de 2002, fita nº 1, lado A.

2.1.2 – Significado político da criação do SNL

“Tendo V. Excia. [Gustavo Capanema] declarado à Conferência Nacional de Assistência Social aos Leprosos, por ocasião do seu encerramento, a 20 d.c. que era desejo do Governo organizar um Serviço Central destinado a orientar a campanha nacional contra a lepra, tomo a liberdade de oferecer-lhe uma cópia dum plano que para isso elaborei em 1933 e do qual V.Excia. poderá aproveitar algo”.

H. C. de Souza-Araújo²²⁰

Neste item do trabalho, pretendo falar sobre o significado político da criação do SNL, enfocando o diálogo mantido com a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, uma associação civil, e as alianças tecidas ao longo da década de 1930 que a aproximaram do Governo de Vargas, através da figura de Gustavo Capanema e a importância desta para a criação do citado Serviço. Além disso, analiso algumas atribuições do SNL e as articulações dos leprologistas com o poder público que possibilitaram a criação do Serviço.

Entre os dias 12 e 20 de novembro de 1939, foi realizada no Rio de Janeiro, a 1ª Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázaros. Promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, este evento foi presidido e patrocinado pelo Ministro Capanema e pelo Presidente Vargas, respectivamente. Este evento marcou um momento importante no diálogo entre os representantes do Estado e os da sociedade civil, representados pela Sociedade, no sentido de se propor soluções em conjunto para o problema representado pela lepra no país e pensar em soluções de maneira nacional.

²²⁰ F. 737-740 – ‘Plano Geral da Campanha contra a lepra no Brasil’, GC h 1935.09.02 (2/9/1935 a 6/10/1945) – pasta III – Arquivo Pessoal Gustavo Capanema. Correspondência enviada em novembro de 1939 ao Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, pelo leprologista Heraclides César de Souza-Araújo, onde elucida aspectos técnicos e administrativos que deveriam integrar um órgão que pretendesse organizar o combate à lepra no Brasil em nível nacional. Tal trabalho foi elaborado por Souza-Araújo, apresentado à Academia Nacional de Medicina em outubro de 1933 e publicado no mês seguinte na *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*. Versão original deste documento também pode ser encontrada na Seção Produção Intelectual – Subsérie Trabalhos próprios, do Arquivo Pessoal de Souza-Araújo, pasta 04 – AS/PI/TP/19480506 (Plano Geral da Campanha Contra a Lepra no Brasil).

A Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra foi criada em 21 de fevereiro de 1926, em São Paulo, por Alice de Toledo Tibiriçá e outras damas da sociedade paulista. Primeiramente se estabeleceu naquela cidade e aos poucos sua representatividade se difundiu em outros estados, através da abertura de filiais. No Distrito Federal seu escritório de representação foi inaugurado em julho de 1928. Em 1929, passou a publicar um periódico mensal chamado *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*, onde divulgava ensinamentos que visavam minimizar o estigma social existente com o doente, propagava notícias sobre a luta anti-leprosa no país e esclarecimentos à população acerca dos aspectos médicos e científicos em relação à lepra, explicitando formas de contágio ou chamando a atenção para a necessidade de descoberta dos casos novos, dentre outros aspectos relevantes. Embora desde sempre acenando para a importância da criação de dispensários para efetivamente se ‘vencer esta luta contra o mal de Hansen’, ela apoiava a construção de hospitais para o tratamento do doente, desde que nestas instituições se tivesse uma atitude científica em relação ao interno, mas que ele também fosse tratado com compaixão e piedade.

A atuação desta Sociedade era bastante efetiva no que se refere à educação dos filhos dos internados: as ‘senhoras da boa sociedade’ se ocupavam da direção dos preventórios e o administravam movidas pela fraternidade e pelo zelo social em livrar o país de tão ‘terrível doença’. Nos editoriais do *Boletim* percebe-se o apoio às causas do governo para a construção dos asilos, desde que este governo mantivesse as condições possíveis do doente não se sentir discriminado *intra muros*: “O problema da lepra, por tanto tempo em abandono, vai merecendo dos dirigentes o estudo que a gravidade da situação está a exigir”.²²¹ Vivendo de doações e do pagamento de mensalidades dos sócios, pessoa física e/ou jurídica a ela vinculados, a Sociedade se esforçava em cumprir uma ampla agenda social com o intuito de angariar fundos e promover a união entre pessoas que tinham em comum o fato de “(...) levar uma parcela de amor às vítimas que a sociedade, no terror da lepra, segrega do seu seio”.²²²

²²¹ “Editorial”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: Ano I, nº 1, 30 de abril de 1929, p. 3.

²²² *Loc. cit.*

Esta relação de proximidade e identidade com os leprologistas no sentido de cooperar com o combate à lepra, acabou criando uma ligação entre a Sociedade e os representantes do Estado, os dirigentes do Departamento Nacional de Saúde, em prol de uma ação comum. No segundo número do *Boletim*, publicado em maio de 1929, ao apresentar o relatório de atividades do mês de abril, Alice Tibiriçá relatou a viagem ao Rio de Janeiro e sua visita ao Inspetor de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, o Dr. Oscar da Silva Araújo, que desde 1926, substituiu Eduardo Rabello na direção daquele órgão. Por esta época, a Inspetoria realizou um concurso para a escolha do melhor cartaz de propaganda anti-leprosa para educação sanitária e a Sociedade foi chamada para opinar e a colaborar com a Inspetoria. Além disso, Alice Tibiriçá realizou uma visita ao recém inaugurado Hospital de Curupaity, em Jacarepaguá, na companhia do Inspetor que guiava o grupo.

Entretanto, a relação de tranqüilidade e cooperação que, segundo Alice Tibiriçá, sempre norteou as ações da Sociedade com as estruturas dirigentes foi abalada em 1933, quando esta Sociedade passou a ser alvo de uma campanha “difamatória e equivocada” de suas ações. A imprensa paulista, juntamente com o diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, Dr. Salles Gomes, começaram a argumentar que, na verdade, os atos da Sociedade estariam repletos de corrupção, devido a desvio de verbas das doações, sobretudo aquelas oriundas de eventos como a ‘Semana Humanitária’ e a ‘Campanha de Solidariedade’, acontecimentos marcados pela grande contribuição recebida e que gerava uma das mais significativas ajudas às famílias dos internados. Porém, este foi o momento em que a direção da Sociedade, e todo o seu trabalho altruísta, encontrou apoio mais forte no governo federal e principalmente na figura do Diretor da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, Dr. Silva Araújo.

A realização do evento ‘Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra’ em setembro de 1933 reuniu, em sua abertura, o Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Raul de Almeida Magalhães, Eduardo Rabello e Joaquim Motta, ou seja, nomes que se ocupavam inteiramente da profilaxia da lepra no âmbito do Governo

Provisório.²²³ Devido aos atritos sofridos entre a Sociedade e Salles Gomes, a sede da Sociedade se transferiu de São Paulo para o Rio de Janeiro em 1935 e a partir daí a proximidade com Eduardo Rabello, Souza-Araújo, Silva Araújo e outros leprologistas, se tornou ainda maior.

Assim, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázaros em 1939, tema que iniciei este item do trabalho, não foi surpresa a mesma ter sido aberta por Gustavo Capanema e apoiada por Vargas, o que demonstrava a ligação de mais de uma década entre a diretoria da Sociedade e os mais altos membros da administração pública. Pelas resoluções finais desta Conferência é possível perceber a ênfase dada à necessidade de se criar um órgão que fosse verdadeiramente nacional e cumprisse uma agenda capaz de se fazer presente em todas as unidades da federação, independentemente de distância ou outras dificuldades, consolidando a política de centralização do Estado Nacional. Assim, pode-se dizer que a sociedade civil, representada pela Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, apoiava a criação de um órgão diretivo com as características do SNL.

A proposta para a reforma de 1941 foi apresentada por Capanema a Vargas num contexto bastante diferente da realizada anteriormente, que vigorou após janeiro de 1937. Desde novembro de 1937, o Estado Novo permitiu ao governo liberdade de ação, onde se podia definir e aprovar a reforma desejada sem a necessidade de debates no âmbito do Poder Legislativo, que fôra fechado com o golpe. Assim, é possível compreender mais claramente, como e por que, nesta reforma, Capanema buscou intensificar a atuação federal e a expansão dos serviços de saúde pelos ‘rincões’ do país.

Barros Barreto, em artigo publicado em 1942, argumentava que um problema sanitário como o da lepra, por exemplo, por si só já seria o bastante para criar um órgão técnico de coordenação e controle nacionais. Ao falar sobre a reestruturação sofrida pelo DNS, afirmou que:

²²³ Embora Eduardo Rabello não estivesse, naquele momento, respondendo por um órgão específico no âmbito do Governo Federal, pois era Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e professor universitário, sua proximidade com o governo e os leprologistas é considerável.

“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. (...) visto ser imprescindível que o Departamento Nacional de Saúde coordene e oriente as atividades sanitárias e assistenciais, exercidas pelos Estados, Municípios e mesmo pela iniciativa particular”.²²⁴

O Decreto-lei nº 3171, de 2 de abril de 1941, concretizou esta reorganização no Departamento Nacional de Saúde e implantou a nova reforma.²²⁵ O artigo primeiro, afirmava ser da competência do DNS promover a realização de inquéritos de saúde, superintender a administração dos serviços federais de saúde e estabelecer e coordenar as repartições estaduais e municipais, que realizem quaisquer atividades concernentes à questão da saúde no sentido de fiscalizar, orientar e assisti-las tecnicamente.²²⁶ Ou seja, determinava uma coordenação mais efetiva em todas as ações de saúde no país, no âmbito da União, Estados ou Municípios e, ainda, das associações particulares. Segundo Barros Barreto, duas palavras poderiam resumir a essência da reforma realizada: coordenação e atuação. Estas duas ações deveriam ser exercidas de maneira mais firme e efetiva no país.²²⁷

O Departamento Nacional de Saúde, que tinha até aquele momento o papel de órgão diretivo das atividades de saúde realizadas pelos vários órgãos existentes separadamente, passou a ter atribuição de ser o conjunto de todos eles, coordenando a execução destas atividades. Somente assim, seria possível empreender uma ação direta do DNS a todo o

²²⁴ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 8.

²²⁵ No organograma do Departamento Nacional de Saúde que se encontra no Anexo desta tese, é possível visualizar a estrutura do DNS e os Serviços Nacionais criados com esta reforma.

²²⁶ Decreto-lei nº 3171, de 2 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências.

²²⁷ BARRETO, João de Barros. “A organização da saúde pública no Brasil”, *cit.*, p. 171. Para além destas ações, executiva de um lado, e coordenadora, orientadora e controladora de outro, deveria o DNS realizar inquéritos, censos e levantamentos estatísticos sobre as condições de saúde da população para ‘conhecer’ efetivamente o país e seu povo; e, por último, preparar e aperfeiçoar os seus quadros de pessoal.

território nacional, conforme afirmara Capanema em sua exposição de motivos.²²⁸ João de Barros Barreto continuou no posto de diretor daquele Departamento e o leprologista Ernani Agrícola, que ocupava o cargo de Diretor do Serviço Sanitário dos Estados, foi nomeado diretor do Serviço Nacional de Lepra.

Com esta reformulação no DNS, foram extintas duas Divisões: a de Saúde Pública e a de Assistência Hospitalar, e suas funções passaram a ser desempenhadas por vários órgãos, dentre eles os serviços nacionais como o da Lepra, da Tuberculose ou da Malária.²²⁹ Os serviços locais de saúde da Capital da República, como o Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, responsável pelo combate à lepra na região, foram transferidos para a administração municipal. Já as delegacias federais de saúde, criadas na reforma de 1937 e mantidas nas mesmas regiões, deveriam inspecionar as atividades executadas diretamente pelos órgãos especiais criados nessa legislação, ou seja, os Serviços Nacionais.²³⁰

No que se refere à lepra, a criação do SNL significou a existência de um órgão que orientaria tecnicamente, coordenaria e controlaria as atividades públicas e privadas relativas à doença. Criado em abril de 1941, somente em setembro o SNL recebeu a primeira dotação orçamentária, para despesas iniciais com pessoal e material de trabalho, sendo aproveitadas as instalações e os funcionários da extinta Divisão de Saúde Pública.²³¹ Nos primeiros meses, o SNL seguiu uma agenda de trabalho caracterizada pela continuidade de ações definidas no ‘Plano de construções’ e:

“(…) prosseguiram em 1941 as obras nos leprosários existentes anteriormente a 1937 e nos que se vieram construindo a partir desse ano nas bases fixadas no plano apresentado ao Governo, e que se foi modificando em face de outros dados obtidos, de novas edificações que

²²⁸ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 8.

²²⁹ Os órgãos que desempenharam as funções da Divisão de Saúde Pública e da Divisão de Assistência Hospitalar foram: Divisão de Organização Sanitária, Divisão de Organização Hospitalar, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. Artigo 3º do Decreto-lei 3171.

²³⁰ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 133.

²³¹ AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 28.

foram acrescidas e sobretudo da forte alta de preços de construção, que se fez sentir sobretudo para os serviços de águas, esgotos e luz elétrica”.

232

Entretanto, é seguro afirmar que a partir da criação do SNL houve uma atitude mais enérgica do governo em assistir o doente e controlar a doença, pois com o espaço de internação assegurado, as ações de notificação e de isolamento realizadas pelos técnicos do SNL, tornaram-se mais efetivas: dos quase 33 mil doentes fichados até 31 de dezembro de 1941, 48% deles, ou seja, mais de 15 mil, encontravam-se internados nos mais de 30 leprosários existentes no Brasil.²³³ Em agosto de 1942, durante a Exposição de Atividades de Organização do Governo Federal, Barros Barreto fez uma conferência sobre os serviços de saúde enfatizando suas ações, sobretudo após a reforma de 1941. Em relação à lepra, Barreto focou a análise na construção de leprosários, pois era, de fato, a grande vitrine de atuação do governo concernente ao problema representado pela doença.²³⁴

Enquanto o regimento do SNL não era elaborado e aprovado, o que só ocorreu em 1944, suas atribuições ficaram definidas na 1ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em finais de 1941, como já dito.²³⁵ Segundo estas atribuições, caberia ao SNL:

- 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 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;

²³² BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 106.

²³³ *Id.*, *ibid.*, p. 116.

²³⁴ *Id.*, “A organização da saúde pública no Brasil”, *cit.*, pp. 169-215.

²³⁵ É importante dizer que o DNS teve seu regimento aprovado pelo Decreto nº 8674, de 4 de fevereiro de 1942, mas os Serviços Nacionais tinham competência para expedir seus próprios regimentos, “(...) a partir daquela data, e referidos a propósito de cada um deles, oportunidade que foi também reservada, visando melhor explanação do assunto, para fazer referência às suas finalidades e estruturação particular”. No caso do SNL, isso ocorreu em 1944, com o Decreto nº 15484, de 8 de maio. BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”, *cit.*, p. 22.

- e) padronizar fichas epidemiológicas e clínicas, boletins, mapas e outros modelos que interessem ao SNL 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 ampliação e instalação dos existentes, desde que se torne 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 pelo SNL;
- j) incentivar a iniciativa privada principalmente com referencia 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 uniformização da ação e eficiência dos trabalhos no tocante às medidas de combate à lepra a cargo da União, dos estados, 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 à lepra;
- o) promover o aperfeiçoamento técnico dos médicos em geral realizando concursos de monografias e publicando trabalhos sobre a especialidade e incentivar a cultura de plantas antilépricas nas regiões apropriadas”.²³⁶

Em 8 de maio de 1944, com a aprovação de seu regimento, através do Decreto 15484, o SNL teve suas finalidades melhor definidas e pormenorizadas, dando a entender que efetivamente a partir dali, o Serviço passaria a ter uma identidade diferenciada e mais afinada com suas atribuições.²³⁷ Neste Regimento, ficaram definidas as atribuições do

²³⁶ “Atribuições do SNL e Programa de ação”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano II, nº 2, junho de 1943, pp. 5-7.

²³⁷ Este Regimento vigorou até 8 de janeiro de 1946, quando foi criado o Instituto de Leprologia (IL), através do Decreto nº 20354, alterando a organização daquele Serviço. A partir desta data, o SNL compreendeu as três Seções já existentes (Administração; Epidemiologia; e Organização e Controle) e o IL. Neste Decreto foram definidas as atribuições e competências do Instituto de Leprologia, bem como as de seu diretor e chefes de seção, ou as ‘Turmas’.

Serviço e muitas eram bastante próximas daquelas da 1ª Conferência Nacional de Saúde. Desta forma, descrevo algumas que se diferem, como, por exemplo: elaboração de censos e levantamentos sobre a situação dos doentes e seu posterior estudo epidemiológico; cooperação e articulação com organismos internacionais; organização da memória histórica das instituições públicas e particulares que integram o combate à lepra; realização de concursos de monografias; execução de educação sanitária intensiva para a população; implementação da biblioteca especializada; instalação de dispensários e manutenção de uma seção especializada para elucidação de diagnósticos.

Dentre as atribuições que foram definidas no âmbito da 1ª CNS e também constavam no Regimento aprovado, encontra-se o incentivo ao cultivo de plantas antilépricas. Nesse sentido, é importante lembrar que o alto consumo de óleo de chaulmoogra num país de dimensão territorial como o Brasil, representava uma grande despesa orçamentária na balança comercial interna, visto que o produto era importado. Assim, esta atribuição do SNL é bastante enfatizada naquele momento, pois o mundo vivenciava o contexto da segunda grande guerra, onde as importações sofreram grande restrição. Acredito que por esta razão esta atribuição apareceu em destaque:

“(...) procurou o SNL promover, no ano de 1942 a intensificação da cultura das espécies antilépricas brasileiras, com o objetivo de incrementar a produção de óleo sucedâneo ao produto indiano, de obtenção difícil atualmente. Em colaboração com o Serviço Florestal de São Paulo, que tem à frente da sua seção de introdução e aclimação de plantas medicinais, o Dr. João Gonçalves Carneiro, grande conhecedor da matéria, sobre a qual tem estudos especializados, o SNL em 1942 fez preparar 10 mil mudas de *Carpotroche brasiliensis* (sapucainha) para plantação em terrenos das colônias de leprosos situadas em regiões apropriadas à referida cultura, bem como de chaulmoogra.

“De acordo com o SNL do Estado de MG estão sendo feitas observações sobre os efeitos terapêuticos do óleo de sapucainha, conjuntamente com outros estudos epidemiológicos”.²³⁸

Todas as atribuições definidas para o órgão deveriam ser executadas de acordo com as normas diretivas das três Seções Técnicas existentes no SNL: de Epidemiologia; de

²³⁸ “Cultura de plantas antilépricas, atividades experimentais e outros estudos”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano II, nº 2, junho de 1943, pp. 87-88.

Organização e Controle; e, de Administração.²³⁹ Cada uma destas Seções tinha um leprologista responsável, ligado diretamente a Ernani Agrícola.

A agenda aprovada na 1ª CNS aparece desenvolvida no Regimento de 1944 e isto pode ser observado através da comparação entre aquelas definições e o que se encontrava sugerido no Regimento. Se confortarmos o que era dito sobre a realização dos censos e de inquéritos epidemiológicos, nas resoluções finais da 1ª CNS, pode-se ler o seguinte: “compete à União: realizar estudos, investigações epidemiológicas, censo, inquéritos e coleta de dados técnicos e administrativos”.²⁴⁰ No artigo nº 7 do Regimento do SNL, encontram-se estas atribuições e a especificidade dos profissionais que a desenvolveriam:

“À Seção Epidemiológica compete realizar o censo dos leprosos, o censo imunológico, avaliação de trabalhos antilepróticos realizados por entidades públicas particulares, inquéritos, investigações e estudos sobre a epidemiologia, profilaxia e terapêutica da lepra (...)”.²⁴¹

Se observarmos o Regimento detalhadamente é possível encontrar outras atribuições da União, apontadas por Barros Barreto, como resultantes da 1ª Conferência; no entanto, com o Regimento, segundo ele, o SNL mudou e ampliou seu foco de atuação se comparado às atividades desenvolvidas no ano de sua criação.²⁴² Em 1944, o SNL estava preocupado em executar o censo leproológico em todo o país, em combater o “charlatanismo”, em preparar tecnicamente seus servidores e oferecer à população educação sanitária.

No Relatório de Atividades de 1944, fica claro o que representou a criação do SNL frente à luta contra a lepra no país e seus resultados mais imediatos. No item referente à ‘Introdução’ do citado Relatório, Agrícola enfatizou que divulgar ao país as atividades do SNL era, antes de tudo, um dever, e importante para explicitar o esforço do Governo Federal, das Unidades Federadas e da iniciativa particular, no sentido de combater “(...)

²³⁹ No organograma do Serviço Nacional de Lepra, que se encontra no Anexo desta tese, é possível visualizar a estrutura em 1944.

²⁴⁰ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 129.

²⁴¹ Decreto nº 15484, de 08 de maio de 1944. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde. Artigo 7, item I.

²⁴² BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”, *cit.*, pp. 5-551.

uma enfermidade grave, repulsiva, que progride, desde algum tempo, dentro de nossos limites, ameaçando depreciar a nossa civilização”.²⁴³

Finalmente, é importante assinalar algumas diferenças no que se refere à articulação política e de ampliação de espaço e prática profissional entre os leprologistas e os sífilógrafos na década de 1940. Refiro-me especificamente ao fato dos primeiros terem conseguido ocupar um lugar de destaque na reforma de 1941 e, com isso, a possibilidade de criação de um Serviço próprio, resgatando uma luta que vinha da década de 1920, quando se criou a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e ela não cumpriu “eficazmente” sua atuação contra a lepra.

Nesse sentido, acredito ser relevante dizer que os leprologistas conseguiram fazer as articulações corretas com o Estado, enquanto que os sífilógrafos, após a extinção da Inspetoria com a reforma de 1934, perderam espaço de atuação, o que demonstra perda de poder político. Nos Editoriais do periódico *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia* pode-se perceber a insatisfação destes profissionais, ao argumentarem que a sífilis deveria merecer a mesma atenção que a lepra recebeu com a criação do SNL. O argumento do Dr. Perilo Peixoto encontrava apoio na afirmação de que a sífilis era uma doença igualmente “maléfica” ao povo e à “construção da Nação brasileira” e, no entanto, não obteve do governo a atenção necessária.

Na ‘Apresentação’ do Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde do ano de 1944, Barros Barreto citou claramente que uma das atividades que fariam parte do planejamento para o ano de 1945, seria a criação do Serviço Nacional de Doenças Venéreas, além dos de Assistência e Prevenção da Cegueira e o de Helminthoses; não havia as Doenças Venéreas ou a sífilis.²⁴⁴ No término do Relatório, no item ‘Programa para 1945’, Barros Barreto ratificou a necessidade de criação do Serviço Nacional de Doenças Venéreas, em meio a várias outras iniciativas, que seriam “indispensáveis para um

²⁴³ AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 7. É importante assinalar aqui que todo este conjunto de ações estratégicas postas em prática pelo SNL para combater a doença, normalmente era chamado pelos leprologistas da época de ‘Campanha contra a lepra’. Embora tenha designação parecida com a Campanha Nacional contra a Lepra, que será objeto de análise do último capítulo, aqui o conceito se refere ao conjunto de ações que tenham como objetivo o controle e combate à doença.

²⁴⁴ BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”, *cit.*, pp. 5-551.

programa de 1945”.²⁴⁵ No entanto, não foi encontrada evidência maior de que esta criação tenha se dado no ano de 1945, conforme o sugerido pelo Diretor do DNS, mas o assunto permaneceu em pauta, pois após a queda de Vargas em 1945, o tema voltou ao debate e os sifilógrafos manifestaram a esperança de que a doença fosse merecer, por parte do novo regime, a decisão da criação de um Serviço Nacional de Doenças Venéreas.

Em agosto de 1946, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, enviou ao Presidente da República a reivindicação de que o combate à sífilis fosse organizado sob a forma de um Serviço Nacional, semelhante à lepra. Os sifilógrafos argumentavam que a atenção à doença se encontrava completamente esquecida desde que houve a “extinção criminosa em 1934 da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas”.²⁴⁶ Para resolver tal “equivoco”, dizia Perilo, somente fundando-se o Serviço desejado. Entretanto, apesar de um projeto de lei ter sido apresentado pelo deputado Agostinho Monteiro, o editor do periódico lamentava que “(...) desgraçadamente, ainda essa vez a atenção dos senhores congressistas foi desviada para misteres outros, que cuidos hajam sido de maior serventia à nação...”²⁴⁷

Assim, os leprologistas que souberam aproveitar bastante bem o momento político e construir uma rede de relações e ampliarem seu espaço nas agências médicas estatais, foram vitoriosos ao terem o seu conjunto de ações de saúde privilegiado na nova estrutura ministerial. Os profissionais que atuavam nas áreas de doenças venéreas e sífilis, particularmente, ficaram subordinados às Delegacias Federais de Saúde e à Divisão da Organização Sanitária, ligados ao Departamento Nacional de Saúde. Segundo Cristina Fonseca, que resume bastante bem este ato e seus significados, “Os 12 Serviços Nacionais de Saúde então criados demonstravam as áreas privilegiadas pelo governo entre o grande

²⁴⁵ *Id. Ibid.*, p. 515.

²⁴⁶ PEIXOTO, Perilo. “Editorial”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Vol. 22, nºs 1 e 2, 1947, p. 6.

²⁴⁷ PEIXOTO, Perilo. “Editorial”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Vol. 23, nº 1, março de 1948, p. 68.

conjunto de atividades e setores em que vinham sendo desenvolvidas ações de saúde pública”.²⁴⁸

2.2 Estratégias de ação do SNL

2.2.1 – O papel da educação sanitária

“As medidas sanitárias sobre as quais repousa a profilaxia da lepra são: o isolamento, o tratamento e a vigilância sanitária. Essas medidas, porém, não prescindem de outras que, embora de ação indireta, são de máxima eficiência, quando bem postas em prática, e que são: a divulgação de preceitos de higiene em geral; a instrução geral e especialmente sobre a lepra e a assistência social e econômica aos doentes. (...) como armas complementares distinguimos a educação sanitária e a ação das instituições de cooperação privada”.

Joir Fonte²⁴⁹

A educação sanitária teve um papel valioso na profilaxia e tratamento da lepra, já que sua eficácia, segundo os leprologistas, traria como resultado a descoberta e tratamento dos casos novos por conta do esclarecimento da população que reconheceria a importância em procurar ajuda médica especializada. Também, de acordo com os leprologistas, a educação sanitária, a população passaria a ver a doença como algo relativamente fácil de ser tratado e não mais como uma condenação social. De forma resumida, estas podem ser as duas razões que nortearam a implantação de um programa de propaganda e educação sanitária para a lepra. Tal programa foi elaborado com os leprologistas do Serviço Nacional de Lepra em cooperação com os profissionais do Serviço Nacional de Propaganda e Educação Sanitária, um órgão de âmbito geral e destinado a colaborar com todos os setores da saúde pública.²⁵⁰

²⁴⁸ FONSECA, Cristina M. de Oliveira, *op. cit.*, p. 245.

²⁴⁹ FONTE, Joir. “Um programa mínimo de propaganda e educação sanitária para a campanha de profilaxia da lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano III, nº 2, junho de 1944, p. 36.

²⁵⁰ Na década de 1940, a propaganda já era considerada uma especialidade a qual leprologistas e outros profissionais recorriam por não terem a mesma capacidade de elaborar um produto final satisfatório. O Serviço Nacional de Propaganda e Educação Sanitária, segundo Joir Fonte, “(...) possui maiores

Em abril de 1941, quando foi aprovada sua criação e instituído o seu programa de ação, o SNL deveria, dentre suas atribuições “(...) traçar normas gerais de educação e propaganda”, ou seja, esta ocupação deveria ser tão importante quanto às demais, como, por exemplo, orientar e fiscalizar as atividades públicas e particulares referentes à doença.²⁵¹ Entretanto, mesmo antes da criação do SNL já existiam ações no sentido de promover a educação sanitária por parte do DNS e da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, que desde a década de 1920, procurava, através de publicações e palestras, difundir a idéia de que a lepra era uma doença que deveria ser desestigmatizada. Para tanto, era preciso oferecer à ‘sociedade saudável’ esclarecimentos sobre as ‘verdades a respeito da doença’ e combater as idéias ‘envoltas em preconceito e ignorância’.²⁵²

Desde a criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas em 1920, a questão da educação sanitária esteve presente como uma peça importante nas ações de profilaxia da doença. No 3º Congresso Brasileiro de Higiene realizado em 1926, em São Paulo, o Dr. Theophilo de Almeida, médico daquela Inspeção, apresentou um trabalho enfocando o tema.²⁵³ Almeida afirmava que até aquele momento “Entre nós, a importância do assunto ainda não logrou, entretanto, a divulgação e a penetração desejadas, e a prova a temos nos cortes orçamentários e nas ameaças de supressão freqüentes, permanentes, que tanto prejudicam a continuidade administrativa e a boa organização desses serviços”.²⁵⁴ Aliava a este quadro o fato do Brasil ser um país com grande índice de analfabetismo e dificuldades de comunicação com os recantos mais afastados dos centros urbanos.

disponibilidades financeiras como também pessoal habilitado para um plano de educação e propaganda contra a lepra, uniformizando este plano para todas as unidades federadas. Em colaboração com o SNL poderá traçar um vasto programa de ação altamente patriótico e de real eficiência no combate à lepra”. Id., ibid., p. 40.

²⁵¹ “Atribuições do Serviço Nacional de Lepra e Programa de ação”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra, cit.*, p. 5.

²⁵² As figuras 1 e 2 reproduzem cartazes de educação sanitária elaborados pela Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra na década de 1920. Na figura 3 encontra-se reproduzido uma espécie de cartão postal, utilizado em campanhas de educação sanitária do início do século XXI pela Ong holandesa RePreHan.

²⁵³ ALMEIDA, Theophilo de. “O papel da educação sanitária na profilaxia da lepra”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano I, nº 1, 1927, pp. 175-185.

²⁵⁴ *Id., ibid.*, p. 176.

Na década de 1930, a educação sanitária também representava uma importante ação do DNS, ao menos nos discursos oficiais, como no trabalho que Barros Barreto, apresentou na X Conferência Pan-Americana em Bogotá em 1938, relatando as ações do DNS nesse sentido.²⁵⁵ Ali, ficou claro que uma das prioridades do DNS, ao tratar da profilaxia da lepra, era que a educação sanitária deveria ser realizada através dos dispensários e fosse dirigida aos doentes e sua família; o público leigo; a classe médica; as enfermeiras; os professores e o clero. Para cada um destes segmentos deveria se pensar em estabelecer uma propaganda que os afetasse mais profundamente no sentido de “(...) tornar conhecidas as condições de contágio da doença, os meios de prevenção aconselháveis e os perigos do charlatanismo médico e farmacêutico”.²⁵⁶

Os três pontos fundamentais que deveriam ser focalizados na educação sanitária eram: que a lepra era uma doença contagiosa e evitável, clinicamente curável, sobretudo quando diagnosticada precocemente; que as crianças e adolescentes eram especialmente receptivos ao contágio; finalmente, que a infecção era favorecida pelo contato próximo e prolongado, principalmente nos casos de coabitação. Barros Barreto indicou que estas informações deveriam ser disponibilizadas em todos os dispensários, e sinaliza que as instituições particulares, como a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, deveriam estabelecer oficialmente parcerias com o governo para cooperação na busca de uma solução do “grave problema nacional”.

A educação sanitária deveria ser realizada através de folhetos, publicações, palestras e filmes, todos considerados por Barreto como “os meios mais eficientes de divulgação”. Assim, entre os diversos suportes utilizados nas campanhas de esclarecimento, destaco alguns filmes. Esta escolha se deu por estes serem modelares na perspectiva de “desestigmatizar” a doença; além disso, possivelmente eram eficazes e atingiriam um

²⁵⁵ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VIII, nº 2, novembro de 1938, pp. 245-261.

²⁵⁶ *Id. ibid.*, p. 252.

público muito maior do que através da escrita, como folhetos, cartazes, ou demais tipos de divulgação escrita.²⁵⁷

Como primeiro exemplo, assinalo o filme *Hospital Colônia Curupaity – novas instalações*, realizado em 1939 e mostra as melhorias realizadas naquela instituição pelo DNS; não possui áudio e tem 5 minutos e 20 segundos de duração. Seu início mostra um grande plano geral do Hospital em Jacarepaguá, enfatizando a extensão de terra que lhe era destinado. O cineasta provavelmente pretendia surpreender a platéia com cenas de grandeza e vastidão. Um grupo de cerca de 30 pessoas, homens e mulheres, é levado para conhecer as novas instalações da Colônia. As mulheres estão elegantemente vestidas, quase todas usam chapéu e batom bem escuro. Os homens estão de terno e conversam entre si.

Cenas do filme mostram com detalhes os jardins da Colônia e observa-se como estão bem cuidados, com suas plantas dispostas em ordem quase geométrica, onde se lê 'DNSP' de um lado, e 'Curupaity' de outro lado.²⁵⁸ O local parece ser muito agradável ao olhar, e nada se parece com a imagem negativa que se possa ter de um hospital de isolamento. Muitos pavilhões são mostrados, enquanto a câmera desliza, fixando-se em um deles, onde se lê numa placa 'Seção Feminina e de Menores'. Depois de um corte, o olhar se firma em outros pavilhões, mostrando uma placa: 'Vila dos hansenianos'. A seguir, supostamente as casas da 'Vila dos casados' e uma série de pequenas casas com varanda são mostradas na tela. O último plano geral do filme é uma construção em estilo *art-déco*, de formas arredondadas e onde se lê 'Pavilhão de Diversões'. Neste prédio provavelmente

²⁵⁷ Pode-se dizer que uma das razões apontadas pelos leprologistas para a maior eficácia dos filmes em relação ao material escrito é aquela referente ao analfabetismo e educação formal no Brasil. Sobre este fato, Joir Fonte já afirmava que "A falta de recursos materiais e a grande percentagem de analfabetos ainda existentes em nossa pátria, apresentam, entretanto, um sério obstáculo à divulgação dos preceitos de higiene gerais e especiais de combate à lepra [na educação sanitária]." FONTE, Joir. "Um programa mínimo de educação sanitária", *cit.*, p. 37. Também deve ser chamada a atenção de que grande parte dos doentes encontrados estava estabelecida na zona rural ou eram originários desta, onde os índices de analfabetismo eram ainda maiores exigindo uma estratégia diferenciada. A esse respeito ver HENRIQUES, Genaro. "Considerações sobre o valor da educação sanitária na zona rural". *Arquivos Mineiros de Leprologia*: Belo Horizonte, Ano I, nº 2, abril de 1941, pp. 99-102.

²⁵⁸ Na figura 29 pode-se observar o letreiro no jardim ao qual eu me refiro.

funcionavam o cinema e o salão de jogos, ou até mesmo um cassino, pois nesta época o jogo não era proibido no Brasil e há notícias da existência de cassinos em leprosários.²⁵⁹

Além do filme acima descrito, outros também se destacam na perspectiva de ‘desestigmatizar’ a lepra e o isolamento. Por exemplo, *Educandário Santa Maria e o combate ao mal de Hansen*, produzido em 1943, com cerca de um minuto e 42 segundos de duração. Educandário Santa Maria foi o nome dado ao preventório da antiga Capital Federal; era localizado em Jacarepaguá, próximo ao Hospital Colônia Curupaity. O filme começa retratando um médico leprologista realizando um exame clínico numa criança do sexo feminino, que aparenta ter entre 6 e 7 anos de idade. O médico está num consultório e é auxiliado por uma enfermeira que é irmã de caridade.

O locutor diz: “O educandário cuida das crianças dispensando-lhes cuidados médicos e dentários e oferecendo instrução técnica até a maioridade. Sua manutenção está a cargo da Sociedade de Assistência aos Lázaros do Distrito Federal. Um dos frutos das atividades a que se dedicam os pequenos internados resulta nesta bela Horta da Vitória”. Neste momento, aparece no vídeo uma placa onde se lê esta informação e os meninos de faixa etária entre 12 a 15 anos trabalham na horta, arando a terra e plantando.

A narrativa prossegue: “O preventório com a administração interna entregue às Irmãs Franciscanas Capuchinhas, cuida também de oferecer às tantas crianças que acolhe, o material e oportunidade de recreamento próprio e salutar”. Surgem crianças nas carteiras escolares, assistindo aulas, desenhando e colorindo livros de desenhos, brincando com material pedagógico. Na mesma sala estão meninos e meninas, enquanto o locutor afirma: “Histórias maravilhosas constituem sempre um motivo de encantamento para as crianças” e vemos as mais velhas contando histórias para as crianças menores.

Chama a atenção no filme o amplo espaço no preventório e a harmonia provavelmente ensaiada das crianças, na intenção de mostrar ao público que o Estado cuida dos seus ‘filhos’. O SNL procurava mostrar que as crianças, na falta dos pais ou da família,

²⁵⁹ Na figura 30 está retratada a banda de música daquela Colônia, parte das atividades lúdicas desenvolvidas por seus internos e amplamente apoiada pelos leprologistas.

eram amparadas pelo Estado, e essas crianças estão felizes, saudáveis e, sobretudo, bem tratadas.

O filme *Colônia de Mirueira* tem cerca de 1 minuto e a data de sua realização é ignorada, mas sabe-se que esta colônia, distante cerca de 14 quilômetros de Recife, começou a ser construída em 1926 e foi inaugurada em setembro de 1941.²⁶⁰ O filme mostra a visita dos Secretários de Saúde e da Agricultura do Estado de Pernambuco e o Dr. Aldo Vilas Boas, verificando as melhorias implantadas naquela Colônia.

O locutor diz: “Na Colônia de Mirueira, onde vivem os leprosos isolados da sociedade em Pernambuco, recebe a visita do Secretário de Saúde, [e outros] que inauguram os novos melhoramentos introduzidos nesse leprocômio, destacando-se entre eles o abastecimento de água”.

“Ainda com o fim de tornar mais saudável a vida desses homens afastados do convívio humano, o Departamento de Saúde Pública realizou outros melhoramentos de grande importância na chamada zona sadia, considerando que muitos dos atuais hansenianos voltarão à vida normal, no meio da coletividade”.

O filme mostra aspectos das áreas da Colônia, acredito que na ‘zona sadia’ do leprosário e a visita das autoridades citadas; é muito rápido e não se fixa em um único ponto, levando o espectador a uma viagem de descoberta às suas instalações. Mostra rapidamente o aspecto exterior de algumas poucas construções, como a bomba d’água onde foram feitas as modernizações. A câmera focaliza uma placa onde somos informados que naquele prédio se imprimia o jornal desportivo.

O filme *Visita presidencial ao Pavilhão do Educandário Carlos Chagas – Preventório para filhos de hansenianos em Juiz de Fora*, Minas Gerais, foi feito em 1945 e tem um minuto e 20 segundos de duração. A começar pelo título do filme é necessário dizer que não há menção à visita de Getúlio Vargas ou qualquer representante seu. Apesar de não

²⁶⁰ CAMPOS, Gil Garcia de. “A Colônia de Mirueira – Moderno leprosário para doentes de lepra em Pernambuco”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano II, nº 3, setembro de 1943, pp. 23-27.

possuir áudio, este filme mostra com grande eloquência e força as imagens do preventório e de seus internos.

O filme inicia com um close numa placa onde se lê “Pela saúde do Brasil – Juiz de Fora – visita ao preventório para filhos dos hansenianos”. Após isso, mostra um plano geral sobre o preventório para exibir ao espectador a instituição e seus habitantes. Enfatiza-se a presença de moças adolescentes, uniformizadas e em fila indiana a caminho da sala de aula. Nenhuma delas sorri: abraçam os livros como se eles representassem uma tábua de salvação. Após isso, são apresentadas cenas de alunos de faixa etária mais baixa, lendo e respondendo a perguntas feitas pela professora extremamente bem vestida e penteada.

Muda a cena para um aluno aparentando ser bem mais velho e escrevendo no quadro negro com a professora que, por vezes, segura-lhe a mão. As crianças agora fazem ginástica: as meninas estão de um lado, os meninos de outro. As meninas têm uniforme e laço de fita no cabelo e os meninos estão vestidos apenas de *short*, sem camiseta e são observados à distância por outras pessoas, além da professora de Educação Física. A câmera se fixa numa cena um tanto patética: são crianças aparentando cerca de 5 ou 6 anos, dançando aos pares. A câmera mostra uma menina com olhar triste e parecendo não entender muito bem o que está acontecendo. Meninos com chapéu de palha são mostrados arando um pedaço de terra, enquanto que outros cuidam da horta. *Close* num pé imenso de couve, demonstrando que a terra é boa e em se plantando, tudo dá. Termina o filme.

O último filme deste conjunto analisado chama-se *O combate à lepra no Brasil*, foi produzido em 1946 e tem 14 minutos e 35 segundos de duração. O filme abre identificando seus autores e realizadores: o Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Nacional de Lepra e o Instituto Nacional de Cinema Educativo, órgão ligado àquele Ministério.²⁶¹ A música incidental lembra a dos filmes próprios dos jornais de notícias da época; Humberto Mauro, já àquela altura um grande cineasta brasileiro, era funcionário daquele Instituto e colaborou

²⁶¹ Embora este dado não esteja explícito nos filmes analisados aqui, acredito que o Serviço Nacional de Lepra e o Ministério da Educação e Saúde eram os autores de todos os filmes que apresento neste trabalho, uma vez que esta atribuição era de competência de ambos, auxiliados pelo Instituto Nacional de Cinema Educativo.

com esta atividade.²⁶² O locutor inicia dizendo que “A lepra é a mais antiga doença que assola a humanidade e não existia no Brasil antes da colonização”. A seguir é mostrado um mapa histórico do Brasil, com ênfase na região Nordeste, onde se pretende retratar o país no período colonial. O locutor afirma que a lepra “Foi disseminada no país pelos escravos africanos”, enquanto aparecem na tela, aquarelas de Debret retratando os escravos.

O filme é o mais didático dentre o conjunto dos que foram analisados. Seu objetivo era transmitir ao espectador informações que contam a história da doença no país, tais como a criação do primeiro asilo leprosário, em 1714 por um religioso do Recife ou o primeiro hospital específico para o isolamento dos doentes, o Hospital dos Lázaros, em São Cristóvão, no Rio de Janeiro, criado em 1741.

Ao se referir ao Asilo da cidade de Sabará, em Minas Gerais, o locutor afirma que hoje (ou seja, em 1946) o antigo leprosário era usado apenas como prisão e manicômio para leprosos condenados ou indisciplinados.

O locutor continua: “Em 1920, quando se iniciou a verdadeira guerra científica ao mal de hansen no Brasil, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e foram instalados de 1920 a 1935, nove leprosários em vários Estados e um na Capital Federal, não apenas para abrigar os doentes, mas para dar-lhes tratamento profilático”. Estas palavras são acompanhadas de cenas de pesquisadores em laboratórios e pacientes lendo ou jogando xadrez, transmitindo a idéia de tranquilidade e segurança.

“O Hospital Colônia Curupaity é um exemplo: abriga 600 e poucos doentes. A sua área não permitiu a construção de uma verdadeira colônia, mas já foi possível aumentar a sua capacidade para 800 doentes”.

“Desde 1935, que o combate à lepra pelo Governo Federal, vem obedecendo a um plano metódico e progressista. O Brasil possui em 1946, 37 leprosários: 29 sendo do tipo

²⁶² *“Tivemos oportunidade de elaborar, em colaboração com Sr. Humberto Mauro, técnico do Instituto Nacional de Cinema Educativo, órgão do Ministério da Educação e Saúde, o texto do filme organizado por essa repartição de comum acordo com o Serviço Nacional de Lepra, sobre como se realiza a luta contra a lepra no Brasil”.* FROES, Heitor Prager. “O Departamento Nacional de Saúde em 1946”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 17, nºs 3 e 4, setembro-dezembro de 1947, p. 272. Humberto Mauro era mineiro e veio para o Rio de Janeiro em 1929, trabalhar na Cinédia; a convite de Roquete Pinto foi trabalhar no INCE no início da década de 1930 e produziu vários documentários oficiais sobre temas bastante variados como saúde e agricultura.

colônias agrícolas, 6 do tipo hospital asilo e 2 sanatórios. Abrigam cerca de 21 mil doentes”.

Estas palavras são ditas, ao mesmo tempo em que são mostrados leprosários em locais distintos para que o espectador perceba a variedade de instituições existentes no Brasil. Alguns são mostrados como se estivessem bem isolados dos grandes centros, com imagens de pessoas andando a cavalo e outras cenas mostram muitos pacientes reunidos. Após isso, o locutor fala detalhadamente da importância da realização do censo dos leprosos, enfocando seu papel na profilaxia da lepra, no sentido de descobrir os casos novos e evitar o aparecimento de seqüelas nos doentes. O vídeo mostra, então, o trabalho de um leprologista ao chegar a cavalo numa distante localidade no meio rural e dispor sobre a mesa suas ferramentas de trabalho para iniciar o exame clínico para coleta de material para exame laboratorial.²⁶³

Após isso, o filme expõe detalhadamente o modelo tripé e seu papel na profilaxia da lepra. As cenas dos leprosários mostram as ‘zonas sadias’ e ‘zonas doentes’, com suas respectivas construções, como as moradias de médicos e administradores do hospital, no primeiro caso, e as residências para casais ou solteiros no segundo caso. Mostra, ainda, as atividades proporcionadas aos doentes no leprosário, tais como, freqüentar o salão de jogos ou de bailes, cinema, biblioteca. Enfim, a idéia é passar ao espectador a ‘normalidade’ existente dentro de um hospital de isolamento para leprosos, que não é mostrado como um local perverso, onde os pacientes estão isolados do mundo, mesmo que isto pareça – aos nossos olhos -, paradoxal. São mostrados pacientes elegantemente vestidos, homens e mulheres, que mais parecem estar hospedados em um hotel fazenda, colhendo laranjas e tendo intensa vida social devido aos campeonatos de futebol disputados entre os vários leprosários.

Enfim, a função do vídeo é convencer a população que a pessoa que apresenta sinais da lepra será tratada de modo profissional, respeitoso e humanitário. As cenas dos exames realizados nos pacientes são bastante longas e mostram a coleta de material e testes de sensibilidade, por exemplo, de maneira detalhada.

²⁶³ Ao que tudo indica, este profissional estava realizando os trabalhos do Censo dos leprosos, sobre o qual falarei adiante.

São mostradas também cenas de criação de animais e produção agrícola de um modo geral, enfocando a autonomia possível de um leprosário no aspecto da alimentação. A seguir, é mostrada a questão do trabalho com as oficinas de carpintaria.

“Dos trabalhos da pecuária e da lavoura, decorrem grande proveito: benefício moral que é dar trabalho a centenas de doentes válidos e benefício econômico que é o de obter colheitas fartas, de melhor qualidade e com preços menores. Todo o trabalho realizado pelo doente internado é remunerado pela administração”.

É chamada a atenção pelo locutor da liberdade que os doentes possuem, embora estejam sujeitos a algumas regras de disciplina impostas pelo diretor do hospital. O locutor também cita a ampla liberdade religiosa existente no leprosário, mas normalmente é construída apenas uma igreja católica, não se registrando templos e/ou locais propícios para manifestações de religiosidade diversa da Católica.

São mostradas as novas instalações da Colônia Santa Isabel, em Minas Gerais e os pavilhões para crianças: há dormitórios para 50 meninos e para 30 meninas.

“Para os doentes não contagiantes funcionam no país, diversos dispensários”, após esta frase é mostrado o trabalho desenvolvido nos dispensários: os exames realizados nos comunicantes, a coleta e observação do material no microscópio e a datilografia do resultado final do exame numa ficha que será devidamente guardada num arquivo já bastante volumoso; ao que tudo indica, são cenas mostrando a organização do fichário central do SNL, do qual falarei adiante. “Os comunicantes necessitam fazer os exames de 6 em 6 meses, que se realizam no dispensário ou no domicílio”.

Após esta frase, o locutor expõe o papel dos preventórios nesta estrutura profilática. Há cerca de 2500 crianças distribuídas por 26 instituições em todo o país e há capacidade para cerca de 5 mil crianças. São mostradas cenas de preventórios.

“A legislação brasileira permite o casamento entre leprosos, mas são advertidos de sua inconveniência. O matrimônio é realizado na própria colônia. A criança, logo que nasce, é separada imediatamente (ênfase do locutor) de seus pais e enviada para o preventório ou entregue aos cuidados de famílias idôneas. As crianças, desde o recém-nascido até os seus 18 anos, recebem assistência educacional”.

São mostradas, então, cenas de bebês com menos de um ano de idade, sendo tratados por irmãs de caridade, embora os preventórios fossem administrados pela Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra e o governo federal, que oferecia aos preventórios, assistência técnica especializada da leprologia, ao disponibilizar seus funcionários para tal. São mostrados meninos trabalhando na roça e a idéia é enfatizar o lado positivo do trabalho que é adquirido também com o aprendizado técnico nas oficinas de carpintaria, sapataria ou tipografia.

“A lepra é doença evitável. A continuidade das medidas atualmente empregadas no seu combate trará a extinção desse flagelo no Brasil e será uma vitória da higiene moderna”.

Com esta frase o filme é finalizado e são mostradas cenas de crianças brincando e *closes* nas crianças separadamente. Chama a atenção, a ausência de crianças negras ou pardas, num país tão miscigenado e cuja doença afeta em maioria os mais pobres e de classe social mais baixa.

Finalmente, nunca é demais lembrar que estes filmes foram produzidos entre 1939 e 1946, portanto, numa conjuntura em que o governo brasileiro – durante o Estado Novo – utilizava-se sistemática e eficazmente do cinema como instrumento de propaganda política. Assim, o uso de filmes como instrumento pedagógico na saúde pública, está perfeitamente afinado não apenas com as diretrizes do Estado Novo, mas também dos Serviços Nacionais, refletindo, ainda, as novas tecnologias de informação e educação disponíveis.

Além dos filmes, destaque, na educação sanitária, uma série de outras estratégias pedagógicas. Dentre elas as palestras, em forma de locuções radiofônicas; as publicações; e os folhetos de divulgação. As palestras começaram a ser utilizadas em 1944, quando proferidas nas sedes estaduais do *Rotary Club*, no Rio de Janeiro, em Goiânia e em Belo Horizonte.²⁶⁴ Neste mesmo ano, 1944, elas passaram a ser transmitidas através da Rádio do Ministério da Educação e Saúde, organizada em abril de 1923, por Roquette-Pinto e Henrique Morize, com o nome de Rádio Sociedade do Rio de Janeiro, atualmente, rádio

²⁶⁴ AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 214.

MEC. Esta foi a primeira emissora do país, já que o rádio havia chegado ao Brasil apenas um ano antes com a Exposição do Centenário da Independência em 1922. Pode-se afirmar que o rádio foi um dos veículos de maior eficiência na difusão de um projeto político e pedagógico do Estado Novo, com a criação de vários programas jornalísticos e também de lazer e entretenimento, que poderiam facilmente entrar num grande número de residências em todo o país.²⁶⁵

As palestras através do rádio objetivavam levar ao conhecimento da população, as atividades desenvolvidas pelo SNL em relação à profilaxia e tratamento da lepra. De modo geral, o que as diferencia dos filmes analisados é seu enfoque mais pautado em procedimentos técnicos para se tratar a doença, da que propriamente em aspectos que implicam em sua desestigmatização. Durante 1944 e 1945, os temas principais abordados nestes pronunciamentos foram: esclarecimento quanto aos tipos de preventórios existentes no Brasil e critérios para internação das crianças; balanço das ações federais de combate à lepra; a rede de leprosários do país; a necessidade e importância do paciente procurar espontaneamente tratamento especializado; a assistência social às famílias e a importância de ampará-las, além de estratégias utilizadas pelo governo para combater a doença nos diferentes Estados e a produção de livros especializados em leprologia.

Estas palestras, parte importante da propaganda e educação sanitária, deveriam ter o papel de “(...) ir à frente das medidas profiláticas, a fim de abrir caminho à profilaxia. (...) [neste setor] precisamos agir de acordo com as nossas possibilidades e necessidades”.²⁶⁶ As seis palestras analisadas aqui, foram proferidas nos meses de abril, setembro e outubro

²⁶⁵ Entre os programas jornalísticos cito o ‘Repórter ESSO’ (“O primeiro a dar as últimas”; “Testemunha ocular da história”), criado em agosto de 1941 ou os programas de auditório da Rádio Nacional, que após ser encampada pelo Governo em 1940, passou a enfatizar padrões de comportamento e valores nacionais em suas transmissões. O tema referente às comunicações, cultura, valores etc. do período Vargas é tão importante quanto vasto, e por essa razão não será trabalhado com detalhes aqui. Os trabalhos de OLIVEIRA, Lúcia Lippi. “Sinais da modernidade na era Vargas: vida literária, cinema e rádio” e VELLOSO, Mônica Pimenta. “Os intelectuais e a política cultural do Estado Novo”. In: FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucília de Almeida Neves (orgs.), *op. cit.*, pp.323-349 e pp. 145-179, dentre outros, tratam com mais minúcias deste tema.

²⁶⁶ FONTE, Joir. “Um programa mínimo de educação sanitária”, *cit.*, p. 37.

de 1945 e o texto correspondente foi publicado no Boletim do SNL.²⁶⁷ A primeira palestra foi proferida pelo médico do SNL, Dr. João Baptista Risi em 12 de abril de 1945.²⁶⁸ Neste pronunciamento, o Dr. Risi abordou os perigos da experimentação de medicamentos para a lepra por parte de pessoas não especializadas, ou seja, o combate ao charlatanismo era evidente. Segundo ele, poderiam até trazer uma melhora “estupenda” de imediato; no entanto, o único profissional habilitado para tratar e medicar o doente de lepra é somente o leprologista, que age de acordo com as normas fixadas pelo SNL, que “(...) ao estabelecer as novas bases para a experimentação, traçou a linha divisória entre os especuladores rasteiros e os legítimos experimentadores que desejam por à prova seus métodos, fruto de prudentes e conscienciosos estudos (...)”.²⁶⁹

Em 19 de abril, o Dr. Joir Fonte falou sobre a importância de se desenvolverem ações de assistência social ao doente e à sua família.²⁷⁰ Seu argumento centrava-se na necessidade do Estado e/ou associações privadas, ampararem a família daqueles internados, pois na maioria das vezes, internava-se o chefe da família e esta ficava desprotegida. Assim, chama a atenção para o trabalho desenvolvido pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, através de seus núcleos estaduais, que visavam o doente, sua família e os filhos menores dos enfermos indigentes, prestando-lhes inclusive assistência judiciária. Enfatizava que esta associação era uma entidade particular, que recebia uma pequena dotação orçamentária governamental, e necessitava de recursos, através de doações dos ouvintes, para que cumprisse eficazmente seu objetivo.

²⁶⁷ Neste trabalho analisarei apenas estas palestras, pois foram as únicas cujo texto foi encontrado. É preciso ressaltar que em 1945, foram transmitidas, através das “ondas da PRA-2”, do MES, 37 palestras; deste total, 27 foram proferidas por Ernani Agrícola, o diretor do SNL e o restante por outros leprologistas ligados ao SNL. AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório de suas atividades no ano de 1945”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº1, junho de 1946, pp. 105-107.

²⁶⁸ RISI, João Baptista. “Comentário sobre o plano de experimentação terapêutica elaborado pelo Serviço Nacional de Lepra - Palestra proferida ao microfone da P.R.A.2 do Ministério da Educação e Saúde”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano IV, nº 4, dezembro de 1945, pp. 8-12.

²⁶⁹ *Id.*, *ibid.*, p. 9.

²⁷⁰ FONTE, Joir. “A assistência social ao doente de lepra – Palestra proferida pelo Dr. Joir Fonte, médico do Serviço Nacional de Lepra, ao microfone da P.R.A.2, do Ministério da Educação e Saúde, em 19-4-45”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 79-82.

Em 13 de setembro de 1945, o Dr. Avelino Miguez Alonso abordou o problema da lepra no Nordeste, fazendo um histórico desde o século XVIII, apresentando os Estados de Maranhão e Ceará como detentores das maiores taxas de casos.²⁷¹ Chamou a atenção para a relação dos aspectos climáticos e o número de casos da doença: segundo seu argumento telúrico, nos locais com baixo índice pluviométrico seria igualmente baixo o número de doentes. O alto número de doentes no Nordeste se explicaria pelo movimento migratório, mas enfatizou também os esforços que o governo federal vinha fazendo “(...) para levar a efeito uma vitoriosa campanha contra o flagelo da leprose”.²⁷²

Nos dias 4, 11 e 25 de outubro, foram ao ar as palestras dos leprologistas Mitchell Sum Smolens, Raymundo Sylla Castro de Andrade e Henrique Rocha, respectivamente, todos médicos do SNL. Na primeira delas, “Literatura leproológica nacional”, o Dr. Smolens narrou ao público o grande incremento que o SNL vinha dando nos últimos três anos, no sentido de publicar e publicizar obras que abordassem a lepra sob o ponto de vista clínico e epidemiológico.²⁷³ Curioso observar que esta palestra expressava um discurso extremamente hermético, já que muito especializado, o que me deixa dúvidas em relação à sua eficácia pedagógica.

No dia 11 de outubro, o Dr. Castro de Andrade falou sobre “A importância do dispensário na campanha de profilaxia da lepra”, e ratificou o papel do dispensário na estrutura de luta contra a lepra, chamando a atenção do público ouvinte para a “vasta” obra em realização pelo governo desde 1935, quando se iniciou uma “verdadeira luta nacional” contra a doença.²⁷⁴ No dia 25 de outubro de 1945, o Dr. Henrique Rocha relatou a situação

²⁷¹ ALONSO, Avelino Miguez. “A lepra no Nordeste – Palestra proferida na P.R.A.2, em 13 de setembro de 1945 pelo Dr. Avelino Miguez Alonso”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 83-86.

²⁷² *Id.*, *ibid.*, p. 86.

²⁷³ SMOLENS, Mitchell Sum. “Literatura leproológica nacional – Palestra realizada na P.R.A.2, do Ministério da Educação e Saúde, pelo Dr. Mitchell Sum Smolens, em 4 de outubro de 1945”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 93-95. Sobre estas publicações, falarei mais detalhadamente a seguir.

²⁷⁴ ANDRADE, Raymundo Sylla Castro de. “A importância do dispensário na campanha de profilaxia da lepra - Palestra proferida pelo Dr. Raymundo S. de Castro Andrade na P.R.A.2, Radio Ministério da Educação em 11 de outubro de 1945”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 90-92. A ‘vasta’ obra a que ele se refere é a construção de leprosários após 1935 e a concretização do ‘Plano de construções’.

do combate à lepra na região norte do país.²⁷⁵ Nesta palestra foram destacadas as instituições existentes do “armamento anti-leproso” já em funcionamento. Somente os Estados de Amazonas e Pará, tinham as ‘peças do modelo tripé’; nos Territórios, apenas o Acre apresentava ações nesse sentido. Não obstante, o autor narra as dificuldades que, provavelmente, contribuíram para este quadro, enfatizando o esforço do governo em dar continuidade às instituições necessárias.

Assim, pode-se perceber que em todos os suportes utilizados pela propaganda e educação sanitária, os principais objetivos eram: a preocupação em desestigmatizar a doença e os doentes, esclarecer a população sobre as formas de contágio e, com isto, descobrir os casos novos da doença. Como mostrarei em seguida, a educação sanitária, o incentivo às publicações sobre leprologia e os concursos para escolha de trabalhos originais dos leprologistas, foram as grandes estratégias do SNL durante as décadas de 1940 e 1950.

2.2.2 – A atuação do SNL na formação profissional: cursos, concursos e publicações.

Quando o SNL foi criado, as primeiras estratégias para o funcionamento da chamada ‘campanha anti-leprótica’ foram aquelas definidas no âmbito da 1ª Conferência Nacional de Saúde, como já dito. Em relação à formação profissional, foi acordado que fazia parte dos princípios desta campanha, a “(...) formação de técnicos leprologistas e a instrução especializada para estudantes de medicina, enfermeiras e visitadoras sanitárias”. Naquela ocasião, não se deliberou sobre eventuais publicações científicas.²⁷⁶

Em 1942, quando um plano mínimo de ação e atribuições foi definido para o SNL, a questão da formação profissional e o aperfeiçoamento técnico dos leprologistas foram

²⁷⁵ ROCHA, Henrique. “Aspectos da luta contra a lepra nos estados do extremo norte do país - Palestra realizada na P.R.A.2 do Ministério da Educação e Saúde, em 25 de outubro de 1945 pelo Dr. Henrique Rocha”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 87-89.

²⁷⁶ BARRETO, João de Barros. “As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 129.

considerados fundamentais para o sucesso e consagração deste campo.²⁷⁷ Assim, a publicação de trabalhos foi explicitamente colocada como essencial para a disseminação de um saber científico e compor um amplo painel da leprologia brasileira. De acordo com o ‘Programa de Ação’, deveria o SNL “(...) promover o aperfeiçoamento técnico de seus médicos em geral realizando concurso de monografias e publicando trabalhos sobre a especialidade”.²⁷⁸

Tanto os cursos de especialização, quanto as publicações científicas, seguiam uma agenda claramente amparada na estratégia de ação do Departamento Nacional de Saúde, que era formar novos quadros e especializar os profissionais. Segundo Barros Barreto, o esforço do governo federal nesse sentido era inegável, assim como também o dos governos estaduais, que mereciam todos os créditos por “(...) favorecer a preparação e o aperfeiçoamento de seu pessoal, quer das escolas e cursos oficiais, quer em outros intensivos de emergência que, com o concurso do DNS, têm sido realizado em vários pontos do país”.²⁷⁹ Vê-se, aí, uma união de forças e esforços no sentido de atingir o objetivo maior que era o “bem da saúde pública” e o tratamento e combate de maneira mais abrangente aos problemas nacionais, dentre eles, a lepra.

Cursos de Especialização

Os Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização foram criados em maio de 1942, através do decreto-lei nº 4296. Naquele mesmo ano, foram oferecidos, através do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP), 11 cursos, a saber:

²⁷⁷ É importante dizer que o Curso de Saúde Pública foi criado a partir de janeiro de 1925, com o decreto 16782-A, e deveria ser ministrado através da Faculdade de Medicina. A especialização era incentivada e promovida pelo DNS que, a partir de 1938, reorganizou o curso e o regionalizou, passando a ser oferecido em diferentes Estados, diante da dificuldade dos médicos de fora do Rio de Janeiro o frequentassem; eram os Cursos Intensivos de Saúde Pública. Em junho de 1941, ele foi novamente reestruturado e surgiram, também, os cursos especializados que não os de saúde pública, guardando um enfoque mais aproximado com doenças específicas como lepra ou tuberculose, por exemplo. BARRETO, João de Barros. “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 13, nº 1, abril de 1943, item IV - Cursos do Departamento Nacional de Saúde, pp. 31-43, onde pode ser encontrada uma exposição de motivos do Diretor do DASP, Dr. Luiz Simões Lopes, sobre esta reestruturação.

²⁷⁸ “Atribuições do SNL e Programa de ação”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra, cit.*, p. 7.

²⁷⁹ BARRETO, João de Barros. “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 31.

Organização e Administração Sanitárias; Malária; Peste; Câncer; Tuberculose; Engenharia Sanitária; Estatística Vital; Técnicas de Laboratório; Higiene Mental e Psiquiatria Clínica; Organização e Administração Hospitalares; e o de Leprologia. Destes, apenas três puderam ser implantados naquele mesmo ano: o de Técnicas de Laboratório; o de Malariologia e o de Leprologia.

O Curso de Aperfeiçoamento e Especialização em Leprologia teve seu início em 3 de setembro de 1942; havia 15 alunos matriculados, sendo dois estrangeiros, médicos do Paraguai e Peru; quatro médicos das repartições estaduais de saúde do Pará, Amazonas e Piauí; e nove alunos “avulsos”, provavelmente aqueles sem vínculo profissional com a saúde pública.²⁸⁰ Os professores eram os leprologistas do SNL e profissionais do IOC, como Souza-Araújo, e da Faculdade de Medicina, como Francisco Eduardo Acioly Rabelo, filho de Eduardo Rabello. O aluno aprovado em primeiro lugar desta turma pioneira foi o médico Rubem David Azulay.²⁸¹ Em 1943, 13 médicos se matricularam: dois estrangeiros e nove brasileiros. Do total de inscritos, 11 foram aprovados.²⁸²

Embora os cursos de especialização tenham sido realizados em 1943 e 1944, no Relatório de Atividades do SNL de 1944, Ernani Agrícola salientou que eles não atraíam tanto os candidatos, e foram pouco procurados. Chamou a atenção de Agrícola uma questão que sinaliza para um aspecto igualmente importante na formação profissional, que foi a criação da carreira de leprologista. Segundo Agrícola, de nada adiantaria se formar os técnicos, o pessoal especializado, se não se tivesse uma carreira específica dentro do serviço público federal que os pudesse absorver para o trabalho, para assumir cargos de direção nos Estados e para a pesquisa leproológica.²⁸³ Nesse sentido, era preciso “(...) formar profissionais especializados, orientá-los e direcioná-los para postos-chaves na

²⁸⁰ Na figura 32 pode-se ver a primeira turma do Curso de Especialização em visita ao Instituto Oswaldo Cruz em novembro de 1942.

²⁸¹ No supracitado texto de Barros Barreto, à p. 37, há informações como o nome dos alunos que concluíram a primeira turma do curso, os professores e as respectivas disciplinas.

²⁸² BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”, *cit.*, p. 311.

²⁸³ É importante dizer que os fisiologistas e dietistas, da mesma forma que os leprologistas, reivindicavam a criação de uma carreira especializada; os médicos sanitaristas solicitavam que a carreira fosse reestruturada, o que implicaria em elevação de vencimentos e adoção do regime de tempo integral. *Id.*, *ibid.*, p. 313.

estrutura administrativa do governo federal, capacitando-os para funções específicas em diferentes regiões do país”.²⁸⁴

De acordo com a argumentação de Agrícola, havia indícios de que a escassez de pessoal do SNL, que colocava em risco as ações contra a lepra, fosse se agravar devido a “(...) pouca frequência assinalada nos cursos de leprologia que o DNS anualmente ministra, através da Diretoria dos Cursos. Os claros [vazios] verificados nos quadros do próprio órgão especializado federal, pouca atração despertam pelas funções que ligam às atividades antilepróticas”.²⁸⁵ Assim, de acordo com sua exposição de motivos, a criação da carreira de leprologista era fundamental para atrair o profissional para a pesquisa leproológica que estaria amparada por um rendimento “considerável e justo”, compatível com sua responsabilidade, e se tornaria “atraente” para os bons profissionais. Agrícola ainda lamentou a ausência de pesquisas, sobretudo àquelas referentes ao isolamento do bacilo, que ainda se colocava como uma grande questão do problema da lepra, além da busca de medicamentos mais eficientes.²⁸⁶ Para tanto, segundo ele, era fundamental a criação da carreira, assim como de um laboratório ou instituição que tivesse a atribuição de pesquisa, onde seus servidores pudessem formar e instruir e, ainda, exercer a pesquisa leproológica. Somente isso, dizia Agrícola, traria profissionais para os cursos de especialização e, por conseguinte, preencheria os quadros do SNL, com perfil de profissionais interessados e bem remunerados.²⁸⁷

Um dado que merece destaque nas fontes trabalhadas, é aquele que se refere à qualidade e detalhamento das informações e apreciações contidas nos relatórios de atividades. O relatório assinado por Ernani Agrícola, diretor do SNL e subordinado ao DNS, era repleto de informações sobre a questão da criação da carreira de leprologista, tendo, inclusive, proposta de vencimento, atribuições, número ideal de servidores etc. Se compararmos ao relatório do DNS, assinado por Barros Barreto e que era encaminhado ao

²⁸⁴ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 203.

²⁸⁵ AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 224.

²⁸⁶ *Id.*, *ibid.*, pp. 223-224.

²⁸⁷ Vale lembrar que apenas após a criação do Instituto de Leprologia em 1946, é que esta reivindicação foi concretizada.

Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, este é apenas mais um tema, dentre outros.

A profissionalização da carreira era ainda uma questão em aberto em 1946, pois no relatório de atividades daquele ano, observa-se que “este era ainda um tema a ser resolvido”, segundo Heitor Prager Fróes, substituto de Barros Barreto na chefia do DNS. Em janeiro de 1946, novamente foi reiterado o pedido para esta criação e, segundo Fróes, “seria muito proveitosa” para as tarefas de inspeção das instituições anti-lepróticas no país.²⁸⁸

Em 1946, há apenas uma menção sobre a realização do curso de especialização em leprologia ocorrido entre 22 de julho e 28 de novembro, com 12 profissionais matriculados, sendo que apenas cinco o concluíram.²⁸⁹ Em 1949, ao descrever as atividades do ano anterior, Agrícola narrou as dificuldades encontradas para executar as atribuições básicas do SNL e menciona a inexistência, ainda, de uma carreira que seja “atraente” aos candidatos. Segundo ele:

“A crise de técnicos em leprologia, já constitui no nosso país um sério problema que tenderá a agravar-se seriamente para o futuro. Decorre, principalmente, da inexistência de uma carreira de técnicos leprologistas, quer nos quadros do funcionalismo federal, como no dos estaduais, com remuneração adequada ao caráter e às agruras inerentes aos trabalhos da campanha contra o mal de hansen”.²⁹⁰

Embora com tais dificuldades, os cursos continuaram a ser oferecidos. Em 1947 e 1948 houve um aumento do número de matriculados e foi preciso montar três turmas no decorrer do ano, em diferentes Estados, além do Distrito Federal. Os cursos foram realizados em Belém, São Paulo e Vitória, com 10, 12 e 8 médicos diplomados, respectivamente.²⁹¹

²⁸⁸ Nos relatórios de atividades do SNL existia um item relativo à esta atribuição com detalhes como quem fez a inspeção, o tempo de duração, a localidade visitada e quais instituições.

²⁸⁹ FROES, Heitor Prager. “O Departamento Nacional de Saúde em 1946”, *cit.*, p. 17.

²⁹⁰ AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório de suas atividades no ano de 1948”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano VII, nº 2, dezembro de 1949, p. 8.

²⁹¹ *Id.*, *ibid.*, p. 93. Esta notícia também pode ser encontrada no Relatório de Atividades de 1947, do DNS, assinado por Heitor Prager Fróes.

Em 1954, mesmo com a saúde de Ernani Agrícola da direção do SNL, não encontrei evidência de descontinuidade destes cursos. O que se pode afirmar é que após 1954, o SNL esteve voltado para a implantação da Campanha Nacional contra a Lepra no país e, provavelmente, os cursos eram oferecidos em outros moldes.²⁹² Dr. Joir Fonte, ao noticiar o afastamento de Agrícola do cargo de diretor do Serviço, o considerou um administrador de visão, que conseguiu introduzir e consolidar uma série de inovações no SNL, entre elas a realização “(...) não só na capital da República como nos Estados, de Cursos de Leprologia para formação e aperfeiçoamento de pessoal”.²⁹³

Publicações – periódicos científicos

No primeiro capítulo deste trabalho já aludi sobre a importância desempenhada pelos periódicos científicos como objetos de disseminação de saber, construção e consolidação de um campo científico. A *Revista Brasileira de Leprologia*, criada em 1935 em São Paulo, traduziu a especialização deste campo naquele Estado. Quando o SNL foi criado, aquela Revista já se encontrava solidamente implantada entre os profissionais da leprologia, sendo o principal periódico especializado existente no país.

Antes mesmo da criação das revistas do SNL, observei, em Minas Gerais, o surgimento de periódicos especializados. Minas, que era politicamente importante desde o início da República, após 1930 viu-se, no que diz respeito à área da saúde, bastante representada na União. Na área da leprologia, Minas Gerais possuía uma estrutura de

²⁹² Em 1964, o ‘Curso de Especialização em Lepra’ foi oferecido pelo SNL em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz. Sobre isso, o Diretor do SNL, Dr. Fausto Gayoso Castelo Branco, observou que “(...) não obstante a pequena frequência com que contou este ano, (...) [foi] realizado [o curso], como nos anos anteriores (...)”. Concluíram o curso apenas 6 alunos. CASTELO BRANCO, Fausto Gayoso. “Relatório do Diretor do Serviço Nacional de Lepra, sobre as atividades durante o ano de 1964”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXIV, nºs 1 a 4, 1965, p. 183. Em 1966, pode-se afirmar ainda existirem tais cursos, pois quando houve uma reorganização do SNL, em virtude da implantação da Campanha Nacional contra a Lepra, foi explicitamente colocada como uma atribuição da Seção de Administração “Colaborar com os órgãos competentes na realização de cursos de preparação e aperfeiçoamento de pessoal técnico”. FONTE, Joir et alii. “Noticiário – Reorganização do Serviço Nacional de Lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. 25, nºs 1 e 2, março-junho de 1966, p. 61.

²⁹³ FONTE, Joir. “Dr. Ernani Agrícola”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XIII, nº 1, março de 1954, p. 6.

instituições de isolamento bastante consolidada e nos moldes de *instituições cientificamente criadas*, com preocupações que refletiam o cuidado com a doença de acordo com *modernos* preceitos médicos. Em 1933, Minas Gerais já possuía quatro grandes leprosários localizados nos municípios de Betim, Ubá, Três Corações e Bambuí, além de dispensários e preventórios.²⁹⁴ No início da década de 1940, a ‘escola leprologista mineira’ contava com nomes como os de Orestes Diniz, Olinto Orsini, Antonio Aleixo, Abraão Salomão e José Mariano, que trabalhavam nos leprosários da Divisão de Lepra do Estado e que criaram o segundo periódico nacional da área de leprologia: o *Arquivos Mineiros de Leprologia*.²⁹⁵

Esta Revista foi lançada em janeiro de 1941, e manteve periodicidade trimestral até 1962, publicando artigos originais, notícias, legislação, relatórios e resenhas; era apoiado pelos órgãos estaduais de saúde e educação, e tinha na figura de Cristiano Machado, um forte defensor:

“Como Secretário da Educação e Saúde Pública do Estado e observador atento desses problemas, sinto a constante satisfação de verificar que esse grupo de beneméritos profissionais é também constituído dos leprologos que em Minas se entregam ao seu árduo mister. (...) Congratulo-me com os que se põem à frente dos ‘Archivos Mineiros de Leprologia’, seguro de que estão todos a contribuir para que a atual geração se permita não deixar para a que nos vier render, a solução de um mal que é um flagelo”.²⁹⁶

²⁹⁴ Sobre as atividades anti-lepróticas em Minas Gerais, CURI, Luciano Marcos. “‘Defender os sãos, consolar os lázaros’ – *Lepra e isolamento no Brasil (1935-1976)*”. Dissertação de Mestrado em História, 2002. Os termos em itálico eram usualmente utilizados pelos médicos da época.

²⁹⁵ Orestes Diniz foi, inclusive, a partir de 1956, diretor do SNL quando Juscelino Kubitschek assumiu a Presidência da República. Interessante perceber que antes da criação do SNL, Diniz normalmente assinava seus artigos nos *Arquivos Mineiros de Leprologia*, como responsável pela Diretoria do Serviço de Profilaxia da Lepra. Isso mostra a autonomia do Estado em criar órgãos de direção descentralizados que foram remodelados a partir da criação do SNL com seu perfil centralizador. Como exemplo, DINIZ, Orestes. “Orestes Diniz - Diretor do Serviço de Profilaxia da Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano I, nº 3, junho de 1941, p. 245. A breve menção a este periódico se deve à sua importância e, embora neste item eu esteja tratando das publicações ligadas ao SNL, o que não é o caso deste periódico, sua criação e existência não podem ser desconsiderados nesta análise.

²⁹⁶ MACHADO, Cristiano. “A solução de um mal que é um flagelo”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano I, nº 1, janeiro de 1941, p. 6.



Ilustração 2 – Imprinta do Serviço Nacional de Lepra, presente nas publicações oficiais.

Fonte: 4ª. Capa do Boletim do Serviço Nacional de Lepra

Em relação às publicações do SNL, ou aquelas editadas a partir de sua criação, estas eram divididas pelos contemporâneos em dois grupos: os periódicos médicos em lepra e as publicações de leprologia, tais como tratados e manuais, que eram resultado de concursos de monografias ou de reedições. Os periódicos, *Boletim do Serviço Nacional de Lepra* e *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*, começaram a circular em 1942 e cumpriam parte de uma agenda de ações de combate à lepra, que incluía a difusão de informações, o relato de experiências, a divulgação de pesquisas e métodos de tratamento, além de publicizar as ações de um governo bastante cioso da importância da propaganda política.

Para esta pesquisa, o levantamento destes títulos e de seu conteúdo foi executado na Biblioteca da Sociedade Brasileira de Dermatologia que possui uma coleção bem próxima da completa. O *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, cujo primeiro número saiu em dezembro de 1942, tinha periodicidade trimestral e a finalidade de divulgar trabalhos nos domínios da “leprologia e ciências afins”; seus artigos eram avaliados pelos profissionais da Seção de Epidemiologia do SNL.²⁹⁷ Barros Barreto, no relatório de atividades do DNS de 1942, registrou a importância do *Boletim*, ao lado de outras publicações do SNL.²⁹⁸

²⁹⁷ Em setembro de 1970 (Ano XXIX, nº 3), o título deste periódico passou a ser *Boletim da Divisão Nacional de Lepra*, refletindo a mudança organizacional pela qual passou o Ministério da Saúde, transferiu sua representação do Rio de Janeiro para Brasília e o SNL passou a se chamar Divisão Nacional de Lepra. Em 1975, diante da reorganização da Divisão Nacional de Lepra, o título do periódico mudou para *Boletim da*

Já o *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra* foi criado com a intenção de acompanhar as atividades de natureza técnico-administrativa dos serviços de profilaxia da lepra, tendo seu primeiro número publicado em junho de 1943, com periodicidade semestral.²⁹⁹ Publicava, essencialmente, relatórios de atividades do SNL, além de portarias, resoluções, normas internas e legislação. Em maio de 1949 foi publicado o volume nº 9, sendo que o 10º volume foi publicado somente em março de 1952. No Relatório do SNL de 1947, Heitor Fróes argumentou que o SNL teve muitas despesas com publicações naquele ano e afirmou que o número de exemplares dos seus periódicos foi tão grande que a Imprensa Nacional não conseguia preparar os originais a tempo de manter sua periodicidade correta.³⁰⁰ Não foi encontrado volume posterior a este publicado em março de 1952. Entretanto, não há afirmação no *Boletim do SNL*, por exemplo, do encerramento da impressão dos *Arquivos do SNL*; o que foi percebido é que o *Boletim do SNL* passou a publicar matérias de caráter administrativo, que anteriormente eram divulgadas nos *Arquivos do SNL*.

Concurso de monografias e outras publicações

As publicações editadas com a chancela do SNL se constituíam, em parte, de trabalhos vencedores dos concursos de monografias e o primeiro destes concursos foi realizado em 1942.³⁰¹ O Programa de Ação do SNL previa e incentivava os estudos específicos da leprologia. Para além de divulgação científica, as publicações do SNL se constituíram ao longo das décadas de 1940 até 1960, num elemento que auxiliou a consagração do campo científico da leprologia brasileira. Além disso, a formação de

Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, refletindo novamente uma mudança administrativa e desta vez, eliminando a palavra ‘lepra’ dos órgãos da administração pública.

²⁹⁸ BARRETO, João de Barros. “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, p. 242.

²⁹⁹ Foi curioso perceber que este dado foi sequer mencionado no relatório de atividades de 1943, já podendo sinalizar para a importância que este título teria para o SNL. BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1943”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 14, nºs 1 e 2, abril-agosto de 1944, p. 345.

³⁰⁰ FRÓES, Heitor Prager. “O Departamento Nacional de Saúde em 1947”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 18, nºs 1 e 2, março-dezembro de 1948, p. 73.

³⁰¹ A figura 31 mostra os vencedores do primeiro Concurso de Monografias promovido pelo SNL em 1942, cujo prêmio foi concedido no ano seguinte.

quadros de direção especializados e a disseminação destes profissionais pelo país, ajudariam a consolidar o projeto centralizador nos sistemas de saúde do governo Vargas.

Os Concursos de Monografias eram eventos anuais, onde se procurava incentivar a pesquisa, a partir de temas que fossem fundamentais para a leprologia brasileira. De acordo com o Plano de Ação do SNL, este Serviço deveria oferecer aprimoramento técnico a seus servidores, através de concursos de monografias e publicação de trabalhos. O Plano também contemplava a ampliação da biblioteca especializada do SNL, à qual deveria ser acrescida de obras de ponta da leprologia mundial, de forma a oferecer ao servidor do SNL “uma formação teórica do mais alto nível e atualidade”.³⁰²

Segundo Barros Barreto, tais concursos foram instituídos com o intuito precípua de organizar uma coletânea de obras brasileiras sobre “(...) diferentes assuntos da leprologia, com as quais se terá publicado uma obra didática a compendiar os conhecimentos mais atualizados sobre leprologia, e criando destarte fontes de estudo de cunho inteiramente nacional”.³⁰³ A coletânea a que ele se referia, era o *Tratado de Leprologia*, cujo plano da obra previa a publicação de cinco volumes com os seguintes temas: História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica; Etio-patogenia e anatomia patológica; Diagnóstico; Clínica e terapêutica; e, Epidemiologia e profilaxia. Este plano da obra era o que se pretendia cumprir com os trabalhos vencedores dos concursos de monografias.

O primeiro concurso foi aberto em 1942 com o tema ‘Diagnóstico clínico, biológico e laboratorial da lepra’, um dos temas do *Tratado* e os vencedores foram Lauro de Souza Lima, Nelson de Souza Campos, Luiz Marino Bechelli, Humberto Cerruti, Oswaldo Freitas Santos, Armando Berti e Antonio Carlos Horta, que se inscreveram no concurso com pseudônimos.³⁰⁴ Alguns destes médicos concorreram em dupla e, por isso, foram

³⁰² “Cabe registrar o grande empenho que o Serviço vem dispensando à organização da sua biblioteca especializada. No momento, já conta com cerca de 500 volumes, constituída, na sua maioria, de obras clássicas. As condições impostas pelo conflito internacional determinaram sérios empecilhos para aquisição de obras. Mas, assim mesmo, tudo foi feito no sentido de se aparelhar a biblioteca com trabalhos, seja de cunho especializado, seja de caráter subsidiário a estes mesmos estudos”. AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 63.

³⁰³ BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”, *cit.*, p. 321.

³⁰⁴ Agrícola esclareceu que os trabalhos vencedores do 2º e 3º lugares foram impressos com o auxílio do Serviço Nacional de Educação Sanitária, que se responsabilizou pelo custo e distribuição deste material, além

distribuídas três premiações em dinheiro, além da garantia de publicação do trabalho pela Imprensa Nacional. O tema do concurso contemplava exatamente a área que o SNL definiu como uma das “mais carentes de estudos brasileiros”. Dentre os sete vencedores, cinco são paulistas e isto, em minha opinião, reflete a atuação destes profissionais no campo da pesquisa leproológica, já que os aspectos biológico e laboratorial da lepra são muito próximos à pesquisa laboratorial, e esta se encontrava muito mais avançada em São Paulo do que no Rio de Janeiro.³⁰⁵

Em 1943, o concurso de monografias aprovou os quatro temas restantes dos que fariam parte do *Tratado* e os vencedores foram Flavio Maurano, Luiz Marino Bechelli, Abraão Rotberg e Nelson de Souza Campos: todos paulistas. O primeiro prêmio foi concedido aos concorrentes do tema 4, ‘Epidemiologia e Profilaxia’; os autores foram Nelson de Souza Campos, Luiz marino Bechelli e Abraão Rotberg.³⁰⁶

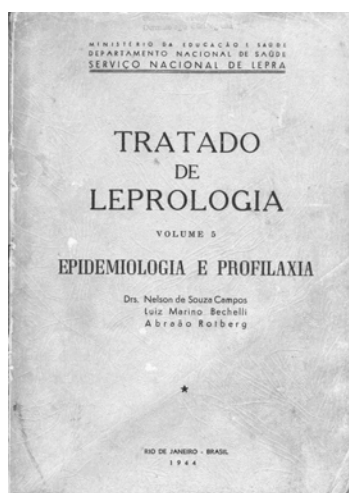


Ilustração 3 –

Fac-símile da 1ª edição do Tratado de Leprologia, vencedor do concurso de monografias de 1943 e publicado no ano seguinte.

de se colocar à disposição do SNL para parcerias futuras. AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 212.

³⁰⁵ Antes da criação do Instituto de Leprologia, a pesquisa leproológica laboratorial era identificada como o grande ‘pé de barro’ do SNL. Diante deste resultado, acredito que esta insuficiência fica evidente.

³⁰⁶ BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1943”, *cit.*, p. 345 e AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório de suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 212.

Em 1944, foi publicado o último volume do *Tratado de Leprologia*. Os temas do concurso foram: ‘Sintomatologia nervosa da lepra’ e ‘Organização e funcionamento dos leprosários e dispensários’, sendo vencedores Nelson de Souza Campos e Luiz marino Bechelli, em primeiro lugar e Polidoro Ernâni de S. Tiago em segundo.³⁰⁷ Na apresentação do volume, o Diretor do SNL, Ernani Agrícola, afirmava que outros concursos ainda seriam realizados e iriam privilegiar outros temas, pois os primeiros concursos tinham o objetivo específico de contemplar os:

“(…) diversos capítulos em que se divide o estudo da especialidade. Com este trabalho, os seus autores, drs. Nelson de Souza Campos, Luiz Marino Bechelli e Abraão Rotberg, médicos do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo, lograram o primeiro prêmio do tema ‘Epidemiologia e profilaxia da lepra’ no concurso de 1943, ao qual concorreram sob o pseudônimo de ‘ABC’. Após ter sido analisado pela Comissão Julgadora composta pelos drs. João Ramos e Silva, Orestes Diniz e Ernesto Zeferino Thibau Junior, foi o mesmo classificado em primeiro lugar. Fica assim encerrada a série de monografias integrantes do referido Tratado, que constituirá doravante obra de consulta obrigatória dos estudiosos da leprologia”.³⁰⁸

Em 1946, no quinto concurso de monografias, os temas foram ‘Lepra visceral’ e ‘Reação leprótica’, entretanto não houve inscritos e o concurso não se efetivou. Os mesmos temas foram repetidos em 1947 e até o momento que Ernani Agrícola concluiu seu Relatório de Atividades daquele ano, nenhum candidato havia se apresentado.³⁰⁹ De acordo com a documentação pesquisada, este foi o último ano em que foram realizados os concursos de monografias e o SNL continuaria publicando as obras “(…) julgadas dignas de divulgação pela importância do assunto, pelo mérito com que ele [o tema] foi exposto, capaz de prestar os benefícios desejados a esta grande campanha educativa [pelo combate à

³⁰⁷ BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”, *cit.*, p. 321.

³⁰⁸ AGRICOLA, Ernani. “Apresentação”. In: CAMPOS, Nelson de Souza et alii. *Tratado de Leprologia – Epidemiologia e Profilaxia*. Vol. 5. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, SNL/DNS, 1944, p. 5.

³⁰⁹ AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1947”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano VII, nº 1, maio de 1949, p. 22. Várias outras obras foram publicadas naquele ano e neste documento elas se encontram detalhadamente citadas.

lepra]’.³¹⁰ Assim, em 1944 foram publicadas trabalhos sobre lepra ocular e teve início um projeto de tradução do *Tratado sobre lepra*, obra de Ernest Muir. Esta última, considerada um dos grandes compêndios da leprologia da década de 1940, foi traduzida pelos leprologistas do SNL e publicada pela primeira vez em português. Em 1947, outra obra do mesmo autor foi traduzida e publicada pelo Serviço: *Diagnosis, treatment and prevention*. No decorrer daquele ano foram, ainda, publicadas obras de leprologistas brasileiros como Lauro de Souza Lima e Lineu Matos da Silveira.³¹¹ Entretanto, houve uma grande diminuição no número de títulos publicados em 1948, pois “(...) entre outras dificuldades enfrentadas pelo SNL no curso de 1948, assinala-se o entrave determinado pela Imprensa Nacional ao programa de divulgações que este Serviço procura desenvolver. Lá se acham paralisadas diversas publicações, cujos originais foram remetidos à Imprensa Nacional em 1946 (...)”.³¹²

2.2.3 - Censo dos leprosos: o médico vai onde o doente está

“Não é possível fazer boa profilaxia da lepra sem boas estatísticas. Sem um recenseamento epidemiológico, tão exato e completo quanto possível, não se pode fazer higiene social, não se consegue combater a lepra eficazmente. É pelas estatísticas que poderemos saber qual a situação exata da lepra num dado país, ou no mundo, qual o número de mortes por ela causado, quantos doentes existem, qual a sua distribuição, idade, sexo, alimentação, habitação, situação econômica e social. Boas estatísticas são índices de civilização adiantada”.

Raul Rocha³¹³

³¹⁰ AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório de suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 62.

³¹¹ Estas obras se referem aos temas da necessidade de intervenções cirúrgicas para minimizar o dano motor ou tátil do paciente de lepra, causado em função da gravidade dos efeitos da doença. AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1947”, *cit.*, p. 22.

³¹² AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1948”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano VII, nº 2, dezembro de 1949, p. 8.

³¹³ ROCHA, Raul. *Da lepra, o essencial*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu José Bernardes, 1942, p. 390.

Elaborar o projeto de um censo de leprosos no Brasil e conseguir concretizá-lo significou, para o Serviço Nacional de Lepra, identificar o número de doentes e conhecer seu perfil social e epidemiológico para que pudessem ser implantadas ou melhoradas as políticas de saúde em relação à doença. Outros benefícios poderiam surgir a partir desta iniciativa, tais como o conhecimento de casos novos ou a delimitação de território e esclarecimento sobre os diferentes tipos da doença.

A necessidade de se descobrir quantos eram e onde estavam os doentes de lepra, sempre foi de grande interesse para os leprologistas, e houve algumas iniciativas nesse sentido. Entretanto, pode-se afirmar que antes da criação do Serviço Nacional de Lepra, estas ações eram de decisão das autoridades sanitárias locais, não seguiam, portanto, uma agenda de atribuições dos serviços de saúde.

Na República Velha, os relatórios elaborados pelo diretor do Hospital dos Lázaros, no Rio de Janeiro, Dr. José Jerônimo de Azevedo Lima, já apontavam esta necessidade, porém lamentavam tal impossibilidade diante de dificuldades, tais como: falta de um órgão diretor e grandiosidade do território brasileiro.³¹⁴ Em 1916, este tema foi tratado em alguns trabalhos apresentados no I Congresso Médico Paulista, aberto pela conferência de Emílio Ribas. Nesta fala, “A lepra – sua frequência no Estado de São Paulo”, Ribas refletiu a preocupação com o tema das estatísticas e levantamentos, ao questionar a veracidade do número de doentes identificados pelo levantamento realizado através dos municípios.³¹⁵ Neste congresso, Souza-Araújo apresentou um trabalho sobre sua experiência profissional no Paraná, discutindo as estatísticas e sua importância para o controle e tratamento da lepra, intitulado ‘A profilaxia da lepra no Paraná pelo Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araujo’.³¹⁶ Neste trabalho, ficou claro que a atribuição em elaborar censos e levantamentos era uma iniciativa isolada de Souza-Araújo, não existindo uma indicação dos superiores neste sentido.

³¹⁴ SOUZA-ARAÚJO, *História da Lepra no Brasil, cit.*, cap. I - Situação da lepra na última década do século XIX.

³¹⁵ Cf. *Id., ibid.*, pp. 161-175. O mais importante, contudo, na observação de Ribas é perceber que mesmo sob condições não ideais, as estatísticas eram realizadas.

³¹⁶ *Id., ibid.*, pp. 186-194.

Em outubro de 1918, no VIII Congresso Brasileiro de Medicina no Rio de Janeiro, foram apresentados muitos trabalhos sobre a lepra em variados estados como Rio de Janeiro, Pará e Pernambuco.³¹⁷ Em praticamente todos os trabalhos, seus autores se ressentiam do fato de não poderem apresentar dados confiáveis. Observa-se assim, que este aspecto carecia de atenção por parte do Estado, e que estatísticas, censos e levantamentos, se constituíam num elemento bastante importante para guiar corretamente as ações de saúde.

A partir de 1920, com a reorganização nos serviços de saúde, e criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, uma de suas atribuições a organização do censo de leproso no Brasil, que deveria ser feito a partir do envio dos dados de notificação pelos Estados.³¹⁸ Entretanto, devido às dificuldades de se implantar no país uma rotina de trabalho que pudesse ser cumprida em todos os estados, a concretização do censo nacional não se deu, apesar de existir uma Inspetoria de Demografia Sanitária que publicava mensalmente boletins demográfico-sanitários.

Segundo Clementino Fraga, era fácil compreender porque não aconteceu o recenseamento de lepra no Brasil: “(...) só nos Estados do Pará, Amazonas e Maranhão, e nas principais cidades de outros Estados, é que se tem conseguido um censo aproximado. Parecem-nos falhos, e destituídos de base, a maioria dos dados que sobre o assunto têm sido publicados”.³¹⁹ No decorrer da década de 1930, este panorama não se alterou muito, no entanto, há que se registrar a criação do Instituto Nacional de Estatística em 1934, a partir das atividades desempenhadas na Diretoria de Informações, Estatística e Divulgação, ligada ao Ministério da Educação e Saúde Pública.³²⁰

³¹⁷ Estes trabalhos encontram-se descritos na obra supracitada de SOUZA-ARAÚJO, às pp. 212-254.

³¹⁸ Artigo 424, do Decreto nº 14354, de 15/9/1920, que aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.

³¹⁹ FRAGA, Clementino. “Introdução ao relatório dos serviços do departamento nacional de saúde pública”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano II, nº 1, maio de 1928, p. 210.

³²⁰ O Brasil já havia produzido alguns recenseamentos no país, a partir do serviço de estatística pertencente aos ministérios separadamente. Com a criação de um órgão de caráter nacional, o objetivo era a cooperação entre as três esferas de governo: união, estado e município. Sobre a importância das estatísticas fidedignas e as políticas de saúde, ver FONSECA, Cristina M. Oliveira, cit., pp. 191-195 (Item 4.2.1 – O termômetro do Departamento Nacional de Saúde: os dados bioestatísticos).

Em 1934, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas foi extinta devido à reforma no Ministério da Educação e Saúde, como já dito. Porém em 1935, quando Barros Barreto, Ernani Agrícola e Joaquim Motta, começaram a elaborar o ‘Plano de construções’ dos leprosários, dispensários e preventórios, o fizeram com “(...) base nos elementos censitários e de outras verificações prévias também feitas”.³²¹ Há que se frisar, ainda, que Hildebrando Portugal publicou um trabalho importante em 1937, onde analisou a situação epidemiológica da lepra no Distrito Federal, a partir de dados registrados pelos Centros de Saúde, que após o fechamento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra, era a instituição responsável pelo tratamento da doença naquela localidade.³²²

Os Estados de São Paulo e Minas Gerais eram os dois únicos onde as atividades relativas ao censo e aos inquéritos epidemiológicos foram concretizadas mesmo durante este período. Em Minas Gerais, o Serviço de Profilaxia da Lepra era dirigido por Orestes Diniz, que, em relatório de atividades do ano de 1940, dirigido ao Diretor de Saúde Pública do Estado, Dr. J. Castilho Junior, elencava uma série de atividades tais como a inauguração de colônias e preventórios, ampliação de pavilhões (reformas) nas instituições já existentes, cursos de leprologia e, ainda, as ações relativas aos censos e inquéritos epidemiológicos. Segundo ele, muito das atividades realizadas deveu-se à ‘boa vontade e colaboração esclarecida’ daqueles que:

“(...) devotam suas atividades à campanha anti-leprótica. (...) Para execução dos trabalhos de profilaxia da lepra, o Estado foi dividido em 4 grandes regiões: Centro Norte, Sul, Leste e Oeste Triângulo. (...) Referentemente ao número de doentes internados durante o ano, atingiu o Hospital de Lázaros a 80, constituídos por hansenianos sentenciados, alienados e indisciplinados e na Colônia Santa Isabel a 1955. (...) o censo dos leprosos que foi executado pelo dispensário central localizado em Belo Horizonte e, principalmente pelos médicos itinerantes que percorrem um grande número de municípios, dentre os mais infectados, atingiu o máximo no decorrer do ano, tendo sido fichados 1753 doentes novos, contra 1464 em 1939”.³²³

³²¹ BARRETO, João de Barros. “Serviços federais de saúde em 1937”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VIII, nº 1, fevereiro de 1938, p. 117.

³²² PORTUGAL, Hildebrando. “Notas epidemiológicas sobre a lepra no Distrito Federal (1934-1936)”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº 2, novembro de 1937, pp. 277-293.

³²³ “Comentários e relatórios”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano II, nº 2, abril de 1941, p. 134.

A seguir, o Dr. Diniz apresenta um gráfico, onde se pode ver o número de doentes desde 1926 até 1940, mostrando que desde aquela data era realizado o censo naquele Estado; as estatísticas eram muito detalhadas, incluindo itens como a profissão dos doentes, tipos contagiantes ou os ‘desaparecidos’. No entanto, como já dito, Minas Gerais se constituiu numa exceção no país; a regra, era os estados não realizarem efetiva e regularmente as atividades de estatística.

Este panorama muda quando o Serviço Nacional de Lepra foi criado em 1941 e seu campo de ação definido na 1ª Conferência Nacional de Saúde. Dentre suas atribuições estavam inseridas as de realização dos censos e pesquisas epidemiológicas. Assim, deveria “(...) registrar estudos, investigações epidemiológicas, censo, inquéritos e coleta de dados técnicos e administrativos”.³²⁴ Estes dados seriam registrados pelos Censos, que se realizariam e integrariam a documentação do Fichário Central, organizados e monitorados pelos profissionais da Seção de Epidemiologia daquele Serviço.³²⁵ Nesse sentido, o periódico *Arquivos Mineiros de Leprologia* publicou em 1949 o seguinte:

“O estudo epidemiológico se assenta sobre bases estatísticas. Como se fazer estudos desta natureza sem se estar munido de um conjunto de dados estatísticos reais que nos permitam avaliar o comportamento de uma enfermidade em causa sobre as coletividades? Muito bem andou o Serviço Nacional de Lepra no seu alto intento de organizar um Fichário Central que centralizasse as fichas de todos os doentes de lepra fichados no nosso país. (...) além de se constituir um formidável manancial de informações a respeito da lepra em nosso meio, este Fichário se torna o legítimo guia dos nossos esforços, no sentido da profilaxia desta infecção”.³²⁶

³²⁴ “Atribuições do Serviço Nacional de Lepra e Programa de Ação”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, cit., p. 5.

³²⁵ Em 1944, Ernani Agrícola se pronunciou sobre a utilidade do Fichário Central nas atividades de combate à lepra da seguinte forma: “O esforço aplicado neste sentido será continuado, sem esmorecimento, até que se tenham recolhido nos fichários do Serviço todas as informações sobre enfermos, em qualquer ponto do território nacional”. AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1944”, cit., p. 62.

³²⁶ “Noticiário - Medidas práticas para melhor articulação dos serviços e estabelecimentos de combate à lepra com a Seção de Epidemiologia visando manter atualizado o Fichário Central do SNL”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano IX, nº 2, abril de 1949, pp. 123-124.

Em 1942, Barros Barreto afirmava que “(...) o Serviço Nacional de Lepra ultimar­á em 1943 a revisão do censo de lepra em todo o território nacional, tarefa em que está vivamente empenhado”³²⁷ e este levantamento constituía-se numa das prioridades do Serviço, ao lado da construção de leprosários e dispensários no país.

Assim, é possível constatar que no decorrer de 1941 e 1942, o SNL elaborou e iniciou a aplicação de 12 fichas com informações estatísticas, referentes aos censos imunológico e leproológico: o primeiro objetivava descobrir a situação da doença em termos imunológicos, os tipos da doença e grau de gravidade; o segundo procuraria identificar exatamente o número de doentes e sua distribuição geográfica. O que se pretendia ter era uma verdadeira radiografia da doença em todo o país, com classificação de tipos e sua quantidade, amparados por informações com o perfil de cada doente. Uma tarefa extremamente ousada. Os leprologistas da Seção de Epidemiologia eram os encarregados de elaborar e distribuir os formulários aos Serviços de Lepra nos Estados, supervisionar as atividades e orientar as unidades regionais, além de ir a campo, pois “Através da Seção de Epidemiologia, entra o Serviço Nacional de Lepra em grande contato com o público, efetuando o censo leproológico, cuja atividade lhe coloca em relação imediata com as coletividades em qualquer ponto do país”.³²⁸ Os formulários eram identificados como fichas ‘SNL1’ e seguiam até a ficha ‘SNL12’, procurando abranger os aspectos epidemiológicos, clínicos, profiláticos, imunológicos, dentre outros, que englobavam os dois censos.

O Censo Leprológico teve seu início em dezembro de 1941 “(...) em escala modesta, porém dentro das normas científicas estabelecidas para trabalhos desta natureza,”³²⁹ e estava ainda em fase inicial, pois se constituía em atividade para ser desenvolvida em cerca de cinco ou seis anos, e que “(...) se ressentia, sem dúvida, de algumas falhas, que aos poucos vão sendo corrigidas mas, de um modo geral, está sendo executado em condições

³²⁷ BARRETO, João de Barros. “A organização da saúde pública no Brasil”, *cit.*, p. 195.

³²⁸ AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório de suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 46.

³²⁹ “Serviço Nacional de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano IV, nº 1, janeiro de 1944, p. 62.

bastante satisfatórias”.³³⁰ Era um trabalho que deveria considerar, além do número de doentes, procurar “(...) analisar também a situação dos focos, sob o ponto de vista epidemiológico, considerando as condições mesológicas e sociológicas da área em investigação, para ulterior estudo”.³³¹ Tal estudo, seria o Censo Imunológico que começaria no ano seguinte.

Em abril de 1942, o SNL deu início ao Censo Imunológico e expediu a ‘Instrução de Serviço aos Estados’, orientando o preenchimento deste formulário; o interesse era descobrir as reações imunológicas apresentadas pelos comunicantes, e se existia grau de infecção para a propagação da doença. Nesta atividade houve estreita colaboração com os pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, no sentido de fornecer o antígeno para a realização dos testes nos comunicantes. Foram recenseados os Estados de Amazonas, Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Espírito Santo e Distrito Federal.³³² Desta forma, era possível prevenir e pensar em ações futuras, como o número possível de doentes em um determinado espaço de tempo, em um determinado local. A ficha tinha informações como as que se vê abaixo.³³³

Tabela 4 – SNL 7 – Ficha do Censo Imunológico

	D.N.S.	M.E.S.	S.N.L.
	<u>CENSO IMUNOLÓGICO - SNL 7</u>		
Nº			
Nome			Estado
Cor	Nacionalidade		Data de Nascimento
Local onde nasceu			
Residências posteriores			
Residência atual			
<u>INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO:</u>			
		A) Familiar:	
História da lepra na família:			
		B) Em relação ao doente ou doentes:	
Grau de parentesco		Forma clínica	

³³⁰ *Loc. cit.*

³³¹ *Loc. cit.*

³³² BARRETO, João de Barros. “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, pp. 241-242.

³³³ *Id., ibid.*, p. 233.

Tempo de doença	Número da ficha
Grau de convivência	Tempo de convivência
Havia alguma medida higiênico-profilática	
Convenções: L (ligeira); I (íntima – mesma casa); M (muito íntima – mesma casa e mesmo quarto); Mm (mesma casa, mesmo quarto, mesmo leito)	
<u>TESTES DE MITSUDA</u>	
<u>EXAME DERMATOLÓGICO</u> : Leituras:	Data: Local:

Fonte: “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 13, nº 1, abril de 1943, pp. 233-234.

Além desta ficha, foi também implantada a ‘SNL 8’, que era o ‘Boletim dos serviços de preventório de cada Estado’, a ser preenchido pela administração dos preventórios. Nesta ficha deveriam constar informações, tais como o perfil da criança internada ou da que ficasse apenas em observação; das que freqüentavam pavilhão profissional; ou daquelas retiradas do convívio dos pais ao nascer.

O ‘Censo dos leprosos’ ou leproológico extensivo foi realizado em 151 municípios dos Estados de Amazonas, Pará, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Goiás e Minas Gerais. Impressiona ver o número de municípios percorridos no Estado de Minas Gerais: 75, ou seja, mais da metade do total de municípios investigados em todo o Brasil. Este dado é muito relevante e, acredito, pode significar um aspecto: naquele Estado existia um número maior de profissionais envolvidos com a execução do censo, se comparado com outros Estados e uma política atuante no combate à lepra.

Trabalharam no ano de 1942, 30 leprologistas e 7 auxiliares, ou seja, 37 profissionais em todo o país. O censo leproológico concluiu existirem no Brasil em 1942, 5987 casos novos; em 31/12/1942, eram conhecidos 37030 casos e se encontravam isolados 16959, ou seja, 46% do total. Conclui o relatório que, em comparação ao ano anterior, 1941, foram isolados mais de 1180 doentes nos diferentes estados do país.³³⁴

Em 1943, através da observação do Relatório de atividades do Departamento Nacional de Saúde, é possível constatar que o SNL tinha duas grandes frentes de trabalho: a

³³⁴ *Id., ibid.*, p. 240.

continuação da implantação do modelo tripé nos Estados e a realização do censo dos leprosos (imunológico e leproológico).³³⁵ Barros Barreto chamou a atenção para a realização do que o SNL estava desempenhando no que tange ao censo: “(...) o início da organização do fichário central de todos os doentes de lepra no país. Acham-se já confeccionadas 15.365 fichas, arquivadas na base do município de residência do doente: confecciona-se agora o índice nominal”.³³⁶ Ernani Agrícola, ao registrar a importância do fichário central comentou:

“O trabalho será enorme, não há a menor dúvida, porém uma vez executado, ficará o país em condições de conhecer com a precisão necessária o número total de enfermos de lepra fichados desde o início da campanha e o número de enfermos existentes, feito o expurgo das fichas que tiveram baixa em consequência do falecimento do enfermo e por alta definitiva. A realização desta tarefa a que se propõe o SNL é de grande vulto, e de importância considerável para a campanha contra a lepra, pela necessidade imperiosa de se levantar um estudo epidemiológico geral sobre a lepra no país e da feitura de estatísticas fíeis que permitam orientar com segurança a ação profilática”.³³⁷

Na tabela a seguir, encontram-se os números relativos aos primeiros anos de execução do Censo Leprológico em diversas unidades da federação, refletindo o total de doentes encontrados (ou conhecidos) e o total de doentes internados.³³⁸

³³⁵ *Id.*, “O Departamento Nacional de Saúde em 1943”, *cit.*, pp. 7-574.

³³⁶ *Id.*, *ibid.*, p. 345.

³³⁷ AGRÍCOLA, Ernani. “Situação da lepra no Brasil – Organização do fichário central”, *cit.* p. 45.

³³⁸ Esta tabela foi construída com os dados encontrados nos Relatórios de Atividades do Serviço Nacional de Lepra do período a que se refere, ou daqueles constantes nos Relatórios de Atividades do Departamento Nacional de Saúde, instância hierárquica superior ao SNL. Não foi possível encontrar dados relativos ao ano de 1945 nos relatórios examinados que mostrasse explicitamente o número de doentes conhecidos e os internados, razão pela qual este dado não se encontra presente na tabela construída. A referência destes Relatórios se encontra nas Fontes e Bibliografia desta tese.

Tabela 5 – Quantitativo de doentes no Brasil (conhecidos/internados)

Ano	Número de doentes conhecidos no país	Número de doentes internados no país
1942	37 030	16 959
1943	44 212	19 568
1944	44 575	20 531
1946	44 398	21 230
1947	47 622	21 650

Fonte: Relatórios de Atividades do Serviço Nacional de Lepra no período a que se refere, ou daqueles constantes nos Relatórios de Atividades do Departamento Nacional de Saúde.

Até dezembro de 1943, dois anos após o início dos trabalhos do censo leproológico, tinham sido recenseados 1061 municípios no país, restando 226 para concluir o trabalho em nível nacional. Na época, o país possuía 1574 municípios:

“(..) de acordo com a carta geográfica que vigorou até o fim de 1943. Este número, depois das modificações feitas na divisão territorial do país se elevou a 1671, e o total de municípios recenseados, feitos os devidos reparos, passou a ser de 1138. Nos anos de 1942, 1943 e 1944, o SNL recenseou mais 413, restando, pois, apenas 130 para serem submetidos a este trabalho”.³³⁹

Em agosto de 1944, o SNL, seguindo as recomendações do Congresso Internacional de Lepra de 1938, realizado no Cairo, deu início a um outro tipo de censo chamado de ‘intensivo’ que foi realizado em Minas Gerais, no município de Candeias.³⁴⁰ Esta atividade foi objeto do programa de ação do SNL para o ano de 1944, tamanha sua importância, pois

³³⁹ AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1945”, *cit.*, p. 44.

³⁴⁰ Segundo as recomendações finais deste Congresso Internacional, os países participantes e cooperantes, deveriam realizar o censo epidemiológico em seus países de origem. Diante dos resultados observados nas regiões que apresentassem um índice próximo ao endêmico, deveriam ser realizadas investigações que permitissem uma observação mais ‘apurada e detalhada’, com o intuito de se descobrir as razões destes índices naquela localidade. “O censo intensivo foi efetuado num município do Estado de Minas Gerais, Candeias, no qual o censo extensivo realizado anteriormente acusara alto coeficiente de lepra”. FROES, Heitor Prager. “O Departamento Nacional de Saúde em 1947”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 18, n°s 1 a 4, março-dezembro de 1948, p. 71.

segundo Ernani Agrícola “A realização do censo intensivo, constitui uma das mais importantes tarefas até hoje empreendidas, relativamente à epidemiologia da lepra. Pela terceira vez se realiza no mundo um estudo semelhante: duas vezes nas Filipinas e a terceira, entre nós”.³⁴¹

Este censo realizado em Candeias objetivava atenção especial a uma área notadamente endêmica, no sentido de oferecer indícios de caráter eminentemente epidemiológicos para os leprologistas, visando a melhoria dos trabalhos do SNL. O ‘Censo Intensivo de Candeias’ foi feito em colaboração com a Diretoria de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e as atividades no campo duraram cerca de 27 meses, finalizando-se em outubro de 1946. Posteriormente, foram iniciados os trabalhos complementares constituídos de analisar estas fichas epidemiológicas com informações quantitativas sobre o número de leprosos fichados, reexaminados, domicílios visitados, intervenções cirúrgicas realizadas, vacinação realizada, além de outros exames como pesquisa sobre a existência de treponema (sífilis) ou do Bacilo de Koch (tuberculose).³⁴² Interessante observar que o nome deste município não era de conhecimento amplo quando o trabalho teve início, pois segundo Barros Barreto:

“A execução de um inquérito desta natureza [censo leproológico intensivo] teve início em 1944 e se processa de acordo com o que foi estabelecido. Presentemente, não é possível divulgar o nome deste município, a fim de que os trabalhos não venham a ser prejudicados, pois, revelada a real finalidade do serviço, resultará, sem dúvida, ocultação dos doentes de lepra já declarados e o retraimento da maioria da população, que julgará vexatório submeter-se a exames médicos. Diferencia-se esta modalidade de censo da outra, pelo seu caráter mais particularizado, tendo ampliada sua esfera de ação a todas as questões inerentes ao indivíduo, à coletividade e ao meio, no ponto de vista sanitário e econômico social”.³⁴³

Deve-se ressaltar, que, provavelmente, não apenas os critérios de alto número de doentes encontrados naquela localidade é que definiu a escolha pelo município de Candeias para a realização do Censo Intensivo. Acredito que, ainda, o fato do SNL poder contar com

³⁴¹ AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1947”, *cit.*, p. 16.

³⁴² *Id.*, *ibid.*, p. 17.

³⁴³ BARRETO, João de Barros. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”, *cit.*, p. 318.

uma ‘ampla e sólida’ rede de profissionais e instituições voltados para o combate à lepra, também influenciou esta escolha. De acordo com o depoimento do hansenologista Luiz Orsini, as atividades de busca ativa de pacientes no Estado de Minas Gerais eram muito rígidas, tal como em São Paulo. Esta estrutura ‘tão solidamente implantada’ naquele Estado muito provavelmente também influenciou na escolha do município onde seria realizado o censo intensivo. Segundo ele, o médico nunca poderia ser desafiado em seu trabalho de isolar o paciente e esta atividade era realizada, independentemente de quaisquer obstáculos, que deveriam ser eliminados:

“E um doente estava me desmoralizando, ele estava assaltando carro a noite e tudo, o povo com medo da hanseníase por isso. Eu mandei um aviso para ele, que se ele não se endireitasse que eu ia buscá-lo e levá-lo preso para [a Colônia] Santa Izabel. Ele falou que me mataria, foi até interessante. Eu fui, mandei o *chauffeur* bater na porta da frente e ele fugindo pela [porta] dos fundo, era uma violência, mas eu encostei o revólver nele e o trouxe preso para Santa Izabel porque ele ia me desmoralizar, desmoralizar o serviço. Depois eu falei com ele: ‘ - Se você se emendar quando você sair, fica lá, senão eu te busco outra vez porque eu não tenho medo de você’”³⁴⁴.

O Censo Leprológico Extensivo, o que era realizado em todos os municípios brasileiros, tinha como metodologia de trabalho a forma mais primária possível: o médico ia onde o doente estava. Literalmente era isso. Entretanto, ao pensar num país como o Brasil, com extensão territorial imensa, diversidades regionais, climáticas, culturais, dentre outros aspectos, esta atividade se tornava ainda mais difícil. Nas regiões rurais, as visitas eram todas, praticamente, realizadas a cavalo, percorrendo terrenos acidentados, enfrentando chuva e imprevistos os mais variados.

Os médicos responsáveis pelo trabalho de campo eram encarregados de elaborar relatórios pormenorizados que eram enviados ao Diretor do Serviço de Lepra no Estado e remetidos ao diretor do SNL, Dr. Ernani Agrícola. Estes relatórios informavam aspectos como os dados econômicos e sociais do município e, posteriormente, as observações sobre a lepra naquela localidade. Tais relatórios se constituem em fontes de pesquisa preciosas,

³⁴⁴ Depoimento de Luis Aurélio Alves Orsini. ‘Projeto Memória e História da Hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)’, novembro de 2001, fita 1 – Lado A.

pois através deles pode-se encontrar detalhes da vida cotidiana dos habitantes do interior do país, condições de saúde, infra-estrutura das cidades, meios de transporte, dentre outros aspectos.

Durante a década de 1940, em praticamente todos os números dos *Arquivos Mineiros de Leprologia* e do *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, é possível encontrar tais relatórios. A partir da divisão de uma determinada região geográfica em áreas de trabalho, os periódicos publicavam os resultados. Assim, todo o trabalho desenvolvido nos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, por exemplo, podem ser encontrados no Boletim do SNL, de março de 1946.

Um dado onde observei a forma de o Estado lidar com o combate à lepra é a existência de um item chamado “Denúncias”, que se encontrava presente apenas nos relatórios elaborados pelos médicos do Estado de Minas Gerais.³⁴⁵ No relatório de Sebastião Ferreira de Araújo, de fevereiro de 1943, que percorreu o município de Guia Lopes, em Minas Gerais, encontra-se a seguinte passagem:

“(…) é temeridade a excursão pelo chapadão da Serra da Canastra na estação chuvosa, como a que tivemos de enfrentar: nos brejos e terra preta junto dos cursos d’água, afundam-se os animais pelas patas traseiras, forçando os cavaleiros a desaparecer-se e vedea-los a pé com água pelos joelhos. Passamos estes trabalhos, levando a pasta cheia de água com prejuízo dos apontamentos e material colhido”.³⁴⁶

Após tecer considerações sobre as condições de vida da população daquela localidade, ele diz que “(…) numerosos foram os exames dos denunciados; felizmente os casos positivos, dada a expectativa, bem reduzidos: 43 leprosos, 4 suspeitos e 158 comunicantes”.³⁴⁷

³⁴⁵ Embora no Estado de São Paulo também existisse a prática da denúncia de possíveis doentes às autoridades sanitárias, me refiro aos relatórios dos censos leproológicos enquanto fonte de pesquisa e aqueles relativos ao Estado de Minas Gerais.

³⁴⁶ ARAUJO, Sebastião Ferreira de. “Relatório dos serviços executados no município de Guia Lopes pelo Dr. Sebastião Ferreira de Araújo, médico recenseador do SNL”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte, Ano III, nº 2, abril de 1943, p. 119.

³⁴⁷ *Id, ibid*, p. 122.

Em outro relatório, referente ao trabalho desenvolvido na região do município de Ipanema, o Dr. Inácio Tostes Martins diz que foram recebidas 32 denúncias de supostos casos de lepra e foram investigadas:

“(...) todas as denúncias recebidas, sendo que 15 foram confirmadas, uma ficou suspeita e 16 denúncias resultaram negativas. (...) percorrendo o município em visitas nos distritos, atendendo as denúncias e reexaminando leprosos e comunicantes, levamos 16 dias nesta revisão censitária extensiva, no qual trabalhamos diariamente, mesmo nos domingos e feriados”.³⁴⁸

Todas as viagens foram realizadas a cavalo num total de 342 quilômetros, onde “(...) procuramos distribuir as viagens de forma mais proveitosa à concessão dos trabalhos, evitando o desperdício de tempo e energia em viagens de regresso sem outra finalidade”.³⁴⁹

Em um outro relatório, também do Dr. Inácio Tostes Martins, referente ao trabalho realizado no município de Raul Soares, provavelmente pertencendo à mesma região do município de Ipanema, novamente pode ser encontrado o item “Denúncias” e observações bastante interessantes sobre o contágio entre a população. Segundo ele, o perfil dos casos encontrados pode ser descrito como a maioria entre as pessoas brancas, solteiras, com idade de 30 a 39 anos, trabalhadores de atividades agrícolas e:

“(...) todos os pacientes [com] instrução nula. Resultaram positivas a maioria das denúncias e a promiscuidade entre doentes, familiares e vizinhos é comum, além de convivência e viagem livremente, levando mais além a disseminação leprótica. Quando ainda em Raul Soares, presenciamos a passagem de hansenianos para o jubileu religioso realizado anualmente em S. Bom Jesus do Galho, à moda do que se realiza em Congonhas do Campo e Manhumirim. Tais festas religiosas constituem ponto de concentração de toda espécie de doentes, de miseráveis, laráprios, exploradores, meretrizes etc. havendo pessoas que vivem somente de freqüentar os jubileus que se realizam durante o ano. A situação em que se encontram nossas cidades com referência à higiene, saneamento e outros problemas de saúde pública, tornando menos insalubres nossas condições de vida, constituem ainda uma equação em

³⁴⁸ MARTINS, Inácio Tostes. “Relatório dos trabalhos desenvolvidos no município de Ipanema”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano V, nº 2, junho de 1946, p. 87. Este mesmo médico assina todos os relatórios da mesma região, onde foram visitados outros municípios como de Laginha, por exemplo. Acredito que o mesmo leprologista era encarregado de percorrer toda uma região geográfica, mas os relatórios eram elaborados município a município.

³⁴⁹ *Id, ibid.*, p. 88.

nosso meio. Como se isso não bastasse, realizam nessas cidades, anualmente, durante dias, os jubileus com todos os seus inconvenientes. Por isso, achamos que deveriam ser proibidos os jubileus em benefício do já precário estado sanitário do povo como medida auxiliar também à campanha ao mal de hansen, que o governo vem realizando”.³⁵⁰

Não foi encontrada qualquer notícia de proibição ou repreensão à realização de festas populares e religiosas para os habitantes de lugarejos do interior, mas este relato é surpreendente por seu ineditismo. Minas Gerais é, ainda hoje, um Estado com grande tradição religiosa e realiza romarias e festas onde a população externaliza sua sociabilidade e religiosidade.³⁵¹

Em relação às dificuldades em concretizar o trabalho, é interessante chamar a atenção que estas eram praticamente as mesmas, independentemente da região do país que se estava recenseando. Nesse sentido, o leprologista Hylton Hermont elaborou um relatório de sua visita à região de Alto Araguaia, no Estado do Mato Grosso, onde são narradas imensas dificuldades, próprias do trabalho:

“Em Araguarrú fomos obrigados a pernoitar em uma casa que passo a descrever: chegamos à tardinha, depois de atravessar, à vau, o ribeirão Araguainha. No terreno se achavam numerosos suínos, cães e algumas cabeças de gado. O proprietário do sítio não estava presente e fomos atendidos por um negro que providenciou a nossa hospedagem e outras coisas. Dentro da casa, por entre uma coleção de arreios e outros apetrechos, ele delimitou uma área que deveria ser ocupada pelas nossas redes. Enquanto armava a minha, era importunado pelos cães e porcos que cruzavam livremente pela sala e por todos os cômodos. O negro estranhou que eu gostasse de rede armada tão alto, mas é fácil perceber a razão. Desde que entrei senti cheiro bastante forte de carniça, que posteriormente percebi de onde provinha. Enquanto aguardávamos o jantar que estava sendo preparado, ficamos deitados nas redes e eu, de vez em quando, ouvia a conversa do negro com o guia, pois evidentemente os assuntos que me interessariam não os interessavam e vice-versa. (...) Ao transpor o limiar da porta verifiquei a causa do fedor insuportável que a tempo me torturava. Por causa do tempo chuvoso que fazia, haviam recolhido para dentro várias mantas de carne de sol e as mesmas estavam penduradas justamente ao lado da mesa onde iríamos

³⁵⁰ MARTINS, Inácio Tostes. “Relatório de censo de leprosos – realizado no município de Raul Soares – Minas Gerais”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano VI, nº 1, março de 1947, p. 36.

³⁵¹ Talvez aí exista um limite, uma espécie de linha divisória entre a ciência e a fé, e nem sempre tudo o que os médicos possam julgar como inadequado à saúde física da população era proibido ou desaconselhado.

jantar! Os cachorros e porcos faziam notar sua presença por que se esfregavam nas pernas dos convivas. O cardápio consistia em carne seca picada, misturada com pedaços de mandioca, arroz e feijão. Deixar de participar da comida em uma ocasião destas é considerado um acinte, tanto aqui como em vários outros pontos da região. Afinal, que fazer? Por a prova a nossa resistência, saborear tudo aquilo, naquele ambiente, e fazer no final, um elogio, mesmo a contra gosto. Já estava aflito para ir pra rede, o único lugar limpo na casa!”³⁵²

No decorrer da década de 1940, podem-se encontrar inúmeros relatórios como os exemplificados aqui, que abrangiam as cinco regiões do país. Através deles é possível conhecer não só as atividades desenvolvidas no âmbito da realização dos censos leproológico e imunológico, mas perceber as idéias e conceitos que transparecem nestes relatos. Observações sobre classe social, ocorrências de outras doenças, hábitos alimentares e de higiene, dentre outros aspectos, são apontados nestes relatos ao lado de observações sobre a lepra.

Segundo os leprologistas, ao final dos trabalhos do censo, o SNL pôde conhecer ‘plenamente’ o número de doentes e onde estavam; quantos se encontravam isolados ou não; qual o percentual de crianças em preventórios e como estavam os trabalhos de controle realizado com os comunicantes. Estes dados guiaram as ações do SNL no sentido de implantar de maneira ‘mais firme’ as políticas de combate à doença nos diferentes estados do Brasil.

Após 1954, os dados que se encontravam no fichário central do SNL e a experiência de realizar o censo, um trabalho tão abrangente e complexo, ajudará ‘muito eficazmente’ a elaboração da Campanha Nacional contra a Lepra, tema do último capítulo desta tese, e que guarda semelhança com os censos realizados neste período.

³⁵² HERMONT, Hylton. “Relatório dos trabalhos do Censo Extensivo de lepra no município de Alto Araguaia, Mato Grosso”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano V, nº 2, junho de 1946, pp. 56-57.

2.3 – A pesquisa biológica da lepra

2.3.1 – O Centro Internacional de Leprologia

“A Organização de Saúde da Liga das Nações tornou-se um núcleo de convergência de especialistas em saúde pública com mentalidade internacional, que foram capazes de enxergar além dos limites da política nacional para desenvolver políticas de saúde pública inovadoras”.

Paul Weindling³⁵³

Neste item tratarei da criação do Centro Internacional de Leprologia, procurando assinalar sua contribuição à pesquisa leproológica nacional e ao combate à lepra no país, e, por fim, buscar respostas para o seu fechamento já que funcionou efetivamente apenas de 1934 a 1939. Mesmo com uma existência tão curta, destacados leprologistas como Souza-Araújo ou Eduardo Rabello, que trabalharam na instituição, afirmaram ter sido este Centro fundamental para a pesquisa laboratorial da lepra, representando um lócus, um espaço privilegiado de discussão e prática até então inexistente no país. A existência e o trabalho deste Centro foram assinalados por Ernani Agrícola, como fundamental quando da criação do Instituto de Leprologia em 1946.

Outro dado importante de ser ressaltado aqui, foi o interesse da Liga das Nações pelo problema da lepra, manifestado através da participação pela criação deste Centro. A partir das deliberações da 3ª Conferência Internacional da Lepra, realizada em Estrasburgo, em 1923, já se observou o interesse da Liga das Nações pelo tema da lepra.³⁵⁴ Além dos aspectos do isolamento e formas ideais de combate à doença, nesta Conferência ficou acordada uma estreita cooperação nesta área entre a Liga das Nações e os países

³⁵³ WEINDLING, Paul. “As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920-1940”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 13, nº 3, p. 558.

³⁵⁴ Paul Weindling cita a criação formal da Organização de Saúde da Liga das Nações somente a partir de 1924 em Genebra, entretanto encontrei citações explícitas das solicitações da Conferência de Lepra de 1923 encaminhadas à Sociedade ou Liga das Nações.

participantes daquela Conferência. Seu Secretário Geral, prof. Emile Marchoux, enviou à Liga das Nações as recomendações de que deveria se encarregar de “(...) reiniciar a publicação do periódico Lepra (Arquivos Internacionais de Lepra), constituir um Centro Internacional de Informações e Ensinamentos sobre a Lepra e procurar organizar a estatística dos casos de lepra existentes no mundo”.³⁵⁵ Apesar destas sugestões, o Comitê de Higiene da Liga das Nações, embora considerasse a publicação do periódico importante, não reiniciou sua publicação.³⁵⁶ Porém, o Comitê assinalou que seriam divulgados todos os artigos, memórias e análises sobre o tema da lepra, assim como constaria “(...) de seu relatório epidemiológico mensal os dados estatísticos e outros que receber sobre a lepra”.³⁵⁷

Em relação ao pedido de criar um centro de ensinamentos sobre a lepra, foi constituída a ‘Commission de la Lèpre’, composta por Carlos Chagas, presidente; além de Leonard Rogers, da Grã-Bretanha; Emile Marchoux, da França; e George W. McCoy, dos EUA.³⁵⁸ Carlos Chagas, que passou a fazer parte do Comitê de Higiene desde 1925, apresentou um relatório preliminar em abril de 1926, sugerindo que a Liga “(...) assumisse uma atitude de franca atividade contra o mal [a lepra] e promovesse antes de tudo uma cooperação internacional de todos os países interessados nesse grave problema médico-social”.³⁵⁹ Nesse sentido, encontrei um documento no Arquivo Central no Pessoal Carlos Chagas Filho que, embora não tenha identificação, data ou título, contém importantes informações sobre as razões da criação de um centro de pesquisas sobre a lepra pela Liga

³⁵⁵ ROCHA, Raul, *op. cit.*, p. 400.

³⁵⁶ Este periódico foi publicado durante 14 anos, mas sua divulgação foi suspensa devido aos acontecimentos da Primeira Guerra Mundial e as dificuldades daí derivadas. É interessante lembrar que episódio similar a este se deu no Brasil quando Juliano Moreira, editor chefe dos *Arquivos Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Ciências Afins* e diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, interrompeu sua publicação, afirmando textualmente que tal atitude foi tomada em função das dificuldades de se conseguir papel e tinta específicos para sua impressão no período da Primeira Guerra Mundial. MACIEL, Laurinda Rosa. *A loucura encarcerada – Um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1896-1927)*. Dissertação de Mestrado em História, UFF, 1999, cap. 4.

³⁵⁷ ROCHA, Raul, *op. cit.*, p. 400.

³⁵⁸ É importante lembrar que o cientista Carlos Chagas fazia parte do Comitê de Saúde da Liga das Nações desde 1922 e provavelmente exerceu grande influência nesta aproximação entre a América Latina e a Liga.

³⁵⁹ TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo Ribas. *Como eu vejo o problema da lepra e como me vêem os que o querem manter*. São Paulo: Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1934, p. 234.

das Nações e, possivelmente, pode ser parte do relatório de Carlos Chagas para o Comitê de Higiene. Ali, pode-se ler o seguinte:

"Todo o esforço nesse sentido, [de pesquisar a lepra] todas as tentativas para se conseguir a cura da lepra serão abençoados, e é urgente que o Comitté d'Hygiène considere esse ponto com o máximo empenho. Em verdade, trata-se um problema cheio de dificuldades, que têm resistido ao gênio inventivo de grandes pesquisadores, mas, nem por isso deverá a ciência aí parar, quando só dela poderá advir a salvação de numerosas existências, quando só de suas conquistas poderá a humanidade aguardar o fator decisivo de defesa contra o terrível mal. (...) Devo insistir em que a lepra, nas resoluções do Comitté d'Hygiène, deve ser considerado, acima de tudo, como um grande assunto a ser estudado. Devemos reconhecer que, apesar de sua importância máxima, mas decerto pelas suas imensas dificuldades, esse assunto não tem sido cuidado com persistência, esforço e largos recursos, nos grandes institutos de ciências médicas e experimentais do mundo. E é por isso que a Sociedade das Nações, promovendo, estimulando e facilitando largas pesquisas nesse terreno, realizará obra de incalculáveis benefícios para a humanidade".³⁶⁰

Em setembro de 1926, o diretor do Comitê de Higiene, o bacteriologista polonês Ludwik Rajchman, solicitou a Souza-Araújo que apresentasse um relatório acerca da situação da lepra nos demais países latino americanos, visto que ele retornava de longa viagem realizada com o objetivo de analisar as políticas de combate à lepra em diversos países do mundo.³⁶¹ Após a apresentação deste relatório, cientistas e membros do Comitê realizaram viagens ao Brasil para buscar um conhecimento mais aprofundado da questão da lepra e das condições de saúde de modo geral, como era do interesse da Liga das Nações e organizações congêneres, como a OPAS, criada em 1902 e a Fundação Rockefeller, que já atuava no Brasil nas questões de saúde desde 1916.³⁶²

³⁶⁰ Fundo Carlos Chagas Filho, Caixa 8, Maço 3.

³⁶¹ A viagem a qual me refiro foi a realizada com o objetivo de escrever o livro *A lepra – estudos realizados em 40 países*.

³⁶² Aqui é importante lembrar o papel do Brasil e das Américas, de modo geral, como locais onde as ações de saúde se tornaram mais incisivas com o século XX. Nísia Trindade aponta a importância estratégica que as Américas conquistaram neste contexto, sobretudo após a realização em 1881, em Washington, da V Conferência Sanitária Internacional, a primeira realizada neste continente. A partir das décadas de 1930 e 1940, o Brasil ocupou posição cada vez mais marcante na OPAS que "(...) culminou com a escolha de João de Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, para Vice-Diretor na X Conferência, realizada em Bogotá, em 1938". LIMA, Nísia Trindade. "O Brasil e a Organização Pan-

Suponho, pelos meus dados, que a viagem ao Brasil do sorologista dinamarquês Thorwald Madse e de Ludwik Rajchman, respectivamente Presidente e Diretor do Comitê de Higiene da Liga das Nações, ocorreu no primeiro semestre de 1928; tal viagem objetivou estabelecer um acordo que propiciasse a criação do Centro Internacional de Leprologia. Assim, através de uma cooperação entre a Liga das Nações, o governo brasileiro e a Fundação Guinle, foi criado um comitê técnico composto de Guilherme Guinle, como presidente, além de Carlos Chagas, diretor do DNS; Eduardo Rabello, professor da Faculdade de Medicina; e Souza-Araújo, cientista do IOC, para concretizar este acordo.³⁶³ O Centro seria criado no Rio de Janeiro, mas os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Pará teriam “(...) sub-centros de estudos destinados a pesquisas regionais sobre a lepra”.³⁶⁴

Em setembro de 1929, o nutricionista Etienne Burnet visitou o Brasil em missão pela América Latina; aqui foi encarregado de verificar as condições de infra-estrutura do combate à lepra nos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Pará, não sendo possível, entretanto, sua ida à Região Norte do país.³⁶⁵ Assim, no Rio de Janeiro conheceu o Laboratório de Leprologia, dirigido por Souza-Araújo, no IOC; a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas; o Hospital dos Lázaros, ou Frei Antonio, e as primeiras instalações do Leprosário de Curupaity, em Jacarepagua. Souza-Araújo o recebeu e acompanhou durante a permanência nos Estados de Rio de Janeiro e São Paulo. Neste

Americana da Saúde: uma história em três dimensões”. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*, p. 56.

³⁶³ Em relação à participação e influência da Família Guinle e do chamado ‘mecenato científico’ neste episódio e na criação do Hospital Gaffré-Guinle, é importante ver o trabalho de SANGULAR, Gisele Porto. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940*. Tese de doutorado em História das Ciências e da Saúde, 2005.

³⁶⁴ Relatório da organização do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra no Rio de Janeiro. (FCCF; C: 8, M: 3, p. 4). A escolha destes estados se deu pelo fato de seus governantes estarem “profundamente interessados” no assunto e de possuírem organizações ditas ‘modernas’ de luta contra a lepra, além de especialistas dedicados ao problema. Deve-se ressaltar, ainda, que os estados escolhidos, sobretudo o Pará, tinham elevado índice de casos.

³⁶⁵ A referência a esta visita também pode ser encontrada no texto de Paul Weindling, na pág. 561, onde se encontra, ainda, a referência à especialização profissional de Burnet, como de nutricionista. Ali, o autor afirma que o nutricionista veio à América Latina estudar aspectos da mortalidade infantil e demais condições de saúde, de modo geral, e não a lepra em especial. Entretanto, no *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra* encontrei a informação de que ele esteve no Brasil, “(...) incumbido de estudar a situação da lepra na América do Sul (...)”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo, Ano I, nº 6, 30 de setembro de 1929, p. 13.

último, Burnet conheceu a Inspetoria de Profilaxia da Lepra, o leprosário de Santo Ângelo, o preventório Santa Therezinha e o Instituto de Higiene e, em Minas Gerais, conheceu as obras do futuro leprosário de Santa Isabel. Na visita a São Paulo, não apenas as instituições governamentais foram apresentadas ao Dr. Burnet, mas também a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, dirigida por Alice Tibiriçá.

O Centro Internacional de Leprologia ou Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra, ou ainda, Centro Internacional de Pesquisa sobre a Lepra, foi uma instituição criada no Rio de Janeiro na década de 1930, existindo alguma controvérsia sobre o ano exato desta criação, se 1931 ou 1934. Segundo a Coleção de Leis do Brasil, pode-se entender o início de seu funcionamento a partir do Decreto nº 23658, de 28 de dezembro de 1933, que concedeu um crédito especial para a instalação e custeio da instituição, que funcionaria na capital federal sob os auspícios da Liga das Nações e seria fundado em 1934.³⁶⁶

No entanto, segundo Paul Weindling, desde 1931 pode-se dizer que este Centro passou a existir, pois é desta data a concordância da Liga das Nações com o governo brasileiro no sentido de criá-lo: “Em 1931, essa organização concordou com o governo brasileiro e dispôs-se a financiar um centro internacional para pesquisa da lepra, sob a responsabilidade do Doutor [Carlos] Chagas, no Rio de Janeiro”.³⁶⁷

É importante também considerar a documentação primária existente sobre este Centro e que integra o Fundo Pessoal Carlos Chagas Filho, depositado na Casa de Oswaldo Cruz. Segundo esta documentação, o ano de 1931 é a data correta de sua criação, já que desde 15 de abril de 1931, foi constituído o comitê de direção do futuro centro de pesquisas leprologicas: "L'article 3 du Statut organique du Centre, dont vous trouverez copie annexée à la lettre du Gouvernement du Brésil en date du 15 de avril 1931 se réfère à la note précitée, prévoit que les organes du Centre Internationale d'étude sur la lépre comporte un Comité de

³⁶⁶ Em relação a esta controvérsia, é interessante observar a figura 27 do Caderno de Imagens, que retrata a cerimônia de inauguração deste Centro. Sua data é 20 de abril de 1934, e esta informação foi retirada do livro de Souza-Araújo que, inclusive, faz parte dos que nela estão retratados.

³⁶⁷ WEINDLING, Paul, *op. cit.*, p. 564.

Direction dont la constitution est exposée à l'article 5 du même Statut".³⁶⁸ De toda forma, o que foi possível concluir é que sua criação se deu, como atesta a documentação consultada, em 1931, mas o funcionamento, de fato, apenas em abril de 1934.

Em 1931, Bernardo Nocht, ex-diretor do Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo e membro do Comitê de Higiene da Liga das Nações, veio ao Brasil convidado por Carlos Chagas para concretizar a criação do Centro Internacional de Leprologia. Reuniu-se várias vezes com o conselho provisório do Centro para os trabalhos de "(...) organização e orientação das atividades técnicas do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra".³⁶⁹ Neste mesmo documento fica claro o espírito de cooperação dos profissionais brasileiros, pois o Dr. Nocht pôde "(...) verificar as possibilidades de trabalho naqueles estados e teve ocasião de constatar a boa vontade e a solicitude com que é recebida em todo o Brasil a organização do Centro Internacional de Leprologia".³⁷⁰

Em reunião realizada em 15 de abril de 1931, foram definidos que órgãos fariam parte do Centro e instituído o Comitê de Direção, que seria composto por sete membros, com Guilherme Guinle ocupando o lugar de presidente, designado pelo governo brasileiro, seguido pelo diretor do DNSP, Belisário Penna; o diretor do IOC, Carlos Chagas; Etienne Burnet, representante da Sociedade das Nações e mais três representantes, sendo dois de países da América Latina.

Em carta enviada a Guilherme Guinle por Ludwik Rajchman, de 27 de junho de 1932, fica clara esta sugestão e a indicação dos nomes de "(...) professeurs Pedro Balina, de l'Université de Buenos-Aires; Eduardo Rabello, de l'Université de Rio de Janeiro, et Alexandre Herrera Restrepo, Directeur du Service National de la lèpre en Colombie".³⁷¹ A presença dos dois últimos membros foi justificada pelo fato de que se deveria pensar em países onde o problema da lepra fosse importante e que empreendessem "verdadeiramente"

³⁶⁸ Correspondência recebida por Eduardo Rabello, enviada pela *Société des Nations*, em 7/06/1932 (FCCF; C: 6; M:2).

³⁶⁹ Relatório da organização do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra no Rio de Janeiro. (FCCF; C:8; M:3; p. 1).

³⁷⁰ *Idem* (FCCF; C:8; M:3; p. 4).

³⁷¹ Correspondência recebida por Guilherme Guinle, em 27/06/1932, enviada por Ludwik Rajchman. (FCCF; C:8; M:3).

uma luta contra a doença: “(...) sendo a Colômbia um dos países sul americanos a que interessa a luta contra a lepra, ficou resolvido que o Comitê de Direção procurará obter a cooperação desse país e a indicação de um técnico que possa representá-lo na direção do Centro”.³⁷²

Na carta citada no parágrafo anterior, foi sugerido também um plano de trabalho para o ano de 1933, pois “(...) le Centre pourrait être inauguré au début de 1933”.³⁷³ No entanto, o tempo gasto para a construção de suas instalações iniciais foi maior do que o desejado. De acordo com entendimentos mantidos, Belisário Penna se responsabilizou em:

“(...) empenhar todo o valor de sua autoridade e os recursos do Departamento que dirige nos objetivos visados pelo Centro, pondo à disposição do mesmo as organizações anti leprosas existentes na capital do país. O mesmo diretor prometeu realizar no leprosário do Departamento de Saúde Pública (Leprosário de Curupaity) as instalações necessárias a ensaios de tratamento e a pesquisas experimentais sobre a lepra”.³⁷⁴

No IOC seria igualmente organizada uma seção de estudos sobre a lepra, dirigida por Souza-Araújo, onde deveriam “(...) trabalhar com autonomia técnica e sob imediata orientação do Diretor do Centro, não só pesquisadores do IOC designados pelo Comitê de Direção, como ainda pesquisadores estrangeiros contratados pelo Conselho de Administração”.³⁷⁵ Foi recomendado que se fizessem obras nestas instalações para apropriá-las à realização de pesquisas especialmente dedicadas à lepra e que tivesse, ainda, um dispensário para ensaio de tratamento, pois nesta seção seriam feitos “(...) todos os trabalhos de preparo dos medicamentos de pesquisas farmacológicas destinadas ao progresso da terapêutica da lepra”.³⁷⁶

³⁷² Relatório da organização do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra no Rio de Janeiro. (FCCF; C:8; M:3; p. 2).

³⁷³ Correspondência recebida por Guilherme Guinle, em 27/06/1932, enviada por Ludwik Rajchman (FCCF; C:8; M:3).

³⁷⁴ Relatório da organização do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra no Rio de Janeiro. (FCCF; C:8; M:3; p. 3).

³⁷⁵ *Idem*, (FCCF; C:8; M:3, p. 5).

³⁷⁶ *Idem*, (FCCF; C:8; M:3, p. 6).

O fato é que o Centro não começou a funcionar em 1933 como se pretendia. Em correspondência ao Ministro das Relações Exteriores do Brasil, enviada por F.G. Boudreau, de 15 de fevereiro de 1934, é narrada uma reunião ocorrida em novembro de 1933 onde “(...) le Conseil d’Administration du Centre a tenu sa première session à Genève le 1er novembre 1933 et a nommé Directeur le Professeur Carlos Chagas”.³⁷⁷ Esta correspondência foi enviada ao Ministro da Educação e Saúde Pública, Washington Pires, em 8 de março de 1934, pedindo urgência na aprovação desta nomeação, no que foi prontamente atendido.

Entretanto, meses antes desta nomeação, mais precisamente em 10 de janeiro de 1934, em uma das salas da Companhia Docas de Santos, na Av. Central, no centro do Rio de Janeiro, ocorreu uma das primeiras reuniões do Comitê de Direção do “Centro Internacional de Estudos de Lepra”.³⁷⁸ Presidida por Guilherme Guinle, a reunião contou com um representante do Comitê de Higiene da Liga das Nações, o prof. Etienne Burnet, além de Carlos Chagas, diretor do Centro, Eduardo Rabello e Raul d’Almeida Magalhães, como membros efetivos.³⁷⁹ Nesta reunião, Carlos Chagas apresentou os objetivos do Centro e uma proposta de divisão das atividades de pesquisa, que ficariam subordinadas a três seções: Pesquisas epidemiológicas e clínicas; Química fisiológica; e a de Imunologia. Para dirigi-las, Carlos Chagas sugeriu que fossem contratados os técnicos do IOC, mediante uma gratificação; já Guilherme Guinle ponderou que se contratassem profissionais especializados com dedicação e tempo integral às pesquisas no Centro. A primeira proposta

³⁷⁷ Correspondência recebida pelo Ministro das Relações Exteriores do Brasil, enviada por F.G. Boudreau, Directeur médical d l’Organisation d’Hygiène. Secrétaire du Conseil d’Administration du Centre, em 15/02/1934. (FCCF; C:8; M:3).

³⁷⁸ Neste documento, o Centro Internacional de Leprologia encontra-se nomeado desta forma. (FCCF; C:8; M:3). No livro de Souza-Araújo (História da lepra no Brasil) na página 606, há uma notícia sobre o início do funcionamento do Centro após janeiro de 1934. “Será inaugurado em janeiro do ano entrante [1934] um Centro Internacional da Lepra, sob os auspícios da Liga das Nações, sustentado pelo Governo e pelo Sr. Guilherme Guinle”. Esta notícia foi publicada no periódico *A Folha Médica*, Ano XIV, nº 36, pp. X-XII, de 1933.

³⁷⁹ Gisele Sanglard identificou este último membro da reunião como um amigo bem próximo a Guilherme Guinle. SANGLARD, Gisele, *op. cit.*, p. 204.

foi vencedora e Guilherme Guinle “(...) à vista das justas ponderações do professor Chagas, concordava com o alvitre proposto”.³⁸⁰

Para dirigir as Seções foram nomeados o Dr. Souza-Araújo, para a Seção de Epidemiologia, e poderia contratar dois ajudantes; o Dr. José Carneiro Felipe para a Seção de Química Fisiológica, com um ajudante; e, para a Seção de Imunologia, foi nomeado o Dr. José da Costa Cruz, com um ajudante.³⁸¹ Foram indicados, ainda, os funcionários administrativos, como secretário, guarda-livros, tradutor, datilógrafo e serventes e definidas suas respectivas gratificações. No encerramento desta reunião, ficou acordado que a próxima seria convocada na ocasião de instalação dos serviços do Centro, o que ocorreu em 20 de abril de 1934, segundo a imprensa local. Na edição de 21 de abril de 1934, o periódico carioca *Jornal do Comércio* publicou o seguinte:

“O Centro Internacional de Leprologia, enquanto não tiver sede própria, vai funcionar em Manguinhos nos vários edifícios do Instituto Oswaldo Cruz. Compõe-se ele, desde já, de três seções: a 1ª de Clínica-terapêutica e epidemiologia da lepra, sob a chefia do Dr. H. C. de Souza-Araújo; a 2ª, de Bacteriologia, biologia e sorologia, chefiada pelo Dr. José da Costa Cruz; a 3ª, de Química-terapêutica e Físico-química, sob a chefia do Professor José Carneiro Felipe. Cada uma dessas seções terá assistentes, em numero crescente a medida das necessidades.

“O Centro terá desde já a colaboração do leprosário federal de Curupaity, e do de Minas Gerais, ambos com total de 1200 leproso.

“Nesses estabelecimentos selecionará o Centro grupos de doentes para tratamento e estudos. Os médicos desses dois leprosários serão aproveitados como colaboradores na atividade clínico-terapêutica do Centro. Os estudos de epidemiologia serão feitos por uma comissão médica itinerante, nos focos de lepra em evolução. Os laboratórios de pesquisas e estudos funcionarão em Manguinhos e os de exames de rotina nos leprosários. Os medicamentos anti-lepróticos para uso do Centro serão fabricados também em Manguinhos, que importou, da Índia, óleo de chaulmoogra legítimo em grande quantidade para esse fim. Todas as pesquisas serão orientadas diretamente pelo Professor Carlos

³⁸⁰ Gabinete do Diretor Geral do DNSP, s/d. (FCCF; C:8; M:3).

³⁸¹ Encontrei um documento intitulado “*Centro Internacional de Leprologia – Règlement interieur et administratif et statut du personnel – Relação dos funcionários técnicos e administrativos*” datado de 14 de maio de 1934, que apresenta o Centro Internacional de Leprologia com 4 Seções e não as 3 citadas; a diferença é a existência do nome de Henrique de Beaurepaire Aragão como Chefe de Seção, junto aos demais nomes citados. (FCCF; C:8; M:3).

Chagas, diretor do Centro. O Conselho Diretor se reunirá periodicamente para conhecer da atividade do Centro”.³⁸²

A agenda de atividades do Centro definia-se pelas atividades de pesquisa e ensino. Em relação à pesquisa, pode-se destacar a ênfase dada à produção nacional de um medicamento que fosse similar ao óleo de chaulmoogra. Medicamento importado, com grande demanda de uso em todos os leprosários do país, representava um alto custo de importação que se procurava diminuir. Assim, as pesquisas que tivessem como foco a busca de uma substância da flora brasileira, com ação similar ao chaulmoogra, eram altamente incentivadas.³⁸³

Em 1934, Souza-Araújo relatou algumas das atividades da Seção Técnica de Clínica e Epidemiologia, então sob sua responsabilidade. Tal Seção iniciou suas atividades em 2 de maio de 1934, e dentre as tarefas destacam-se os exames de laboratório e preocupação com a coleta de “(...) dados estatísticos e literatura sobre a lepra”.³⁸⁴ Em correspondência à Alice Tibiriçá, Souza-Araújo também informou os objetivos do Centro, recentemente criado:

“(…) a reunir todos os dados possíveis, e a realizar os mais completos estudos no que disser respeito à história, geografia, epidemiologia, estatística, etiologia, clínica, terapêutica, profilaxia etc. da lepra, principalmente na América do Sul.

“Para este fim solicito a vossa colaboração valiosa no sentido de remeter-nos todo o material que puderdes, como sejam fotografias de leprosários ou de habitação isolada de leproso, ambulatórios, colônias agrícolas etc. diagramas, mapas, estatísticas, ou qualquer outro.

“Todas as publicações sobre lepra, aí feitas, nos interessam sobremaneira, inclusive artigos de jornais e de revistas.

“Será de valor estimativo qualquer informe, se possível acompanhado de análises químicas, sobre os produtos empregados no tratamento da lepra nesse Estado, notadamente de plantas regionais.

³⁸² *Jornal do Comércio*, 21 de abril de 1934, *Apud* TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo Ribas, *op. cit.*, pp. 237-238.

³⁸³ A pesquisa que procurava esta alternativa local foi bastante enfatizada quando o Serviço Nacional de Lepra foi criado e suas atribuições definidas, como já dito.

³⁸⁴ Ofício do chefe da 1ª Seção do CIL, Heraclides César de Souza-Araújo, enviado ao Diretor do CIL, datado de 31 de maio de 1934. O papel possui a identificação do Centro Internacional de Leprologia – Fundado sob os auspícios da Sociedade das Nações, com sede no Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. (FCCF; C:8; M:3).

“Contando com a contribuição que não vos negareis, certamente, a prestar a uma causa de alcance universal, subscrevo-me atenciosamente, H. C. de Souza-Araújo, Secretário e Chefe de Seção”.³⁸⁵

A partir de novembro de 1934, com a morte de Carlos Chagas, o Centro Internacional de Leprologia passou a ser presidido por Eduardo Rabello.³⁸⁶ Em 1936, a instituição ofereceu o ‘1º Curso Oficial de Leprologia’ no Brasil, com duração de quatro meses, de 14 de julho a 14 de novembro. Seu objetivo era oferecer aos interessados os conhecimentos mais modernos sobre a leprologia e preparar técnicos para os serviços de saúde pública. Dirigido por Eduardo Rabello, que era também professor da Universidade do Brasil, o curso era considerado de extensão universitária; sua conferência inaugural foi realizada pelo professor Pedro Baliña, colaborador do Centro como representante da Argentina, que apresentou a palestra “Estado atual do problema da lepra na Argentina”. Foram professores deste curso, além de Eduardo Rabello, Hildebrando Portugal, Joaquim Mota, Francisco Eduardo Acioly Rabelo, Souza-Araújo e Ramos e Silva, dentre outros nomes importantes na especialidade. O Curso possuía uma parte teórica, com aulas expositivas, e uma parte prática com trabalhos realizados no Pavilhão São Miguel, onde funcionava a Clínica Dermato-Sifilográfica, da Faculdade do Brasil; no Hospital Colônia de Curupaity; nos dispensários dos Centros de Saúde e nos preventórios paulistas Santa Therezinha e Abrigo Feliz. Também colaboraram com este primeiro curso, o Instituto de Higiene em São Paulo e a Cadeira de Clínica Dermato-Sifilográfica, da Faculdade de Medicina.

No programa do curso constava uma grande introdução, de responsabilidade de Eduardo Rabello, que procurava situar o aluno a respeito do campo da leprologia e seu estado atual no Brasil; após isto, o aluno assistia a aulas distribuídas em cinco grandes áreas.³⁸⁷ Foram matriculados 87 médicos ou doutorandos, mas apenas 40 compareceram à

³⁸⁵ Souza-Araújo, *Apud* TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo Ribas, *op. cit.*, p. 238.

³⁸⁶ A figura 28, datada de abril de 1935, mostra um grupo de leprologistas que atuavam no Centro Internacional de Leprologia, dentre eles, seu diretor, Eduardo Rabello.

³⁸⁷ As áreas eram ‘Propedêutica dermatológica com aplicação ao diagnóstico clínico da lepra’; ‘Distribuição geográfica e estatística da lepra Etiologia’; ‘Anatomia patológica, patologia geral e clínica da lepra’; ‘Epidemiologia da lepra’; e ‘Profilaxia da lepra – medidas higiênicas que lhe são aplicáveis’. O programa

Faculdade de Medicina, na Praia Vermelha para fazer a última prova escrita do curso. O ponto sorteado foi “Síndromes nervosas confundíveis com a lepra – Lepra nervosa”. Além da prova escrita, foram realizadas as provas práticas no Hospital Colônia Curupaity, e as orais no Pavilhão São Miguel. Todos foram aprovados, sendo que nesta turma, podem ser encontrados expoentes no campo da leprologia nacional, como Candido de Oliveira e Silva, Thomaz Pompeu Rossas, Joir Gonçalves Fontes, João Baptista Risi, Francisco Medeiros Dantas ou Armando Pondé.

Aos alunos que concluíram o curso, foi-lhes entregue o diploma em cerimônia realizada em 12 de fevereiro de 1937, na Reitoria da Universidade do Brasil, com a entrega de prêmios e medalhas aos primeiros colocados e a notícia de que, a estes médicos:

“(…) diplomados em Leprologia temos [a direção do Centro Internacional de Leprologia] o prazer de noticiar que os Serviços de Higiene dos Estados, já estão pedindo ao Centro a indicação de médicos para seus serviços de lepra. Seria conveniente que todos os médicos diplomados, que desejem seguir a especialidade, fizessem estágios em leprosários, dispensários de lepra ou serviços itinerantes de censo de leprosos, para oportunamente ocuparem cargos de maior responsabilidade”.³⁸⁸

Não foi possível descobrir se houve uma segunda turma deste curso; tampouco encontrei elementos que pudessem mostrar o funcionamento e as atividades deste Centro nos anos de 1937 e 1938.³⁸⁹ Entretanto, foi possível identificar sua ação no campo da

completo do curso, com os respectivos temas pormenorizadamente descritos, encontra-se publicado em *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Ano XI, nº 1, 1936, pp. 21-26.

³⁸⁸ “Centro Internacional de Leprologia – Curso de Leprologia de 1936 – 1ª turma de diplomados”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Ano XII, nºs 1 a 6, 1937, pp. 45-46.

³⁸⁹ Em relação ao ano de 1937, acredito que as atividades do CIL tenham sido cumpridas, pois o Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, em depoimento à Comissão de Finanças no dia 11 de março de 1937, argumenta que, como parte integrante da campanha contra a lepra no Brasil, a pesquisa tem sido prioridade nacional, já que o “(...) Governo brasileiro entrou em entendimento com a Sociedade das Nações, para a construção, aqui no Brasil, de um aparelho que se denomina Centro Internacional de Leprologia, cujo fim declarado é justamente a pesquisa. Ora, esse aparelho está funcionando desde 1934 e realizando uma parcela do que aspirava o nosso Governo. (...) por meio do CIL ou quaisquer outros aparelhos acaso existentes no país ou que venham a existir, o governo federal realizará esta primeira parte do seu plano de combate à lepra, isto é, a pesquisa sob todos os aspectos, afim de descobrir todas as modalidades da moléstia, todas as formas do seu contágio, todos os processos de sua cura, todos os veículos de sua transmissão, em suma tudo quanto diga respeito a esse importantíssimo problema.” Arquivo pessoal Gustavo Capanema. F. 576-598-617, Comissão de Saúde, Seção de 11/03/1937.

leprologia nacional e pesquisa leproológica através de artigo de João de Barros Barreto.³⁹⁰ Ao apresentar as atividades da campanha contra a lepra no Brasil na X Conferência Sanitária Pan-Americana de Bogotá, Barreto narrou as atividades de tratamento e pesquisa realizadas pelo Centro Internacional de Leprologia no ano de 1938.

Neste artigo, o Centro foi apresentado como constituído por quatro seções (Química farmacêutica; Epidemiologia; Bacteriologia; e Imunologia) que trabalham em conjunto com o IOC, a Faculdade de Medicina e o DNS e mantinham “com grande concorrência” um curso de leprologia para médicos. Além destas atividades, foram citadas pesquisas, tais como: a obtenção de um ‘éster caulmoógrico’ (sic) com menor grau tóxico, comparado ao chaulmoogra; a pesquisa por um medicamento que não produzisse pigmentação na pele do paciente; o avanço da pesquisa que buscava na planta brasileira, *Carpatroche brasiliensis* (Sapucainha), um medicamento com efeito semelhante ao *Hydnocarpus* (de onde provinha o chaulmoogra); e a importância do azul de metileno no tratamento das lesões leprosas.

A outra forma de conhecer um pouco das atividades do Centro Internacional de Leprologia em 1938 e a importância de suas pesquisas, é o exemplo do trabalho do Dr. Osório de Almeida, leprologista do quadro de pesquisadores daquele Centro. Em março de 1938, foi realizada no Cairo a 4ª Conferência Internacional de Lepra, e a delegação brasileira apresentou trabalhos que foram bastante debatidos por sua originalidade.³⁹¹ Esta Conferência possibilitou uma aproximação mais estreita entre os leprologistas brasileiros e os internacionais, e, nesse sentido, gostaria de enfatizar a visita ao Brasil do médico filipino Hamilton Windsor Wade, considerado um dos grandes nomes, daquele momento, na área da leprologia.

O Dr. Wade veio ao Brasil em junho de 1938, a convite e “às expensas” de Guilherme Guinle, para conhecer o método de tratamento da lepra pelo oxigênio sob pressão e pelo azul de metileno, no Centro Internacional de Leprologia, no Rio de

³⁹⁰ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”, *cit.*, pp. 245-261.

³⁹¹ Este aspecto é trabalhado com maiores detalhes no capítulo seguinte desta tese.

Janeiro.³⁹² Além disso, era intenção demonstrar concretamente ao Dr. Wade os trabalhos desenvolvidos pelo Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, e por seu diretor, o Dr. Salles Gomes. Tais ações o Dr. Wade havia conhecido através de filmes exibidos naquela Conferência e muito o impressionaram. Era plano, ainda, que o médico filipino conhecesse as atividades contra a lepra nos Estados de Minas Gerais e Espírito Santo, mas não foi possível.³⁹³

O Dr. Wade permaneceu no Rio de Janeiro cerca de 10 dias, nos quais acompanhou atentamente o trabalho do Dr. Osório de Almeida, que tanto “(...) mereceu a atenção da Conferência” e dele em especial.³⁹⁴ Após sua permanência no Rio de Janeiro, acompanhando cotidianamente os trabalhos realizados no Centro Internacional de Leprologia pelo Dr. Osório de Almeida com seus pacientes, o Dr. Wade se mostrou convicto da eficácia do método totalmente brasileiro e sobre o qual teceu diversos elogios. Segundo ele, ‘comprovadamente’, houve “(...) a melhora e a desapareção das lesões foram meticulosamente verificadas”³⁹⁵ ao analisar as fotografias anteriores ao tratamento e realizar diversos exames bacterioscópicos.³⁹⁶

³⁹² É interessante relembrar que o número especial da *Revista Brasileira de Leprologia* do ano de 1936, tratou exatamente deste tema: o azul de metileno na terapêutica da lepra. Acredito que é importante este dado ser enfatizado aqui, pois traduz, de alguma maneira, a capacitação profissional dos leprologistas brasileiros e sua dedicação à pesquisa com este componente, buscando alternativas para o tratamento da lepra que demonstrassem algum diferencial em relação ao chaulmoogra.

³⁹³ “Noticiário - Visita do Dr. H. W. Wade – Impressões preliminares em torno do problema da classificação”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Ano 19, setembro de 1938, n.ºs. 1 e 2, pp. 69-77. Neste documento encontram-se reproduzidas a correspondência mantida entre Eduardo Rabello e H.W.Wade, além de um relatório, escrito por Rabello, sobre a viagem de Wade ao Brasil e sua importância para a consolidação do campo da leprologia nacional como uma das mais atuantes da América Latina, juntamente com a Argentina e Colômbia. A visita de Wade ao país foi muito importante para sustentar internacionalmente o tratamento concebido por Osório de Almeida com o oxigênio sob pressão e o azul de metileno para a cura da lepra e para a proposta brasileira de nova classificação para a doença, da qual falarei no próximo capítulo.

³⁹⁴ “Sessão de 27-4-938 da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Ano 19, setembro de 1938, n.ºs 1 e 2, p. 51.

³⁹⁵ “Noticiário – Visita do Dr. H. W. Wade”, *cit.*, p. 70

³⁹⁶ Em correspondência enviada posteriormente ao Dr. Parran, diretor do leprosário de Carville, em Louisiana, o Dr. Wade sugeriu o emprego do método brasileiro naquela instituição diante da constatação de sucesso. Este leprosário tem um papel importante no tratamento químico da lepra, pois foi lá que G.H. Faget em 1942, testou com sucesso as sulfas para o tratamento da lepra. Sobre as sulfas e Carville, cf. FAGET, G.H. *et alii*. “Sulfanilamide in the treatment of leprosy”. *Public Health Reports*. USA: Vol. 57, nº 50, December 11, 1942.

No entanto, mesmo com uma agenda de trabalho e pesquisa tão intensa, o Centro Internacional de Leprologia teve em 1938 o último ano de sua atividade, pois, ao que tudo indica, a partir de março de 1939 foi desfeito o acordo com a Liga das Nações e o governo brasileiro denunciou o convênio.³⁹⁷ Acredito que fatores referentes ao contexto externo, no caso, a Segunda Guerra, provavelmente devem ter dificultado o cumprimento de convênios como os acordados com a Sociedade da Liga das Nações. O interesse desta por questões relativas à saúde nos mais diversos países, muito provavelmente também mudou com o evento da Guerra, sobretudo se pensarmos que a Liga, após o término da Guerra, foi desfeita e formada uma outra organização em 1945, a ONU. Outra hipótese para o fechamento do Centro é sugerida por Vivian Cunha ao lembrar que, entre 1933 e 1940, o secretário geral foi o francês, Joseph Avenol, que tinha um perfil politicamente mais conservador.³⁹⁸ Isso talvez explique o funcionamento que a Liga teve no período: mais isolada e tímida em Genebra, talvez até menos ousada e pouco investindo em ações não tão convencionais, como o foi a criação do Centro Internacional de Leprologia.

De todo modo, a pesquisa leproológica não foi completamente abandonada, pois Souza-Araújo, como cientista do IOC, continuaria a executá-la naquele Instituto. Dois anos depois, em 1941, com a criação do Serviço Nacional de Lepra e as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Saúde referentes à lepra e seu combate, o tema da pesquisa laboratorial leproológica voltou à agenda dos leprologistas e o Instituto de Leprologia, alguns anos depois, veio suprir esta necessidade.

³⁹⁷ A historiadora Vivian da Silva Cunha, que realiza uma pesquisa sobre o Centro Internacional de Leprologia, gentilmente me cedeu a indicação de documentação no Arquivo Histórico do Itamaraty que contém pistas nesse sentido. Há um ofício datado de 20 de março de 1939, dirigido a Eduardo Rabello, diretor do CIL, comunicando que a legação brasileira em Berna informou ao secretário da Liga das Nações que o governo brasileiro resolveu denunciar, a partir de 12 daquele mês, à manutenção do CIL.

³⁹⁸ CUNHA, Vivian da Silva. *Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra: Ciência, saúde e relações internacionais no Brasil do entre guerras*. Mimeo., 2005, p. 11.

2.3.2 - O Instituto de Leprologia

“É sua [do SNL] preocupação de aparelhar o Brasil com um Instituto de Leprologia, onde se faça alta investigação sobre a lepra, visando o aproveitamento do magnífico material de que dispomos e que, lamentavelmente, não tem sido aproveitado como deveria ser. Este Instituto será o vértice da nossa estrutura profilática, de onde partirão as diretrizes que conduzirão as nossas atividades antilepróticas com a maior precisão e no sentido de maior segurança e eficiência”.

Ernani Agrícola³⁹⁹

Desde sua criação o Serviço Nacional de Lepra atribuiu à investigação laboratorial e pesquisa básica, os pilares para o desenvolvimento de estratégias para o combate à lepra no país. Com uma agenda de responsabilidades definida na 1ª Conferência Nacional de Saúde, a pesquisa de cunho investigativo se constituía num dos instrumentos do chamado “armamento anti-leprótico”, como definia Barros Barreto.

O campo de ação delimitado por aquela Conferência recomendava como missão do SNL “(...) realizar estudos, investigações epidemiológicas, censo, inquéritos e coleta de dados técnicos e administrativos e 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 [da lepra]”.⁴⁰⁰ Desta forma, constava, ainda, deste campo de ação estratégico, a criação de um ‘Centro Nacional de Estudos e Investigações da Lepra’ que deveria se ater aos aspectos de “(...) epidemiologia; bacteriologia; sorologia; imunologia; anátomo-patologia; bio-química; estudos clínico e terapêutico; estudos experimentais sobre transmissão da lepra; padronização e controle dos medicamentos antilepróticos; e treinamento do pessoal técnico”.⁴⁰¹

³⁹⁹ AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 10.

⁴⁰⁰ “Atribuições do Serviço Nacional de Lepra e programa de ação”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, *cit.*, pp. 5-7

⁴⁰¹ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, pp. 7-133, citação na pág. 129.

Com a aprovação do Regimento do SNL em 1944 e a definição das responsabilidades das Seções que o integravam, ficou reservada à Seção de Epidemiologia a competência de “(...) realizar inquéritos, investigações e estudos sobre a epidemiologia, profilaxia e terapêutica da lepra (...) e a realização de pesquisas sobre problemas de leprose”.⁴⁰² Entretanto, Ernani Agrícola ponderava que seria necessária a criação de um órgão especializado na pesquisa laboratorial da lepra e que, apesar de subordinado ao SNL, tivesse autonomia administrativa e científica. Agrícola afirmava que desde a criação do Serviço, acalentava a idéia de fundar uma instituição que pudesse ocupar o espaço deixado pelo Centro Internacional de Leprologia:

“Desde a criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941, cuja direção me foi confiada, pensei firmemente em instalar um instituto de pesquisas sobre a lepra, pois, havia desaparecido o Centro Internacional de Leprologia, que funcionou de 1934 a 1939, graças ao acordo firmado entre a Liga das Nações, o Governo do Brasil e o filantropo brasileiro Guilherme Guinle”.⁴⁰³

Em 1942, Agrícola já havia conseguido convencer o Ministro Capanema no sentido de concretizar sua idéia. Tanto é assim que o Ministro determinou que fosse escolhido o local apropriado para a construção do Instituto pleiteado. A idéia era construir o Instituto de Leprologia em local diverso do SNL, que funcionava na Rua Washington Luiz, nas proximidades do Hospital da Cruz Vermelha. Para tanto, o psiquiatra Aduino Botelho, diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, cedeu parte do terreno que pertencia à Colônia Juliano Moreira, localizada em Jacarepaguá.⁴⁰⁴

Entretanto, segundo Agrícola, “inexplicavelmente” não foi iniciada sua construção, mesmo após terem sido cumpridas as várias etapas necessárias para isso, tais como a

⁴⁰² Decreto nº 15484, de 8 de maio de 1944 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde, Cap. III, Artigo 7º.

⁴⁰³ AGRÍCOLA, Ernani. “Instituto de Leprologia – Um pouco de sua história”. In: BRASIL. *Instituto de Leprologia – Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Lepra, 1970, p. 9.

⁴⁰⁴ Sobre esta proximidade, Agrícola mencionou, inclusive, que seria interessante ter uma instituição que pesquisasse lepra e estivesse localizada em área conjunta a um hospital psiquiátrico, pois se poderia haver “(...) boa cooperação com o Serviço [Nacional de Doenças Mentais] que dirigem na questão do estudo da lepra nervosa”. AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra – Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, p. 218.

escolha do local com demarcação no terreno; a elaboração do projeto arquitetônico pelos técnicos da Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde; e a liberação de verbas no Orçamento da União para o ano de 1942.⁴⁰⁵ Assim, a alternativa encontrada naquele momento foi dar continuidade à “(...) algumas investigações e pesquisas leprologicas [que] já vinham sendo procedidas num pequeno laboratório, instalado na sede do Serviço, sendo de ressaltar aqui a colaboração do Dr. Hildebrando Portugal”.⁴⁰⁶

Ao elaborar o relatório de atividades do SNL de 1943, Agrícola reafirmou sua intenção em construir uma instituição de pesquisa que tivesse como objeto principal justamente a lepra. Seu argumento foi fundamentado no desejo de aliar à estrutura e segurança trazidas pela implantação do modelo tripé no país, as atividades de pesquisa, pois:

“(...) este Serviço confia nas autoridades superiores, as mesmas que com tanta compreensão decidiram enfrentar o problema da lepra, para que esta idéia se converta numa realização prática, e o Brasil seja dotado de um Instituto, onde se estude a endemia com a precisão e o rigor necessários. O Instituto de Leprologia constituirá, por assim dizer, a cúpula do majestoso edifício da profilaxia da lepra, consagrado pela moderna campanha anti-hanseniana e ele se constituirá o arremate do programa que está sendo paulatinamente concretizado pelo Governo, após meticulosos estudos, e através de vários anos de labor e de entusiasmo, que não são despercebidos por todos os que acompanham as realizações nacionais”.⁴⁰⁷

Segundo ele, as investigações científicas que visavam conhecer a lepra e suas particularidades laboratoriais, deveriam ser incorporadas ao SNL e ter a mesma importância do modelo tripé de tratamento. No Relatório de Atividades de 1944, Agrícola afirmou enfaticamente que aos preventórios e leprosários se deu a devida importância na “guerra” contra a lepra; no entanto, em relação aos dispensários e à pesquisa laboratorial, a

⁴⁰⁵ Não foi possível encontrar uma explicação para o fato, já que a documentação que poderia elucidá-lo não foi localizada. Provavelmente, esta documentação se perdeu quando da transferência para Brasília. Na década de 1970, quando este Instituto foi absorvido pela Fundação Oswaldo Cruz, toda a documentação de sua propriedade deveria ter sido transferida para esta instituição. No entanto, o que podemos observar no acervo documental da Casa de Oswaldo Cruz, é que esta documentação não foi encontrada onde deveria estar: no Fundo IOC – Departamento de Medicina Tropical – Laboratório de Hanseníase.

⁴⁰⁶ AGRÍCOLA, Ernani. “Instituto de Leprologia – Um pouco de sua história”, *cit.*, p. 9.

⁴⁰⁷ *Idem.* “Atividades do SNL em 1943 (trechos do relatório apresentado ao Diretor Geral do DNS)”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 1, março de 1945, p. 55.

campanha antileprótica deixava a desejar. Reproduziu o ofício enviado ao Diretor da Divisão de Obras, do Ministério da Educação e Saúde, explicitando as razões da urgência em se construir uma instituição desta natureza como forma de empreender ‘correta e eficazmente’ o combate à lepra no país. Embora na dotação orçamentária de 1942 houvesse uma rubrica para esta obra, esta não foi utilizada, e tampouco reapareceu nos orçamentos dos anos subseqüentes “devido à situação do momento”, o que pode nos sugerir a instabilidade política decorrente do final do Estado Novo e, ainda, no contexto internacional de Guerra Mundial, diversas dificuldades econômicas.

Em 1946, mesmo não tendo ainda uma área especificamente delimitada para seu funcionamento, foi assinado o Decreto-lei nº 8548, de 8 de janeiro, oficializando a criação do Instituto de Leprologia para, de certa maneira, criar um comprometimento institucional entre o Ministério da Educação e Saúde e o SNL no sentido de firmar o acordo referido.⁴⁰⁸ Entretanto, em 1946 o Brasil enfrentava uma mudança política decorrente da queda do Estado Novo e da Constituinte, o que alteraria este projeto e, de certa maneira, pode explicar a pressa que se observou na assinatura de um Decreto-lei, que criava uma instituição sem que houvesse um local especificamente delimitado para sua construção e funcionamento.

Ernani Agrícola, que usara em 1942 ou 1943, o termo ‘inexplicavelmente’ para se referir ao atraso nas obras do Instituto de Leprologia depois de ver tantas etapas vencidas, enfrentou nova perplexidade naquela conjuntura. O fato é que, a sede própria do Instituto de Leprologia só foi inaugurada em 1952.

Tamanho atraso pode ser explicado, com as mudanças no contexto interno a partir da saída de Getúlio Vargas do poder, depois de 15 anos de governo. A alternativa vislumbrada pelo Diretor do SNL foi entrar em acordo com a Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária, que administrava o Hospital Frei Antônio. Esta Irmandade cedeu o espaço ocupado por duas enfermarias do Hospital e um terreno próximo para que

⁴⁰⁸ Decreto-lei nº 8548, de 8 de janeiro de 1946 – Cria, sem aumento de despesas, no Serviço Nacional de Lepra, do Departamento Nacional de Saúde, o Instituto de Leprologia. Este Decreto-lei alterou o Regimento do SNL, cuja nova redação foi aprovada com o Decreto nº 20354, da mesma data, 8 de janeiro de 1946 - Altera disposições do Regimento do Serviço Nacional de Lepra aprovado pelo Decreto nº 15.484, de 8 de maio de 1944.

servissem à construção do Instituto. Em 1947, foi firmado um acordo entre o SNL e a Irmandade Candelária, formalizando a cessão do espaço pertencente ao Hospital. As enfermarias seriam utilizadas para as atividades do Instituto, enquanto a sede nova não se inaugurava. Dois anos depois, 1949, foi iniciada a obra para a construção da sede que em 1952 foi inaugurada e recebeu o nome de Pavilhão Fernando Terra. O nome era uma homenagem ao antigo diretor do Hospital Frei Antonio, professor de dermatologia, um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Dermatologia em 1912 e seu primeiro presidente. Alguns anos depois, foi construído o biotério* e um segundo pavilhão que, anos mais tarde, foi sede do SNL que se transferiu do centro da cidade.

A divisão organizacional definida para o funcionamento do Instituto de Leprologia foi a que considerou as atribuições especializadas concernentes à pesquisa, sendo que estas ficaram denominadas de “Turmas”: de Anatomia Patológica; de Bacteriologia e Imunologia; de Bioquímica e Farmacologia; e de Clínica e Terapêutica. Para o apoio administrativo e logístico a estas “Turmas”, que eram, na prática, as tradicionais seções do serviço público, foram criadas as turmas de Documentação e a de Serviços Auxiliares, que englobavam Biblioteca, Arquivo e Documentação.

O primeiro diretor do Instituto de Leprologia foi João Baptista Risi, que o dirigiu de 1952 a 1960; após Risi, o IL teve cinco diretores que permaneceram no cargo por tempo médio de dois anos, diferenciando-se bastante desta primeira direção. Foram eles, Cândido Silva (1961/63); René Garrido Neves (1964/65); Nilson Carvalho da Silva (1966/68); Rubem David Azulay (1968/69) e Lygia Madeira (1970/76). A estrutura contemplava quatro áreas de pesquisa científica que permaneceu com esta mesma divisão até 1969. Para cada área foi nomeado um médico responsável, como se vê abaixo:

* Biotério é o local onde se conservam animais em condições adequadas à utilização em experimentos científicos ou produção de vacinas e soros (Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, p. 458).

Tabela 6 – Organização do Instituto de Leprologia

NOME DA “TURMA”	MÉDICO RESPONSÁVEL
Turma de Anatomia Patológica (TAP)	Rubem David Azulay
Turma de Bacteriologia e Imunologia (TBI)	Cândido Silva
Turma de Bioquímica e Farmacologia (TBF)	Inálio Martins de Castro
Turma de Clínica e Terapêutica (TCT)	Avelino Miguez Alonso

Fonte: Tabela construída a partir dos dados encontrados em BRASIL. *Instituto de Leprologia – Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Lepra, 1970, p. 11.

Para se conhecer um pouco da trajetória dos primeiros anos do Instituto de Leprologia, foi importante recorrer a duas fontes de investigação: os relatórios de atividades elaborados pelo Diretor do Departamento Nacional de Saúde e encaminhados ao Ministro da Educação e Saúde, e algumas entrevistas de história oral. O uso destas fontes foi a forma que vislumbrei para solucionar a falta de documentação manuscrita proveniente de arquivos institucionais.

Uma outra característica acerca dos relatórios como fonte neste trabalho, diz respeito à diferença encontrada entre aqueles que foram publicados nas décadas de 1940, de 1950 e os de 1960. O primeiro grupo, ou seja, o da década de 1940, tem como característica o fato de serem relatórios longos, detalhados, repletos de informações as mais diversas sobre as atividades rotineiras e considerações administrativas ou médicas sobre o SNL ou suas atividades. O segundo grupo, da década de 1950, apresenta relatórios que podem ser comparados a pequenos ensaios, mais rápidos e diretos, sem uma observação mais detalhada e apurada; soma-se a isso, que tais relatórios passam a reproduzir as atividades da Campanha Nacional contra a Lepra, iniciada em 1954. Por este motivo, foram menos úteis do que os primeiros, na medida em que não me forneceram dados suficientes para que eu pudesse analisar, não apenas o cotidiano da instituição, mas também a própria pesquisa científica lá produzida. Isso não se refere somente ao seu tamanho, visto que são muito

mais curtos e sequer são publicados sob a denominação de relatórios – são designados ‘Sucinto relatório dos trabalhos realizados’, geralmente com cerca de cinco páginas.

Após a saída de Ernani Agrícola da direção do SNL em início de 1954, tem-se uma mudança considerável na elaboração destes relatórios, pois os mesmos não foram mais publicados no *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, como era o habitual. Infelizmente, não foi possível descobrir onde passaram a ser publicados e mesmo se continuaram a ser publicados os relatórios do SNL. Posso também supor que os relatórios passaram a ser encaminhados apenas às autoridades superiores, e se perderam no conjunto da documentação do SNL.

O que observei é que foram publicados relatórios com as atividades de controle da lepra, mas aquelas executadas pelos estados separadamente, após o início da Campanha Nacional contra a Lepra em 1954. Isto coincide com a saída de Ernani Agrícola da Direção do SNL, podendo significar uma mudança de orientação. Desta forma, as atividades do Instituto de Leprologia, por exemplo, eram aquelas descritas no relatório como realizadas no âmbito da Campanha. Nos relatórios da década de 1960, foi possível encontrar algumas descrições de atividades através das atas das sessões de estudo realizadas nas dependências do Instituto de Leprologia; sua periodicidade não era exata, mas geralmente aconteciam uma vez ao mês. Assim, possuem um caráter totalmente diferente da descrição de atividades de trabalho e pesquisa, na forma como eram relatadas anteriormente, ou seja, até 1954.

Voltando à década de 1940, observei que, em relação aos relatórios dos anos de 1941 a 1943, especificamente, não há menção explícita sobre as atividades de pesquisa ou referência direta às ações mais estreitamente ligadas a pesquisa laboratorial. Os relatórios destes três anos, 1941, 42 e 43, apresentam grande semelhança entre si no que se refere às atividades do SNL, de modo geral. Estas são basicamente aquelas referentes à inauguração de leprosários, dispensários e preventórios, com novas instalações ou reforma dos já existentes, cumprindo as deliberações acordadas na 1ª Conferência Nacional de Saúde.⁴⁰⁹

⁴⁰⁹ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, pp. 7-133.

A partir de 1942, é grande o enfoque dado também às atividades do Censo Leprológico, mas também ao item ‘Publicações e concursos de trabalhos’, onde se vê a primeira menção ao concurso de monografias temáticas com a distribuição de prêmios aos classificados.⁴¹⁰ No entanto, as atividades de pesquisa laboratorial não são mencionadas. Com o relatório de 1943, vê-se alguma mudança; observamos a menção ao cultivo de plantas antilépricas que serviriam ao propósito do SNL de intensificar a busca de uma alternativa nacional para o fornecimento de óleo de chaulmoogra, em conjunto com o Serviço Florestal de São Paulo e com a Escola Superior de Agricultura de Viçosa. Nestas instituições, faziam-se experimentos com plantas, sendo que, mudas daquelas consideradas propícias à produção de um substituto para o óleo de chaulmoogra, eram transpostas e replantadas para os terrenos existentes nas colônias agrícolas.⁴¹¹

A partir de 1944, estes relatórios de atividades apresentam uma grande mudança, visto que se tornam mais substanciais e pormenorizados.⁴¹² É importante também dizer que mesmo já existindo periódicos específicos de divulgação científica ou administrativa como o *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, por exemplo, este foi o primeiro ano em que o relatório elaborado pelo Diretor do SNL, Ernani Agrícola, pôde ser analisado separadamente já que o documento foi publicado na íntegra por aquele periódico e as atividades de pesquisa puderam ser descritas separadamente.

Em relação às entrevistas de história oral, algumas fazem menção às atividades do Instituto de Leprologia e contam um pouco de sua história. Nesse sentido, o depoimento de Lygia Madeira, que foi médica do Serviço Nacional de Lepra, aprovada em concurso público em 1944, trabalhou na Seção de Epidemiologia e foi chefiada pelo Dr. Risi, que

⁴¹⁰ *Idem*. “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”, *cit.*, pp. 7-444.

⁴¹¹ *Idem*. “O Departamento Nacional de Saúde em 1943”, *cit.*, pp. 7-574. É importante lembrar que o cultivo de plantas antilépricas era uma das atribuições do SNL quando foi criado, conforme consta em suas atribuições e no programa de ação daquele Serviço para o ano de 1944, publicados em junho de 1943 no *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Percebe-se, ainda, uma iniciativa nacional na busca de alternativas para as plantas empregadas no tratamento da lepra, dando-se ênfase especial ao cultivo de *Carpotroche brasiliensis* e do *Hydnocarpus laurifolia*, plantas tipicamente brasileiras. Tais plantas comprovadamente poderiam ter a mesma capacidade de ação se comparadas ao chaulmoogra, cujo cultivo em terras brasileiras não era suficiente para o consumo interno implicando, portanto, em sua importação da Índia.

⁴¹² AGRICOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *cit.*, pp. 7-238.

viria a ser o primeiro diretor do Instituto, podem-se encontrar alguns elementos interessantes. Após realizar o curso de especialista em leprologia, exigência para trabalhar no SNL, Lygia Madeira fez sua carreira no Instituto, acompanhando a trajetória da Instituição desde os primeiros anos de seu funcionamento. Trabalhava na Turma de Bioquímica e Farmacologia. Segundo seu depoimento, o Instituto só passou mesmo a funcionar alguns anos depois de sua criação em:

“(...) 1946, isso no papel, na prática em 1952. No papel porque não tinha onde funcionar o Instituto porque lá na avenida Mem de Sá o espaço era muito pequeno e não tinha como. Aí depois o doutor Ernani Agrícola conseguiu esse... esse acordo com o hospital Frei Antônio. Eles cederam lá o terreno e então foi construído... aí já tinha hospital, foi construído um outro...”⁴¹³

Em maio de 1970, o Instituto de Leprologia passou a integrar a Fiocruz como órgão autônomo, coordenado pelo Instituto Oswaldo Cruz, mas sua sede permaneceu em São Cristóvão, no mesmo local em que foi criado. Segundo o depoimento do Dr. René Garrido Neves, leprologista e ex-diretor daquele Instituto de 1964 a 1965, o momento de anexação à Fiocruz, foi visto como de grande confusão e “turbulência”:

“(...) o Instituto de Leprologia de repente ele ficou sobre a orientação da Fiocruz, mas a Fiocruz não dava nada, só tinha aquela ligação de pertencer a Fiocruz...”⁴¹⁴

“(...) mas de todo modo, a forma de auxílio do governo, que eram as tais rubricas depositadas por duodécimos. Isso criava um problema desgraçado porque você tinha muita burocracia e isso prejudicou muito...”⁴¹⁵

“(...) aquela instituição que já tinha 27 anos de existência e respeito internacional, quer dizer, aquilo que se conseguiu de respeito lá fora numa penada, acabou. Levaram para a Fiocruz”⁴¹⁶

⁴¹³ Depoimento de Lygia Madeira César de Andrade. ‘Projeto Memória e História da Hanseníase através de seus depoentes (1960-2000)’, agosto de 2001, fita nº 2, Lado A.

⁴¹⁴ Depoimento de René Garrido Neves. ‘Projeto Memória e História da Hanseníase através de seus depoentes (1960-2000)’, setembro de 2001, fita nº 1, Lado B.

⁴¹⁵ Depoimento de René Garrido Neves, fita nº 2, lado B.

⁴¹⁶ Depoimento de René Garrido Neves, fita nº 3, lado A.

Ainda de acordo com seu depoimento, René Garrido se mostrou contrário à forma como esta incorporação foi feita, pois tal anexação retirou do IL sua identidade profissional, visto que o “jogou” em meio a uma instituição que tinha já uma face consolidada no cenário da saúde pública brasileira. Em suas palavras, o IL tinha a particularidade de funcionar:

“(...) como órgão de apoio a todos os serviços médicos; não era só serviço de dermatologia não, serviços... por exemplo, militares queriam a confirmação, se o caso era ou não de lepra, ia para lá [para o IL]; outros serviços todos... aquilo era um ponto de referência. O sujeito mandava através de ofício um paciente qualquer e a gente mandava através de ofício a forma clínica e tudo o mais. Fazia biópsia, fazia exame histopatológico, fazia tudo. (...) ele era um órgão que foi criado para fazer pesquisa clínica e tudo o mais, para dar apoio científico, isso é que era. Então, quando surgiu uma nova droga, mandava para o Instituto de Leprologia antes do Ministério da Saúde divulgar, antes de espalhar aquilo. Então eu lembro que uma vez veio um produto, se eu não me engano, japonês para ser usado sobre a forma de pomada para tratar doente de lepra. Chamava-se se eu não me engano Etisul... desprendia radicais sulfínicos (...)”⁴¹⁷

Este leprologista, que afirmou ser aquele “que apagou a luz do Instituto de Leprologia”, foi o primeiro autor de um artigo publicado no *Boletim da Divisão Nacional de Lepra* chamando a atenção para o papel inovador daquele Instituto. Tal artigo, afirmava que:

“(...) num momento em que o Instituto de Leprologia atravessa uma fase de transição, para integrar um dos órgãos autônomos da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, resolvemos registrar algumas pesquisas de interesse prático, realizadas no período em que funcionou como simples seção do Serviço Nacional de Lepra. [no período que exerci a chefia] devotamos especial atenção à pesquisa aplicada. A finalidade principal era fornecer recursos materiais àqueles que se dedicavam à leprologia clínica e também, divulgar uma instituição dedicada a pesquisa”⁴¹⁸

⁴¹⁷ Depoimento de René Garrido Neves, fita nº 2, lado A.

⁴¹⁸ NEVES, René Garrido *et alii*. “Alguns resultados práticos das pesquisas do Instituto de Leprologia”. *Boletim da Divisão Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXX, nºs 1 e 2, 1971, pp. 57-68.

Durante os cerca de 20 anos de sua existência, os temas fundamentais de suas pesquisas podem ser resumidos nos seguintes itens: a lepra experimental; as tentativas de cultura do *Mycobacterium Leprae*; o papel da BCG na profilaxia da doença; e os aspectos viscerais da lepra. Realizava exames histo-patológicos, como biopsias ou exames complementares para as diferentes seções do IL ou ‘Turmas’. No início da década de 1970, seu objeto principal de pesquisa era o estudo do desenvolvimento da doença nos seus aspectos intracelulares, além de se constituir como um membro cooperante da Organização Mundial de Saúde no estudo da endemia.⁴¹⁹ Em 1970 foi publicada uma brochura que pretendia fazer um inventário das atividades profissionais e científicas do IL, desde 1952 até aquela data. Ali pode ser encontrada uma frase lapidar de Carlos Chagas, quando afirmava que as estratégias de combate à lepra são, “(...) antes de tudo, um problema de estudo e investigação científica, tantas as incógnitas étio-patológicas, tanto os aspectos epidemiológicos obscuros que restringem ou impossibilitam o êxito das providências sanitárias”.⁴²⁰

Estas palavras ratificam a necessidade e a importância da pesquisa laboratorial da lepra no sentido de descobrir suas especificidades e diferenças em relação a outras doenças endêmicas e integrá-las às providências para combatê-la, já em curso no país. A busca por esta descoberta se constituía desde sempre num quesito importante para o conhecimento da doença lepra. Fazia parte também deste conhecimento mais completo da lepra, isolar os pacientes em instituições que foram especialmente criadas para esta finalidade.

Nesse sentido, a implantação de um modelo de isolamento em leprosários foi pautada em sua comprovação como forma de curar eficazmente e no conhecimento científico que se tinha sobre a doença num determinado tempo. Assim, o que se conhecia sobre o seu modo de transmissão, aliado aos medicamentos empregados para seu

⁴¹⁹ Até 1976, o IL manteve as mesmas linhas básicas no desenvolvimento de suas atividades e neste ano, após uma ampla reforma institucional na Fundação Oswaldo Cruz, o Instituto de Leprologia foi absorvido pelo Instituto Oswaldo Cruz, unidade técnico-científica da FIOCRUZ. Suas atribuições passaram a ser cumpridas após 1980, pelo Setor de Leprologia, então constituído como uma subdivisão do Departamento de Medicina Tropical. Esta vinculação organizacional permanece até hoje, mudando apenas a sua denominação para Laboratório de Hanseníase.

⁴²⁰ AGRÍCOLA, Ernani. “Instituto de Leprologia – Um pouco de sua história”, *cit.*, p. 10.

tratamento, colocavam o isolamento e a grande internação realizada de maneira severa pelo SNL como ideais para seu combate.

Entretanto, após a descoberta das medicações químicas no rastro do que Laurie Garret chamou de ‘otimismo sanitário’, em meados da década de 1940, este quadro mudou. O uso de medicamentos para a lepra como as sulfas e os antibióticos, apoiado pelas deliberações dos congressos internacionais que questionaram a eficácia do isolamento nos leprosários, colocará em cheque este procedimento médico e adotado como política de saúde desde o século XIX. Desta forma, como prática, o isolamento sempre teve seus oponentes, ou aqueles não suficientemente convencidos de sua eficácia, dentro dos quadros da leprologia.

Isto se torna mais evidente quando se analisam as deliberações das Conferências Internacionais, desde 1897, quando foi realizada a primeira delas, até 1958, quando no 7º Congresso Internacional de Lepra, é acordado que esta prática não seria mais recomendada por se mostrar ineficaz e trazer ‘prejuízos emocionais e psicológicos’ para os doentes, que vêm dissolvidos seus laços familiares e afetivos. Este é o tema de análise no capítulo seguinte desta tese.

Capítulo 3 – Os congressos de lepra e o isolamento – Da crítica humanitária à científica.

“Por outro lado é desumano e não há motivos científicos para asilar até o resto de seus dias a um enfermo nessas condições [sem traços visíveis da lepra – grifo meu](...). Seria o mesmo que se pudesse asilar a um indivíduo atacado de um cancro sífilítico com dementes ou paralíticos da mesma etiologia, ou a um menino, com edenopatias, com os tísicos em seus períodos finais”.

M. H. Hoffman⁴²¹

“(...) orientando-nos pela ciência e caridade acolhemos fraternalmente nossos irmãos libertados do mal de Hansen”.

D. Jaime de Barros Câmara⁴²²

Neste capítulo analisarei o processo pelo qual o isolamento compulsório passou a ser criticado, condenado e demonstrado como ineficaz. Foi interessante perceber que o mesmo fórum que o instituiu, questionou sua legitimidade e demonstrou sua inutilidade. O isolamento, a política pública de controle da lepra, que foi a mais empregada em todo o mundo, foi consolidado e sustentado pela ciência através de algumas décadas. O discurso que o questionou foi inicialmente defendido a partir de critérios morais, éticos e religiosos como, por exemplo, nas publicações da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, conforme a primeira citação utilizada no início deste capítulo.

Porém o que me interessa aqui é compreender o processo de crítica ao modelo asilar, realizado pelos médicos. Para isso, analisarei as deliberações finais dos congressos nacionais e internacionais mais importantes realizados no período proposto pela pesquisa,

⁴²¹ HOFFMAN, M. H. *O tratamento precoce da lepra*. São Paulo: Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1931, 4ª capa.

⁴²² CÂMARA, Jaime D. “Integração do ex-hanseniano na vida diária em sociedade”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVII, nº 1, janeiro de 1957, pp. 86-88. Este artigo é o texto da palestra proferida por Dom Jaime de Barros Câmara na Rádio Vera Cruz. No decorrer de sua fala, fica claro o apelo que a Igreja Católica faz a seus seguidores no sentido de se repudiar qualquer ato ou intenção que possa ter ligação com o preconceito ou discriminação com os ex-pacientes.

fazendo referência aos anteriores, mesmo que não tão relevantes, quando se fizer necessário.

3.1 – As origens da política de isolamento: a 1ª e a 2ª Conferências Internacionais de Lepra

3.1.1 – Berlim, 1897

A sustentação científica para o isolamento como uma forma eficaz de cuidado e controle para a lepra é datada da segunda metade do século XIX. A partir de seu emprego na Noruega e de seu considerado “resultado positivo” naquele país, foi proposto como prática médica e profilática em 1897, durante a 1ª Conferência Internacional de Lepra. Neste congresso, realizado em Berlim e presidido por Rudolf Virchow, o médico norueguês Gerard Amauer Hansen propôs o isolamento como a única medida capaz de conter o avanço do número de leprosos, uma vez que não se sabia com certeza como se dava a transmissão da doença.⁴²³

Hansen amparou sua proposta na experiência conduzida por ele próprio e considerada positiva, resultado de seu emprego com rigor na Noruega. Argumentou que esta foi a medida profilática mais eficaz já praticada naquele país, tanto que por volta de 1895, vários leprosários foram fechados em virtude dos resultados conseguidos no controle da doença. Segundo Diana Obregón, muitas das construções que haviam funcionado como leprosários, se transformaram em sanatórios para tuberculosos, já que esta era também uma doença que grassava naquele país, sendo seu tratamento feito essencialmente com a internação dos pacientes nos sanatórios.⁴²⁴

Hansen era herdeiro de uma geração de leprologistas como Daniel C. Danielssen e Carl W. Boeck, que publicaram em 1847, *Sobre a lepra*, livro considerado pelo patologista

⁴²³ Na figura 13, pode-se ver uma imagem do que foi considerado por Hansen como a lepra tuberculóide; este manual, *Leprosy in its clinical and pathological aspects*, foi publicado dois anos antes da 1ª Conferência, ou seja, em 1895, e o tornou muito conhecido no meio médico. Na figura 18 pode-se ver o seu retrato.

⁴²⁴ TORRES, Diana Obregón Torres. *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Banco de la Republica, Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002, principalmente o capítulo 3 (“La lepra en Noruega y Hawai en el siglo XIX: entre la bacteriología y la epidemiología”, pp. 119-158).

alemão Rudolf Virchow como o primeiro “verdadeiramente científico” na análise da doença. Danielssen e Boeck, que acreditavam no potencial hereditário da lepra, foram os responsáveis pela classificação da doença em lepromatosa (tipo maligno) e nervosa (ou tuberculóide, tipo benigno)⁴²⁵.

Como médico assistente de Danielssen no Hospital Lungegaard, em Bergen, Hansen passou de 1870 a 1874, investigando o que seria futuramente classificado por ele como o bacilo *Mycobacterium leprae*.⁴²⁶ Ao examinar as células leprosas encontradas nos nódulos formados na pele de um doente, Hansen percebeu a presença de pequeninos bastonetes, que é a forma que o bacilo possui visto no microscópio. Como suspeitou desde o início de sua pesquisa que a doença era transmitida por um agente infeccioso, Hansen apresentou um relatório de atividade em 1874 à Sociedade Médica de Christiania, na Noruega, comprovando suas suposições e identificando o bacilo como seu agente infeccioso.⁴²⁷

De acordo com o leprologista brasileiro Orestes Diniz, nesta 1ª Conferência em 1897 a doença foi reconhecida como “(...) incurável e causadora dos mais pesados danos individuais e sociais e por isso mesmo [o isolamento foi] aconselhado, como medida salvadora, à semelhança do que acontecera na Noruega”.⁴²⁸ De conseqüências “desastrosas”, segundo Diniz, esta política se manteve ao longo dos anos como profilaxia única e supostamente eficaz para combater a doença.

Embora o isolamento tenha sido aprovado nesta Conferência como prática inquestionável, pode-se afirmar que ele não era um consenso absoluto. No trabalho de Shubhada S. Pandya, onde analisou as políticas de segregação impostas com a 1ª Conferência, a autora afirma que houve vozes dissonantes sobre esta prática. O

⁴²⁵ Esta forma de classificação foi a primeira adotada e vigorou até 1948, quando foi aprovada a chamada Classificação Sul Americana, de autoria de Eduardo Rabello, proposta em 1938. Nas figuras 14 e 16, encontram-se algumas das ilustrações de lepra tuberculóide contidas no livro *Sobre a lepra*, de Danielssen e Boeck. Na figura 19, a capa do livro.

⁴²⁶ Na figura 20, encontra-se reproduzido o *Mycobacterium leprae*, bacilo da lepra.

⁴²⁷ Nesta sociedade, Hansen ratificou que a lepra não possuía vínculo com as teorias hereditárias ou miasmáticas, ainda que muito se tenha discutido sobre a questão da hereditariedade até pelo menos a década de 1920.

⁴²⁸ DINIZ, Orestes. *Profilaxia da Lepra (Evolução e aplicação no Brasil)*. Rio de Janeiro: s.e., 1960, p. 25.

representante da Academia Francesa de Medicina, o dermatologista Ernest Besnier, afirmou que não necessariamente a segregação controlava a lepra. A doença era contagiosa, mas na França, segundo ele, os leprosos não representavam uma ameaça, portanto, não era preciso medidas legais e impositivas para tratá-los. S. Pandya conclui afirmando que "(...) notification and simple 'precautions' by leper's families were sufficient prophylaxis (...)".⁴²⁹ A autora ainda ressalta que, embora o Dr. Besnier tenha publicado seu trabalho no respeitado periódico *Lancet* naquele ano, ele não encontrou apoio nos demais membros presentes ao evento.

Uma outra voz discordante desta recomendação foi o leprologista colombiano Juan de Dios Carrasquilla, que não compartilhava da idéia de que pudesse haver alguma importância do elemento hereditário no contágio da lepra. Árduo defensor da bacteriologia em detrimento da hereditariedade, se opôs firmemente à obrigatoriedade do isolamento, deixando transparecer que, de fato, não existia uma concordância absoluta em relação ao assunto.⁴³⁰ Segundo Diana Obregón, nesta Conferência Carrasquilla apresentou um trabalho criticando propostas que pudessem tratar os doentes como:

“(...) si fuesen criminales. Se refería a estos procedimientos como políticas de exterminación basadas em la falsa creencia de que la lepra era altamente contagiosa. Carrasquilla impugnaba la afirmación que el aislamiento era el único método para detener la expansión de la lepra”.⁴³¹

Para tanto, Carrasquilla amparava sua certeza na seguinte premissa: se as políticas de segregação tivessem realmente uma base científica, elas deveriam ser aplicadas a todas as doenças infecciosas, como a tuberculose e a sífilis, por exemplo. Acredito que o exemplo destes dois médicos que discordavam da imposição geral do isolamento, embora se apresentem na literatura como casos isolados, indica a falta de consenso sobre o assunto,

⁴²⁹ PANDYA, S. Shubhada. “The first International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 10 supplement – *Leprosy: a long history of stigma*, pp. 161-177, 2003, citação na pág. 172.

⁴³⁰ Juan de Dios Carrasquilla (1833-1908) acreditava que a hereditariedade não era “(...) más que una de tantas palabras inventadas para ocultar la ignorancia de la verdadera causa de la lepra”. CARRASQUILLA, Juan de Dios. “Disertación sobre la etiología y el contagio de la lepra”. *Revista Medica*, 1889, 13 (137), pp. 441-84, citação na página 457, *Apud* TORRES, Diana Obregón, *op. cit.*, p. 169.

⁴³¹ TORRES, Diana Obregón, *op. cit.*, p. 186.

porém uma tendência forte no sentido de que se seguissem as recomendações propostas por Hansen, ou seja, o isolamento.

Nesta Conferência não houve participação de especialistas brasileiros, exceção feita ao único trabalho inscrito constando de seus Anais: o do Dr. Adolpho Lutz, então diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo. No entanto, segundo Souza-Araújo, o trabalho *Sobre a lepra*, de autoria do Dr. José Jerônimo Azevedo Lima, responsável pelas pesquisas desenvolvidas no Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro e diretor daquela instituição, não foi considerado. A suspeita de Souza-Araújo foi que “(...) o trabalho chegou tarde ou não foi publicado nos Anais por estar escrito num idioma ignorado dos membros da Comissão Organizadora do certamen”.⁴³²

3.1.2 – Bergen, 1909

Doze anos depois, em agosto de 1909, aconteceu a 2ª Conferência Internacional de Lepra, na cidade de Bergen, na Noruega. Foi presidida por Hansen e igualmente influenciada por suas idéias, onde mais uma vez se ratificou a necessidade do isolamento dos leprosos como medida que dera resultados “animadores e positivos” em vários locais do mundo, “sucesso” esse descrito por leprologistas, tais como Orestes Diniz.⁴³³ Utilizo aqui como exemplo a obra de Diniz, entretanto é bastante descrita pela literatura especializada, que nesta Conferência foram apresentadas algumas estatísticas fortalecedoras deste ponto de vista e concordância da maioria dos presentes de que este deveria ser o método indicado e utilizado para tratamento da lepra. Um outro exemplo nesse sentido é a obra *Tratado de Leprologia*, vencedora do concurso de monografias do Serviço Nacional de Lepra de 1942, como já dito. Ali, seus autores foram unânimes em afirmar que o isolamento era recomendado, “Visto os felizes resultados obtidos na Alemanha, Irlanda,

⁴³² SOUZA-ARAÚJO, *História da Lepra no Brasil*, cit. pp. 66-67. O trabalho de J.J.Azevedo Lima foi elaborado em francês, talvez por isso não tenha sido agregado aos apresentados; o de Adolpho Lutz foi provavelmente elaborado em alemão, que era, aliás, a língua oficial do congresso.

⁴³³ DINIZ, Orestes, *op. cit.*, p. 25.

Noruega e Suécia, é sempre desejável que os países com lepra procedam ao isolamento dos leprosos”, como dizia uma das resoluções aprovadas na Conferência.⁴³⁴

As deliberações finais destas duas primeiras Conferências Internacionais de Lepra reforçaram a necessidade do isolamento, mas apontam para uma provável curabilidade da doença, a partir de estudos clínicos realizados pelos leprologistas e apresentados naquele encontro. Segundo as conclusões desta Conferência, “(...) o estudo clínico da lepra conduz a crer que esta moléstia não é incurável. Não possuímos ainda um medicamento seguro. É, pois, recomendável que se continue a procurar um que seja específico”.⁴³⁵ Assim, deveriam ser amplamente incentivadas as pesquisas que visassem esclarecer sobre a possível transmissibilidade através dos insetos, a elucidação de teorias de propagação e contágio da doença ou a continuidade pela busca de um medicamento que apresentasse resultados favoráveis.

Em relação ao aspecto de contagiosidade da lepra, foi objeto de uma das conclusões que “(...) a lepra é uma moléstia contagiosa de indivíduo para indivíduo, qualquer que seja o modo segundo o qual se realiza o contágio: nenhum país, em qualquer latitude que se encontre, acha-se ao abrigo de uma infecção eventual pela lepra”.⁴³⁶ No entanto, as conclusões apontaram para duas medidas que influenciaram grandemente a profilaxia da doença no futuro: o exame e a observação cuidadosa dos ‘comunicantes’, ou seja, aqueles que tinham contato mais próximo com o doente. Além disso, foi recomendado que os filhos dos leprosos fossem separados dos pais, o que no futuro daria origem a criação dos preventórios como um dos pilares de sustentação do modelo tripé enquanto ‘arma’ profilática.

Em relação à existência de medicamentos, gostaria de chamar a atenção para o artigo de Waldemar de Almeida publicado em 1912, no periódico *Archivos Brasileiros de Medicina*. Desde 1907, na cidade de Hamburgo, o cientista chamado Deycke fazia experimentos com um componente químico denominado *Nastina*, derivado de culturas de

⁴³⁴ CAMPOS, Nelson de Souza; BECHELLI, Luiz Marino e ROTBERG, Abraão. *Tratado de Leprologia – Vol. 5: Epidemiologia e Profilaxia*. Rio de Janeiro: MES/DNS/SNL, 1944, p. 301.

⁴³⁵ *Loc. cit.*

⁴³⁶ *Id., ibid.*, p. 300.

streptothrix leproides. Era obtida uma espécie de pomada que aplicada na pele, poderia agir contra o bacilo, mas sua eficácia era bastante controversa. De acordo com Almeida, a substância era bacteriana e “(...) teria conexões íntimas com o bacilo da lepra”.⁴³⁷

Ela foi usada experimentalmente no Brasil e se encontrava disponível de duas formas: a chamada Nastina A, que era a pura, e a Nastina B, acrescida de cloreto de benzoíla. Neste mesmo ano de 1912, o leprologista Fernando Terra publicou um artigo onde relatava sua experiência em utilizar este medicamento no Hospital dos Lázaros.⁴³⁸ Segundo ele, era possível ter resultados bastante positivos, já que algumas manchas desapareciam da pele, a sensibilidade retornava e, com o prosseguimento do tratamento, possivelmente os tubérculos característicos da lepra poderiam desaparecer.⁴³⁹ No entanto, estas experiências mostraram, posteriormente, que esta melhora era apenas temporária, não se constituindo em um mecanismo com maior eficácia para tratar a doença. Assim, o óleo de chaulmoogra, usado no Brasil pelo menos desde meados do século XIX, continuou sendo o medicamento mais utilizado, caindo em desuso total somente em fins da década de 1950, anos após o tratamento com as sulfonas.⁴⁴⁰

3.2 – 3ª Conferência Internacional de Lepra – Estrasburgo, 1923.

Entre os dias 18 e 31 de julho de 1923, reuniram-se na cidade de Estrasburgo leprologistas de várias partes do mundo para a 3ª Conferência Internacional de Lepra, cujo índice de participação foi bastante elevado. Acreditamos que este dado se deva, em parte, ao crescimento do campo de especialização, fenômeno que ocorria em vários países. Se pensarmos no caso brasileiro, por exemplo, esta hipótese é relevante e deve ser

⁴³⁷ ALMEIDA, Waldemar de. “Medicamentos novos”. *Archivos Brasileiros de Medicina*: Rio de Janeiro, vol. II, nº 1, 1912, p. 81.

⁴³⁸ TERRA, Fernando. “Lepra e Nastina”. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*, Ano I, nºs 1 a 3, 1912, p. 41. A primeira publicação deste artigo foi nos *Archivos Brasileiros de Medicina*, vol. II, nº 1, 1912, pp. 172-174. Com a criação da Sociedade Brasileira de Dermatologia em fevereiro de 1912, neste mesmo ano passou a ser publicado trimestralmente o periódico *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia* em parceria e apoiado pelos *Archivos*.

⁴³⁹ CUNHA, Vivian da Silva. *As certezas biomédicas na lepra*. Mimeo., 2004.

⁴⁴⁰ SOUZA-ARAÚJO, A *Lepra – Estudos realizados em 40 países (1924-1927)*, cit., p. 30.

considerada, pois em 1923, já estava em funcionamento a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, criada três anos antes e consolidando o espaço de atuação profissional daqueles especialistas.⁴⁴¹ Além disso, a fundação de sociedades e associações profissionais, como a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, a realização de congressos específicos reunindo profissionais americanos, como a I Conferência Americana de Lepra em 1922 e, ainda, uma produção bibliográfica sobre a lepra considerável, publicada em periódicos médicos de modo geral, são variáveis que refletem a atuação destes profissionais e o crescimento do campo, enquanto especialidade médica.⁴⁴²

Quase 20 anos se passaram desde a realização da última conferência internacional, pois o mundo vivenciava o contexto da Primeira Guerra, o que, muito provavelmente, impossibilitou a realização de um congresso desta natureza. Nesta 3ª Conferência foram, de modo geral, ratificadas as deliberações das duas conferências realizadas anteriormente no que se refere ao isolamento: as experiências da Noruega e de outros contextos nacionais apontavam para sua eficácia.

No entanto, de acordo com alguns trabalhos, foi neste encontro que o discurso em relação ao isolamento apresentou um tom menos rigoroso e abrangente, demonstrando haver uma dissonância maior sobre o tema.

Conforme se encontra registrado, por exemplo, no *Tratado de Leprologia*, o presidente da 3ª Conferência foi Edouard Jeanselme. Este era considerado um dos grandes dermatologistas do século XX, autoridade francesa no estudo da sífilis e autor de trabalhos sobre a lepra.⁴⁴³ Nesta Conferência, percebe-se “(...) um movimento para uma profilaxia

⁴⁴¹ Mesmo o Brasil enviando apenas um único representante, o Dr. Eduardo Rabello, então diretor da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, este dado merece registro, pois se trata, na minha opinião, de um crescimento do campo da leprologia.

⁴⁴² No livro de SOUZA-ARAÚJO, *História da Lepra no Brasil* pode-se ter uma idéia desta produção às páginas 445-453, onde o autor lista todos os artigos publicados em periódicos a partir de 1921, que tratam de aspectos variados em relação à lepra.

⁴⁴³ Jeanselme teceu grandes elogios ao trabalho desenvolvido contra a sífilis pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, dirigida por Eduardo Rabello. Segundo Sérgio Carrara, em conferência proferida por Eduardo Rabello na Faculdade de Medicina de Paris em 1923, Jeanselme teria dito que esperava que num “(...) futuro próximo, a França fosse também dotada de instituições profiláticas tão bem organizadas quanto as vossas”. De fato, em relação ao trabalho de controle e atenção à sífilis, pode-se dizer que a Inspetoria teve algum sucesso, mas no que se refere à lepra, esta atuação foi bastante criticada. O Brasil causava sempre muito boa impressão nestes encontros, demonstrando que a medicina do país sempre teve grandes ligações

menos rigorosa, menos administrativa e mais impregnada de espírito médico”.⁴⁴⁴ Como já dito através do trabalho de S. Pandya sobre a 1ª Conferência, o discurso e a prática sobre o isolamento na França eram diferenciados no que tange à rigidez da segregação ao doente.⁴⁴⁵ De alguma maneira, o grupo médico francês parecia ter certa prevenção a um posicionamento homogeneizante, que ignorava as particularidades locais.

As resoluções finais desta 3ª Conferência apontaram diversas perspectivas, das quais duas em especial me interessam: o isolamento e a educação sanitária. Em relação ao isolamento, os conferencistas reconheceram que nos países onde a lepra não alcançasse níveis endêmicos, o isolamento, da maneira como era empregado na Noruega, em hospital ou domicílio, só seria recomendado se fosse possível; não era uma condição fundamental. Onde houvesse focos da doença, ou seja, em regiões com índices endêmicos, o isolamento continuaria a ser fortemente recomendado, mas desde que pudesse ser feito de uma “maneira humanitária” e deixasse, sempre que possível, o doente próximo de sua família. O motivo era evitar a quebra de laços familiares e afetivos, assim como a crença de que esta proximidade pudesse contribuir para alguma melhora no restabelecimento do paciente.

Quanto à educação sanitária, pela primeira vez, foi mostrado seu importante papel na profilaxia da doença e para o esclarecimento da população leiga. A meu ver, esta foi a grande novidade apresentada na 3ª Conferência que, em suas resoluções finais, chamou a atenção para a necessidade dos médicos educarem a população sobre os aspectos referentes à transmissão da lepra e suas diferentes formas de contágio. A necessidade da educação sanitária apontava para a importância de se ratificar o caráter de doença transmissível por um agente infeccioso, já assinalado por Hansen. Esse dado é importante de ser enfatizado já que, mesmo nesta Conferência, houve ainda debates sobre a possibilidade de a lepra ser uma doença hereditária, embora esta hipótese fosse residual no meio médico. Entretanto, a

com o exterior. Isto mostra que existia uma ‘rede’ que colocava os médicos e cientistas da Europa e do Brasil em constante contato. CARRARA, Sergio. *Tributo a Vênus – A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p. 236.

⁴⁴⁴ JEANSELME, Edouard. *La lèpre*. Paris: Doin et C^e, 1934, p. 32, *Apud*. CAMPOS, Nelson de Souza *et alii*, *op. cit.*, p. 302.

⁴⁴⁵ Na década de 1940, foi publicado o livro *La lèpre*, do leprologista Roland Chaussinand, onde apontava o dispensário como a “peça principal da profilaxia contra a lepra”. Segundo ele, “*Le dispensaire, représente l’élément primaire, essentiel, de la lutte contre la lèpre. (...) Le sanatorium constitue le complément du dispensaire (...)*”. CHAUSSINAND, Roland. *La Lèpre*. Paris: ESF, 1950, 2^{ème} edição, p. 207 e 209.

ênfase que a Conferência deu à educação sanitária e ao caráter de transmissibilidade da doença, sugere que uma das grandes preocupações dos médicos era a de combater a idéia da hereditariedade disseminada desde o século XIX, e bastante presente entre os leigos.

Nesta 3ª Conferência, o representante oficial do Brasil foi o Dr. Eduardo Rabello, diretor da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, que apresentou os quatro trabalhos da equipe brasileira. Segundo Souza-Araújo, os trabalhos abordavam aspectos tais como: estatísticas sobre a lepra; profilaxia a partir da legislação; tratamento com chaulmoogra e seus derivados terapêuticos; e, ainda, a sua própria contribuição, que enfatizava aspectos sobre o tratamento da lepra nas Guianas e Trinidad.

Estes trabalhos, que se encontram sumariados no livro *História da Lepra no Brasil*⁴⁴⁶, apresentam sempre uma realidade idealizada. De acordo com Souza-Araújo, existiam em pleno funcionamento na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, todos os elementos possíveis para capacitar a engrenagem da *máquina* da profilaxia da lepra. No entanto, sabe-se que a realidade mostrava um outro quadro. Rabello enfrentava problemas para o funcionamento satisfatório desta Inspetoria, tais como cortes no orçamento e as dificuldades de se colocar em prática uma política nacional num país com dimensões continentais e tão diferenciado em suas regiões, como o Brasil. Além disso, pesavam neste contexto a política regional praticada na República Velha, que, como já visto, não tinha mecanismos de implantação de uma prática de política de saúde em nível nacional. Soma-se a isto, o fato de que a Inspetoria também tratava das doenças venéreas, tendo na sífilis o seu maior foco de atenção, tratada como um grande 'flagelo nacional'.⁴⁴⁷

Nas duas últimas décadas da República Velha, o movimento sanitarista brasileiro exigiu do poder público sua maior participação nas medidas de saúde pública, o que, no caso da lepra, consubstanciou-se na criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em 1920. Esta Inspetoria, ao lado da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, também no mesmo ano, indicava a preocupação de setores das elites

⁴⁴⁶ SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil, cit.*, pp. 372-375.

⁴⁴⁷ Para maiores detalhes acerca dos cuidados em relação à lepra neste período e a atuação da Inspetoria ver CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão, cit.* Sérgio Carrara considera que a sífilis, somada à tuberculose e o alcoolismo formavam a tríade dos chamados 'flagelos sociais'. CARRARA, Sergio, *op. cit.*, p. 15.

nacionais e do próprio Estado com a modernização da Nação brasileira, assim como com a constituição de um povo sadio, produtivo e 'civilizado'.⁴⁴⁸ O discurso de modernização, pelo 'saneamento do sertão', exigia uma população sadia, livre das diversas mazelas identificadas pelos sanitaristas como 'corroendo' a saúde do povo brasileiro, especialmente do homem do interior, como o bócio, a tripanossomíase, a malária e a lepra.⁴⁴⁹

Nesse sentido, a questão da prevenção e controle de algumas doenças era parte da agenda de pesquisas que objetivavam uma maior autonomia da comunidade científica e médica no sentido de propor solução para os problemas nacionais.⁴⁵⁰ Assim, esses debates objetivavam uma proximidade com um determinado padrão de modernidade, desejado e propalado pela comunidade médica, acadêmica e intelectual, na busca de um povo saudável, capaz de se transformar em 'matéria prima' da nacionalidade.

3.3 – 4ª Conferência Internacional de Lepra – Cairo, 1938.

Entre 21 e 28 de março de 1938, leprologistas de variadas partes do mundo se reuniram no Cairo para participar desta que foi a primeira conferência internacional

⁴⁴⁸ Há uma extensa bibliografia sobre o tema e poderia citar, dentre outros, HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998; LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999; HOCHMAN, Gilberto e LIMA, Nísia Trindade. "Condicionado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da primeira República". In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, pp.23-40; LIMA, Nísia Trindade e HOCHMAN, Gilberto. "'Pouca saúde e muita saúva': sanitário, interpretações do país e ciências sociais". In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego (orgs.). *Cuidar, controlar, curar – Ensaio histórico sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 493-533; CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. "O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade". *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: IUPERJ, vol. 28, nº 2, 1985, pp. 193-210 e "Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica". In: HOCHMAN e ARMUS, *op. cit.*, pp.249-293.

⁴⁴⁹ Vale ressaltar aqui as viagens ao interior do país realizadas, em sua maior parte, pelos sanitaristas no início do século XX com o objetivo de conhecer as condições de saúde destas populações, como já dito. Na Sessão de 2 de outubro de 1912, da Sociedade Brasileira de Dermatologia, Adolpho Lutz narrou a viagem feita pelas zonas marginais do Rio São Francisco e observou a existência de eczema, pitíriase, filariose, alastrim e lepra. Seu relatório é contundente e bastante enfático no sentido de o Governo assumir um posicionamento mais objetivo no combate à tais doenças, lembrando o mal que se poderia causar ao brasileiro e à própria Nação. LUTZ, Adolpho. "Sobre a lepra – Sessão de 2/10/1912". *Anais Brasileiros de Dermatologia*: Rio de Janeiro, Ano I, nº1, 1912, p. 51.

⁴⁵⁰ Vale lembrar aqui a trajetória de Oswaldo Cruz como Diretor Geral de Saúde Pública no Governo de Rodrigues Alves; BRITTO, Nara. *Oswaldo Cruz - A construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

organizada pela *International Leprosy Association*, fundada em 1931. Embora suas resoluções finais apontarem uma ratificação das decisões das três conferências realizadas anteriormente, em relação ao isolamento, nesta Conferência o que se procurou foi atenuar seu rigor, “sempre que fosse possível”, devendo o isolamento ser realizado de uma maneira “mais humana, científica e racional”, segundo suas recomendações.⁴⁵¹

Observa-se, nesta Conferência, de maneira mais clara, duas correntes de profilaxia opostas: a primeira preconizava o tratamento dos leprosos em dispensários, e a segunda, julgando extremamente temerária esta atitude, recomendava a aplicação do isolamento de um

“(…) modo mais humano e compassivo, capaz de dar ânimo aos desgraçados doentes e assistidos sempre por um tratamento intensivo e bem orientado, que neles possa despertar esperanças de refrigério e redenção. É preciso que um tratamento bem dirigido justifique o isolamento dos leprosos, sempre indiferentes à profilaxia pura, à proteção da coletividade social. Só assim eles se submeterão à segregação, porque nela verão uma proteção que os poderá livrar do transe aflitivo da doença terrível”.⁴⁵²

Em relação à medicação, o óleo de chaulmoogra, e suas diferentes formas de preparação, foi apontado como a única arma possivelmente eficaz para o controle da doença: “(…) as preparações de óleo de chaulmoogra são ainda os medicamentos mais eficazes para o tratamento especial da lepra”.⁴⁵³ Tanto o uso do chaulmoogra quanto sua adesão, têm sua importância ratificada, já que as experiências com o componente *Nastina* comprovadamente não obtiveram sucesso.

As deliberações sobre a profilaxia da lepra concebiam-na como uma doença infecciosa que se propagava principalmente pelo contato direto, embora houvesse dúvidas em relação ao contato indireto.⁴⁵⁴ A grande atenção deveria se voltar para a descoberta de

⁴⁵¹ ROCHA, Raul. *Da lepra, o essencial*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1942, p. 401. Dos sete temas oficiais desta Conferência, o tema *Métodos de Profilaxia* foi o que debateu a segregação voluntária e compulsória.

⁴⁵² *Loc. cit.*

⁴⁵³ *Id., ibid.*, p. 400.

⁴⁵⁴ Contato indireto aqui significa que até mesmo através de roupas, por exemplo, poderia se ter o perigo de contraí-la.

casos novos em estado o mais precoce possível “(...) de modo a se evitar a propagação da infecção à comunidade, e de modo a dar-se ao doente o benefício do tratamento”.⁴⁵⁵ Para se descobrir estes novos casos, toda atenção deveria ser dispensada aos exames de observação continuada nos comunicantes; era importante ainda realizar exames periódicos das crianças em idade escolar; os dispensários e sua infra-estrutura deveriam ser utilizados para o perfeito diagnóstico, e os casos comprovados deveriam ser notificados às autoridades competentes. A descoberta de casos novos, o mais cedo possível, sempre foi colocado como um importante elemento para a profilaxia e o tratamento da lepra, como já visto, até hoje é um dado considerado básico para os trabalhos de prevenção.

Gostaria de me ater à 6ª Resolução aprovada nesta Conferência, cuja redação é a seguinte: “Deve ser feito o exame periódico das crianças em idade escolar, cuja receptividade à lepra é indiscutível”.⁴⁵⁶ Em 1938, se vive na sociedade brasileira um momento onde os discursos sobre a Nação e a necessidade de um ‘povo sadio’ circulavam em diversas instâncias políticas, culturais e científicas. De modo geral, nas primeiras décadas do século XX, observa-se um grande debate sobre a nacionalidade brasileira e a relação que a saúde e a ciência teriam neste processo. Alguns intelectuais brasileiros, como Renato Kehl, o próprio sanitarista Belisário Penna, psiquiatras e educadores, como Juliano Moreira, fundadores e integrantes da Liga Brasileira de Higiene Mental ou da Liga Pró-Saneamento do Brasil, por exemplo, são representativos destas preocupações. Politicamente falando, pode-se dizer que o Estado Novo elaborou ações públicas para a maternidade e a infância que se coadunavam perfeitamente com as preocupações com as “crianças em idade escolar”, enunciadas no Congresso de 1938, no Cairo.⁴⁵⁷ Nesse sentido, é importante lembrar, ainda, a criação da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância com a reforma realizada no Ministério da Educação e Saúde, em 1937, por Gustavo Capanema, deixando

⁴⁵⁵ CAMPOS, Nelson de Souza *et alii*, *op. cit.*, p. 303.

⁴⁵⁶ ROCHA, Raul, *op. cit.*, p. 401.

⁴⁵⁷ Para maiores detalhes sobre as políticas elaboradas para a infância neste momento, ver SILVA, Renato da. *Abandonados e delinquentes: a infância sob os cuidados da medicina e do Estado – O Laboratório de Biologia Infantil (1935-1941)*. Dissertação de mestrado em História das Ciências e da Saúde: Rio de Janeiro, Fiocruz/COC, 2003 e FONSECA, Cristina. “A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas”. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Vol. 3, nº2, 1993, pp. 97-115.

explícita esta preocupação dos governantes brasileiros, seguindo, de certa forma, uma agenda global que debatia as questões ligadas à raça e à saúde na infância.

Em relação às formas de classificação da doença, a Conferência do Cairo teve um grande diferencial. Desde a 1ª Conferência realizada em Berlim, em 1897, a classificação da lepra era dividida em duas formas: nodular e anestésica ou lepromatosa e nervosa. Entretanto, desde janeiro de 1931, quando aconteceu em Manila, nas Filipinas, uma “conferência leproológica” organizada pela *Leonard Wood Memorial*, a questão da classificação da lepra foi um tema que gerou muito debate e controvérsia.⁴⁵⁸ Assim, foram definidas duas formas de classificação: cutânea e nervosa, que com o tempo se observou não serem suficientemente satisfatórias.⁴⁵⁹ Outra contribuição da Conferência de Manila foi a confirmação do papel exercido pela educação sanitária na lepra, apontado em uma de suas resoluções finais. Nesta resolução se afirmou a necessidade de utilizar uma propaganda que atingisse a opinião pública em geral que oscilava entre “(...) a indiferença e a leprofobia cega”.⁴⁶⁰

Na Conferência do Cairo, em 1938, as críticas às formas de classificação ressurgiram. Estas diziam respeito à permanência de uma divisão que, segundo os leprologistas, era simplória e não explicitava as diferenças entre os casos de lepra encontrados no mundo, pois à medida que se pesquisavam mais exaustivamente suas manifestações, eram encontradas especificidades que necessitavam ser nomeadas, pois poderiam influenciar no isolamento do doente ou não.

Os leprologistas sul americanos, sobretudo os brasileiros, representados na Comissão de Classificação por Eduardo Rabello e Francisco Eduardo Acioli Rabello, seu

⁴⁵⁸ Leonard Wood foi governador das Filipinas entre 1921 e 1927 e promoveu grandes reformas no leprosário daquele país; tornou-se árduo defensor de uma nova postura em relação ao isolamento que não deveria ser absolutamente compulsório. Por volta de 1929, foi criada a *Leonard Wood Memorial* pelo governo do país com o intuito de eliminar a lepra naquela ilha e como forma de homenagear o antigo governante. No evento em Manila é que se voltou a falar a respeito da criação de uma associação internacional de leprologia, como já havia sugerido Souza-Araújo e Marchoux, desde 1926. A *International Leprosy Association* foi fundada em 1931 neste evento que aconteceu entre os dias 9 a 27 de janeiro e permanece ativa.

⁴⁵⁹ Exemplos de diferentes tipos da doença podem ser vistos nas figuras 13 a 17.

⁴⁶⁰ “A propaganda educativa, grande arma no combate à lepra’ (Resolução da Conferência Internacional de Leprologia, realizada em Manila – 9 a 27 de janeiro de 1931)”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s.e., Ano IV, nº 37, abril de 1932, p. 12.

filho, apresentaram uma proposta de alteração. Os leprologistas brasileiros propunham que aos dois tipos de lepra: lepromatoso (maligno) e tuberculóide (benigno), fosse acrescido o tipo indeterminado, chamada por eles de classificação clínica-epidemiológica das formas da lepra. O argumento de Rabello era de que um terceiro tipo seria importante para atender aos profissionais de saúde que não dispunham de facilidades para realização de exames laboratoriais com biopsias para comprovação de diagnóstico, no caso de dúvidas: “(...) penso ser importante, fazer uma [nova] classificação com a vantagem de ser também mais acessível aos trabalhadores rurais”.⁴⁶¹

Tal proposta não foi aceita e acredito que faltou à Delegação Brasileira presente no Cairo, alguma malícia e experiência para perceber que uma proposta dessa natureza, criticando e questionando uma classificação endossada e vista de maneira consensual pela comunidade internacional, por mais que o grupo questionador fosse visto como “minoria”, ainda assim, seria interessante uma estratégia de convencimento mais consolidada e amparada numa negociação prévia. A visita ao Brasil do médico filipino Dr. Hamilton Windsor Wade, a qual já me referi no capítulo anterior, poucos meses após esta polêmica, mostra, a meu ver, um amadurecimento neste quesito, pois sua visita tinha o propósito explícito de debater e compreender melhor o porquê da necessidade de uma nova classificação, visto que ambos, Wade e Rabello, participaram da Comissão de Classificação na Conferência do Cairo.⁴⁶² O Dr. Wade argumentou que:

“Sendo eu próprio técnico de laboratório, fui compelido a um esforço considerável para ter alguma compreensão das exigências desses pontos de vista e das condições de trabalho dos que lidam com lepra fora dos grandes

⁴⁶¹ “Noticiário – Visita do Dr. H. W. Wade – Impressões preliminares em torno do problema da classificação”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Ano 19, n°s 1 e 2, setembro de 1938, p. 73. Aqui se observa claramente a importância do exame clínico e a necessidade de uma classificação que pudesse contemplar tais casos. Neste documento encontra-se reproduzida a correspondência mantida entre Eduardo Rabello e Hamilton Windsor Wade, além de um relatório, escrito por Rabello, sobre a viagem de Wade e sua importância para a consolidação do campo da leprologia brasileira como uma das mais atuantes da América Latina, juntamente com a Argentina e Colômbia.

⁴⁶² Na verdade, esta aproximação entre os leprologistas brasileiros e filipinos tinha se dado desde a conferência em Manila, sendo, inclusive, noticiado pelo *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra* de 1932, no ano seguinte à conferência de Manila, que a mesma aconteceria rapidamente. Entretanto, apenas após a conferência do Cairo em 1938 é que tal visita se concretizou. “O Brasil será visitado pelo maior leprologista do mundo”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s. e., Ano IV, n°s 31 e 32, outubro e novembro de 1931, p. 38.

centros urbanos, onde as facilidades de laboratório científico não são possíveis”.⁴⁶³

Entretanto, no final da Conferência do Cairo, as divergências apontadas definiram que enquanto não se chegasse a um consenso para um entendimento internacional, seria ainda utilizada a classificação dos dois tipos, lepromatosa e tuberculóide, e o primeiro tipo passou a significar todos os casos da forma maligna da doença, ou seja, aqueles que apresentassem abundância de bacilos, além de lesões na pele, e tivessem ou não, a chamada ‘natureza polineurítica’, que apresentasse alteração da sensibilidade periférica às manchas, tipos de atrofias ou seqüelas de paralisias.⁴⁶⁴ A forma tuberculóide ou nervosa passou a significar todos os casos benignos da lepra mesmo que contivessem os distúrbios descritos, ou alguma espécie de mancha na pele que não fosse de origem leprótica: “Estes casos mostram evidência de relativa resistência à infecção, são de prognóstico relativamente bom com relação à vida, se bem que possa haver mutilação (...)”.⁴⁶⁵

Segundo Orestes Diniz, nesta Conferência a questão da classificação e do isolamento foram os temas mais debatidos e a delegação brasileira teve grande participação em ambas as discussões, sendo que o isolamento começou a ser visto por um número maior de leprologistas como “(...) o remédio profilático mais eficiente de que se dispunha para a luta sanitária em causa. No entanto podia-se prever, pela minúcia dos relatórios elaborados, que se estava a pique de evoluir, como era de resto, a tendência da medicina em geral”.⁴⁶⁶

3.4 – II Conferência Pan-Americana de Lepra – Rio de Janeiro, 1946.

Em outubro de 1921, foi realizado em Montevideú, o II Congresso Sul-Americano de Dermatologia e, ao final daquele Congresso, surgiu a idéia de realização da Conferência

⁴⁶³ “Noticiário – Visita do Dr. H. W. Wade – Impressões preliminares em torno do problema da classificação”, *cit.*, p. 75.

⁴⁶⁴ Este dado tem relevância porque dependendo da forma na qual a doença fosse classificada, influenciaria no tratamento empregado e, portanto, o paciente poderia ser isolado no leprosário ou não.

⁴⁶⁵ CASTRO, Inácio de. “Classificação”. In: BRASIL. Serviço Nacional de Lepra. *Manual de Leprologia*. Rio de Janeiro: SNL, 1960, p. 78.

⁴⁶⁶ DINIZ, Orestes, *op. cit.*, p. 29.

Americana de Lepra em 1922, no Rio de Janeiro. A partir da constatação de que os problemas enfrentados pelos países americanos, sobretudo aqueles relativos à profilaxia da lepra, eram bastante similares, os leprologistas foram chamados a participar deste encontro.⁴⁶⁷

Em 8 de outubro de 1922, como parte das comemorações pelo centenário da Independência do Brasil, foi aberta pelo professor Carlos Chagas a Conferência Americana de Lepra, que se estendeu até o dia 15. Os diversos representantes dos países do continente americano trataram de temas, tais como: a frequência da lepra nestes países; medidas profiláticas para cada um deles; uma profilaxia internacional americana para a lepra; os métodos atuais de tratamento e sua eficácia e, por último, foram apresentados trabalhos sobre questões de epidemiologia, diagnóstico, tratamento e profilaxia da doença.

Ficou decidido que tais encontros seriam realizados de quatro em quatro anos, como forma de preservar o compromisso interamericano de desenvolvimento progressivo das ações profiláticas no continente. O evento tinha, ainda, um caráter de cooperação e vigilância entre os países, pois “(...) caberá a tais conferências verificar a providência e o esforço com que cada um dos países americanos atua nesse sentido”.⁴⁶⁸ No entanto, em 1926 não foi realizada a II Conferência, como previsto, o que somente aconteceu em outubro de 1946, no Rio de Janeiro.

Através do regimento instituído no ano anterior, ou seja, em 1945, foram definidas as atribuições que o Presidente, os Secretários Gerais e os Secretários Adjuntos teriam na II Conferência Pan-Americana no ano seguinte.⁴⁶⁹ Foi feita, ainda, uma reunião preparatória para esta Conferência, de 19 a 23 de maio de 1946, em São Paulo. Deste encontro, chamado de Reunião dos Leprólogos Brasileiros e Argentinos, participaram leprologistas dos dois países e o ponto principal da pauta de discussão foi a classificação sul-americana da lepra,

⁴⁶⁷ Segundo Souza-Araújo, os Anais nunca foram publicados porque a cópia de todos os trabalhos foi esquecida num táxi pelo professor Oscar da Silva Araújo. Ver em SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil, cit.*, p. 365.

⁴⁶⁸ *Id., ibid.*, p. 371.

⁴⁶⁹ Seu Regimento foi publicado no *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº4, dezembro de 1945, pp. 54-57.

proposta por Eduardo Rabello em 1938, no Cairo, além de aspectos relativos aos exames de laboratório e sua uniformização para um correto diagnóstico da doença.⁴⁷⁰

Organizada por uma comissão de leprologistas designada pelo Ministro da Educação e Saúde, Ernesto de Souza Campos, cujos principais integrantes eram Ernani Agrícola, Aguiar Pupo, Orestes Diniz e Francisco Eduardo Acioli Rabelo, esta comissão definiu os seguintes temas para a II Conferência: Epidemiologia; Classificação; e Terapêutica da Lepra.⁴⁷¹ Os participantes deveriam se inscrever em um destes grupos temáticos, que possuíam de cinco a 11 membros, e estes seriam os responsáveis pela elaboração do relatório final.

A Comissão de Epidemiologia, que deveria apontar os avanços da pesquisa laboratorial no campo, enfatizou algumas das dificuldades enfrentadas e os progressos experimentados no conhecimento sobre a doença. Nesse sentido, vale ressaltar que a principal dificuldade laboratorial já era, desde aquela época, a impossibilidade de isolar o bacilo da lepra fora do organismo humano. O método de oxigênio sob pressão, proposto por Osório de Almeida; as leprolinas Souza-Araújo e o uso do componente azul de metileno, não apresentaram resultados completamente positivos para serem recomendados e empregados em larga escala. Esta Comissão assinalou que as reações dermatológicas deviam ser exaustivamente analisadas de forma a compreender os estágios da doença. Sobre a transmissão apontou que fatores biológicos, sociológicos e mesológicos (como a Ecologia) poderiam ter importância sobre a transmissibilidade da lepra e que seria necessário mais pesquisa nesta área.

⁴⁷⁰ “Noticiário - Reunião dos Leprólogos Brasileiros e Argentinos – A classificação Sul-Americana de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VI, nº2, abril de 1946, pp. 87-89. Para se ter uma idéia do rigor da discussão levada a cabo pelos leprologistas sul americanos em torno da classificação proposta para a lepra, é interessante citar o artigo do Dr. Antonio Carlos Horta, leprologista e chefe do serviço técnico da Divisão de Lepra de Minas Gerais. Ali, Horta explicita as razões de sua preferência, ademais como de todo o grupo de leprologistas mineiros e argentinos, com o termo ‘Indefinido’ em vez de ‘Incaracterístico’, que acabou sendo o termo vencedor ao final da Reunião dos Leprólogos Brasileiros e Argentinos. HORTA, Antonio Carlos. “II Conferência Panamericana de Lepra – Reparos ao esquema da classificação Sul Americana”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VI, nº4, outubro de 1946, pp. 165-169.

⁴⁷¹ “Noticiário - II Conferência Panamericana de Lepra - Regimento”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VI, nº3, julho de 1946, pp. 143-146.

A Comissão de Classificação recomendou a adoção da chamada ‘Classificação Sul-Americana’, proposta por Eduardo Rabello na Conferência do Cairo, como já dito e discutido antecipadamente na Reunião dos Leprólogos Brasileiros e Argentinos em São Paulo. Nesta Conferência Pan-Americana foi criado um grande consenso para a aprovação desta proposta, já suficientemente debatida internamente, como já se havia recomendado aos países participantes no Cairo, para que “(...) continuassem as investigações no sentido indicado pelas questões levantadas pela minoria”, que era justamente os leprologistas sul americanos.⁴⁷² Foram confirmados três tipos: lepromatoso, tuberculóide e indiferenciado. A proposta original de Eduardo Rabello que, embora tenha falecido em 8 de agosto de 1940, foi levada adiante por outros leprologistas, dentre eles, seu filho, Francisco Eduardo Acioli Rabelo, era de que o termo fosse indeterminado; os leprologistas mineiros e argentinos, haviam proposto indefinido, mas aqueles presentes à Conferência não escolheram nenhum dos dois e ficou definido que ‘Indiferenciado’ seria o termo escolhido.

O relatório final da Comissão de Terapêutica constava de nove resoluções, mas antes é preciso lembrar que, neste momento, estava recém iniciado o tratamento com as sulfonas, em caráter experimental nos leprosários brasileiros e as resoluções mostram este dado.⁴⁷³ De um total de nove resoluções, quatro eram explicitamente referentes ao tratamento com as sulfonas de maneira favorável. Porém, duas resoluções recomendaram que “(...) nos centros endêmicos de lepra, sempre que seja possível, se proceda à comparação dos resultados do tratamento pelo chaulmoogra e pelas sulfonas”⁴⁷⁴, o que acena para alguma dúvida, ainda, sobre a real eficácia do novo medicamento. Em outra

⁴⁷² “Conclusões finais aprovadas pela segunda Conferência Pan-Americana de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VI, nº 4, outubro de 1946, p. 184. No Brasil o tema foi discutido em “acalorados artigos” publicados na *Revista Brasileira de Leprologia* e em reuniões realizadas em Três Corações/MG e São Paulo. A proposta brasileira de nova classificação teve o apoio de Cuba, México e Peru, dentre outros países.

⁴⁷³ Vale lembrar que o uso experimental das sulfas por Faget, começou em 1942, no leprosário de Carville, na Louisiana/USA, sendo utilizado em 9 pacientes: 8 homens e 1 mulher, todos voluntários. Os tipos de lepra eram 8 casos lepromatosos e um caso, do tipo nervosa. Somente após esta data é que começou seu uso em escala praticamente mundial, visto os resultados positivos apresentados no período de experiências e testes. FAGET, G. H. *et alii*. “Sulfanilamide in the treatment of leprosy”. *Public Health Reports*. Vol. 57, nº 50, December 11, 1942; republicado no mesmo periódico em November-december 1975, vol. 30. nº 6, pp. 486-490.

⁴⁷⁴ “Conclusões finais aprovadas pela segunda Conferência Pan-Americana de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*, p. 178.

deliberação, a Comissão de Terapêutica afirmava que, embora se tenha pouco tempo de observação do uso das sulfas “(...) um número relativamente pequeno de casos foram tratados, para aprová-las definitivamente como agente quimioterápido na lepra. Mas os resultados são, até agora, tão promissores, que devem ser consideradas [as sulfas] como realmente ativas”.⁴⁷⁵

Embora a II Conferência Pan-Americana da Lepra, tenha sido pensada como um evento onde se discutissem as ações e cooperações no continente americano, não se pode afirmar que houve preocupação com a elaboração de uma política nesse sentido, a partir da leitura de suas resoluções finais. No que se refere ao questionamento do isolamento como prática profilática, também não observei um posicionamento mais crítico, o que demonstrava, ainda, certa insegurança do campo médico, de uma conclusão objetiva sobre o tema, o que só será possível na década seguinte, 1950, diante dos comprovados efeitos positivos dos medicamentos químicos. Entretanto, posso citar o exemplo dos leprologistas Luiz Marino Bechelli e Reynaldo Guagliato que nesta Conferência apresentaram um trabalho que se constituía de uma resenha histórica sobre o isolamento na lepra. Concluem seus autores que o isolamento era, ainda àquela época, um dos pilares de sustentação para a profilaxia da lepra. Acredito não ser equivocado afirmar que este pensamento não foi confrontado radicalmente no evento, o que demonstra ainda alguma tolerância e aprovação com o isolamento para a lepra.⁴⁷⁶

3.5 – 5º Congresso Internacional de Lepra – Havana, 1948

Entre os dias 3 e 11 de abril de 1948, reuniram-se em Havana cerca de 230 leprologistas de 36 países, de diversos continentes⁴⁷⁷. Foi o primeiro congresso com tamanha abrangência e considerado pela literatura médica especializada como o mais democrático dos realizados até então. Deve-se enfatizar também que foi o primeiro

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 177.

⁴⁷⁶ BECHELLI, Luiz Marino e QUAGLIATO, Reynaldo. “A importância do isolamento hospitalar dos doentes contagiantes na profilaxia da lepra – 2ª Conferência Panamericana, Rio, 1946”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*: Rio de Janeiro, vol. V, nº 3, 1947, pp. 243-275.

⁴⁷⁷ A presidência do Congresso foi do leprologista cubano Alberto Oteiza Setien.

congresso internacional realizado nas Américas, num contexto histórico que o continente era objeto de amplas possibilidades e ações de cooperação internacional na área da saúde. A criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em outubro de 1945, e da Organização Mundial da Saúde (OMS) em abril de 1948, são dados relevantes e devem ser considerados nesta análise, de modo a compreender o contexto histórico e conjuntural daquele momento.

Esta cooperação internacional no campo sanitário havia sido iniciada – no nível de governo a governo – com a criação do Instituto de Assuntos Inter-Americanos, em 1941, responsável por diversos convênios com países latino-americanos. Dentre estes convênios, no meu caso, ressalto aquele que deu origem, em 1942, ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), uma agência financiada com recursos norte-americanos e brasileiros, e com autonomia dentro do Ministério de Educação e Saúde. É interessante assinalar que o ‘Acordo Básico’ que deu origem ao SESP, estabeleceu como uma das funções desta agência, a criação de um programa de controle da lepra, em colaboração com o Serviço Nacional de Lepra (SNL), como já visto.⁴⁷⁸

No 5º Congresso Internacional de Lepra, o Brasil foi representado por 27 delegados, e este grupo foi coordenado por Ernani Agrícola, diretor do SNL. Em praticamente todas as fontes por mim trabalhadas, que se referem à ação do SNL no Brasil e à atuação da delegação brasileira neste Congresso, percebi um discurso com grande ênfase no nacionalismo. Isso se torna mais claro quando diz respeito às atividades de controle da lepra postas em prática pelos técnicos e médicos responsáveis pelo funcionamento do SNL. Como um exemplo, transcrevo a seguinte citação:

“Pelo estudo das conclusões finais do congresso observa-se que, os princípios científicos, pelos quais é conduzida a luta contra a lepra no Brasil, lograram amplo sucesso, sendo reconhecidas, universalmente, como certas as nossas pesquisas em todos os setores da leprologia. O estímulo que isso representa virá certamente reforçar ainda mais o alto conceito em que é tido o Serviço Nacional de Lepra entregue em tão boa

⁴⁷⁸ CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

hora às mãos hábeis do ilustre chefe [Ernani Agrícola] da delegação em nosso país”.⁴⁷⁹

Esse tom nacionalista também foi utilizado pela imprensa local cubana. O jornal *Tiempo en Cuba*, publicou uma reportagem no dia 11 de abril de 1948, elogiando a delegação brasileira e afirmando que esta era especial, pois “(...) que hacia un aporte más precioso y más definitivo en las multiples cuestiones que atañen al enfoque moderno de esta cuestión que tanto ha interessado através de todos los tiempos a la ciencia médica tanto desde el punto de vista sanitário como terapêutico”.⁴⁸⁰ As fontes trabalhadas apresentam, ainda, informações no sentido de que a delegação brasileira teve aprovação de todas as propostas apresentadas “(...) em todos os assuntos discutidos, sendo objeto ainda de atenções especiais e honrosas deferências por parte dos demais congressistas”.⁴⁸¹ Acredito que os extratos citados aqui da coluna ‘Noticiário’, do periódico *Arquivos Mineiros de Leprologia*, refletem bastante bem este fato.

As discussões nesta Conferência foram organizadas em torno de cinco temas: terapêutica; investigação; clínica e classificação; epidemiologia; e assistência social.⁴⁸²

Em relação ao tema da *Terapêutica*, foram discutidos os aspectos relativos ao emprego das sulfonas e do chaulmoogra, paralelamente. Embora as sulfas tenham sido altamente recomendadas, não deveria ser eliminado completamente o tratamento com o chaulmoogra se o leprologista não tivesse, ainda, acesso às sulfas. No entanto, foi recomendado que, ao se utilizar o chaulmoogra, o leprologista tivesse atenção às doses empregadas, pois faria diferença no resultado final do tratamento. Em relação ao emprego das sulfas, foi recomendada igualmente atenção às doses utilizadas, pois havia preocupação com a dosagem correta, já que caso isso não fosse respeitado, poderia interferir na melhora do paciente. Chamou-se a atenção para as possíveis reações e toxidez que o doente pudesse

⁴⁷⁹ “Noticiário – V Congresso Internacional de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VIII, nº 2, abril de 1948, p. 166.

⁴⁸⁰ *Apud* “Um pouco de brasilidade – O Brasil nas Conferências Internacionais”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IX, nº 1, março de 1950, pp. 5-9.

⁴⁸¹ “Noticiário – V Congresso Internacional de Lepra”, *cit.*, p. 166.

⁴⁸² Fazia parte da Comissão de Epidemiologia e Controle cinco leprologistas brasileiros e foi a que agregou o maior número destes profissionais no referido Congresso.

apresentar por intolerância ao medicamento. As cirurgias ortopédicas e as de reabilitação foram recomendadas como tratamento complementar, além de atuar no “aspecto psicológico, social e espiritual do meio ambiente em que vive o paciente”.⁴⁸³

No item referente à *Investigação*, as recomendações incentivavam as pesquisas para a descoberta de novas drogas mais eficientes do que as utilizadas até então, descrevendo, inclusive os critérios que deveriam ser considerados em função do tipo de lepra apresentado. Foi dada, ainda, uma especial atenção à experimentação de possíveis drogas em seres humanos, no sentido de que fosse respeitada a vontade do participante, assim como sua real concordância e os devidos esclarecimentos sobre esta participação.⁴⁸⁴

Do tema *Clínica e Classificação*, o comitê considerou que a classificação sul-americana, aprovada na II Conferência Pan-Americana de Lepra em 1946, era satisfatória e fez um “(...) esforço para conciliar os dois sistemas de classificação [o aprovado no Congresso do Cairo em 1938 e o da II Conferência] aparentemente discordantes, [porém, se] chegou a uma fórmula mais integral possível, baseada na interpretação biológica do caso clínico”.⁴⁸⁵

A partir da análise das conclusões finais deste Congresso, dois aspectos importantes chamam a atenção: o impacto da medicação química com as sulfonas e a existência de uma comissão de assistência social.

Em relação ao primeiro ponto – impacto da medicação química -, foram enfatizados os efeitos positivos causados com o emprego das sulfonas e com as diversas experiências apresentadas, que procuravam mostrar a eficácia do medicamento. Entretanto, também

⁴⁸³ “Noticiário – V Congresso Internacional de Lepra”, *cit.*, p. 179.

⁴⁸⁴ É preciso lembrar que em 1947 foi criado o Código de Nuremberg regulando as pesquisas que utilizavam seres humanos. Antes de sua existência, tal prática não tinha regulação e sabidamente alguns excessos foram cometidos em nome da experimentação, da pesquisa e da busca de novos medicamentos.

⁴⁸⁵ “Noticiário – V Congresso Internacional de Lepra”, *cit.*, p. 191. Em relação ao nome da nova classificação que, tempos antes, havia provocado acalorada discussão nos congressos realizados no Brasil sobre a exata adequação, se Indefinido ou Incaracterístico, neste congresso não se teve notícias de dissenso em torno desta questão.

demonstraram um desconhecimento ainda profundo do poder de intervenção do medicamento sobre o bacilo da lepra.⁴⁸⁶

É preciso ressaltar que este foi o primeiro congresso internacional realizado após as descobertas científicas da indústria farmacêutica e do emprego das sulfonas.⁴⁸⁷ As sugestões da Comissão de Terapêutica, que tratou deste aspecto, apontam para o avanço vivenciado desde 1946, ano da realização da II Conferência Pan-Americana, e a elaboração do relatório ao final do Congresso de Cuba em 1948, ou seja, dois anos apenas.

No entanto, é possível perceber uma grande diferença em termos de tratamento médico para o doente e do quanto este fato marcou a experiência médica e clínica daquele momento. Estes progressos se relacionavam, obviamente, quer com os:

“(…) derivados sulfônicos quer com o desenvolvimento da nova técnica pelas altas doses do óleo de chaulmoogra. Apesar da atividade terapêutica destes medicamentos ser evidente, sua ação sobre o *Mycobacterium leprae* é relativamente lenta. A comissão sugere que novas investigações sobre os pontos acima mencionados devem ser efetuados com o objetivo de aumentar a efetividade destes medicamentos”.⁴⁸⁸

Na literatura médica o final da década de 1940, é um período normalmente apontado como de verdadeiro ‘otimismo sanitário’, um momento marcadamente de ‘conquistas milagrosas’ no campo da medicina. Segundo Laurie Garret, quase que semanalmente eram anunciadas novidades medicamentosas que ajudariam o homem a vencer as ‘guerras’ no mundo das doenças.⁴⁸⁹ Não só nas Conferências de Lepra, mas nos

⁴⁸⁶ O único representante brasileiro nesta Comissão era o Dr. Orestes Diniz, diretor do Serviço Estadual de Lepra, em Minas Gerais, futuro diretor do SNL.

⁴⁸⁷ Digo isto lembrando que a II Conferência Pan-Americana da Lepra em 1946, foi restrita aos médicos das Américas e não teve a participação de especialistas de diferentes partes do mundo, como é natural numa Conferência Internacional como a realizada em Cuba.

⁴⁸⁸ “Noticiário – V Congresso Internacional de Lepra”, *cit.*, pp. 175 e 176.

⁴⁸⁹ GARRETT, Laurie. *A próxima peste – Novas doenças num mundo em desequilíbrio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995, sobretudo o capítulo 2 ‘Transição na saúde – A era do otimismo: vamos erradicar a doença’, pp. 39-59. A autora afirma que a literatura médica assinalava que o século XXI seria um período em que “(…) todas as doenças infecciosas teriam o índice zero” (p. 39). Sobre o impacto das novas medicações, a autora cita nominalmente o caso da tuberculose cujas notícias a seu respeito, após a descoberta dos antibióticos, passaram a considerá-la como uma “infecção secundária facilmente controlada” em detrimento de “extremamente perigosa”, como era anteriormente classificada.

congressos de Medicina Tropical ou em outros encontros especializadas de saúde, este avanço era assinalado através das pesquisas apresentadas e o sucesso comprovado de medicamentos para variadas doenças. Isso se torna mais evidente se pensarmos nas enfermidades que necessitavam dos antibióticos recentemente descobertos, assim como os pulverizadores ou agentes formicidas que destruíam insetos 'extremamente perigosos' e que poderiam causar doenças no homem.

Ainda em relação aos medicamentos empregados no tratamento da lepra, a Comissão fez várias recomendações no sentido de uniformizá-lo em diferentes locais e instituições, e aconselhou fortemente o uso das sulfas. Os tipos existentes até aquele momento eram: *promin*, *diazona*, *diamidin* ou *sulfetrone*; a dosagem ideal e as possíveis reações também eram enumeradas.⁴⁹⁰ Como ainda não existia um consenso em torno da predominância das sulfas no tratamento, foi recomendada a continuidade do emprego do óleo de chaulmoogra em alguns casos. Os relatores afirmaram que a ineficácia do chaulmoogra estava ligada às dosagens não uniformizadas. Estas deveriam ser altas e aplicadas de maneira regular, sob a forma de injeções para que tivessem efeito comprovado.

Interessante perceber a recomendação de ambos os medicamentos – sulfa e chaulmoogra - pois se constituíam em duas correntes de pensamento e prática que procuravam uniformizar um discurso: o da cura da lepra. No entanto, em 1950, dois leprologistas brasileiros publicaram um artigo afirmando que no momento deste Congresso em 1948, formaram-se dois grupos bastante distintos: os “chaulmoogristas” e os “sulfonistas”. Tal desacordo não fica suficientemente claro quando se lêem as resoluções finais. Chama a atenção sim, a recomendação da Comissão de Terapêutica para o emprego de ambos os medicamentos. Tal dissenso, apontado por Stanciole e Salomão, não fica explícito entre os relatores.

Segundo estes autores, os dois grupos (chaulmoogristas *versus* sulfonistas) tinham cada qual seus simpatizantes que, entretanto, sensivelmente, migravam de maneira

⁴⁹⁰ Alguns anos depois, outros tipos de medicamentos estariam disponíveis no mercado como a sulfonazina, por exemplo.

crescente do primeiro para o segundo grupo.⁴⁹¹ Os autores afirmaram, ainda, que esta divisão se acentuou muito mais explicitamente ao longo do tempo. Neste exemplo de disputa de campo, de saber e de autoridade científica, ficam evidentes os sinais da cisão provocada pela introdução e aceitação do medicamento químico para o tratamento da lepra nos contextos brasileiro e indiano, por exemplo.

Stanciole e Salomão, afirmaram ser compreensível que a maior parte dos adeptos da corrente chaulmoogrista fosse de indianos, já que para eles “(...) o problema da lepra assume graves proporções (...) e a administração do chaulmoogra é mais difundida em razão de seu baixo preço, considerando-se a droga originária da Índia”.⁴⁹²

Entretanto, além disso, restava o fato de um grande leprologista indiano, Dr. Ramu G. Dharmendra, numa conferência para leprologistas locais realizada em 1947, ter recomendado o uso do chaulmoogra, pois segundo ele, ainda pouco se sabia sobre o poder curativo das sulfas e “(...) nunca se sugeriu que o chaulmoogra fosse abandonado. Tem o seu valor e deverá, sem dúvida, continuar no tratamento de rotina pelo menos por mais algum tempo”.⁴⁹³

Com as recomendações da Comissão de Terapêutica do Congresso de Havana, realizado em abril, esse contexto mudou e, em dezembro do mesmo ano, foi realizada em Calcutá, a *All-India Leprosy Workers Conference*.⁴⁹⁴ As resoluções desta Conferência local apontaram a já “comprovada eficiência” da sulfonoterapia no tratamento, em detrimento do chaulmoogra e “(...) o governo deve providenciar para que a droga seja posta ao alcance dos casos indicados, a preço razoável”.⁴⁹⁵ Além disso, deveria ser dada isenção de impostos

⁴⁹¹ STANCIOLI, José e SALOMÃO, Abraão. “Considerações à margem do relatório da Comissão de Terapêutica do V Congresso Internacional de Lepra (Havana)”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano X, nº2, abril de 1950, pp. 108-112. O Dr. José Stanciole participou da Comissão de Terminologia e o Dr. Salomão da Comissão de Epidemiologia e Controle.

⁴⁹² *Id.*, *ibid.*, p. 109.

⁴⁹³ *Loc. cit.*

⁴⁹⁴ O ano de 1947 foi bastante conturbado politicamente na Índia, já que neste ano o país se tornou independente do domínio inglês e foi declarado independente; no ano seguinte, Mahtama Gandhi, líder pacifista e figura central da independência, foi assassinado.

⁴⁹⁵ *Id.*, *ibid.*, p. 109.

e taxações para incentivar o seu uso, aliada à realização de futuras pesquisas para analisar seu grau de eficácia.

Stancioli e Salomão seguem apontando as diferenças e mudanças pelas quais passaram a leprologia indiana após as recomendações das conferências citadas. Concluem que o emprego das sulfas naquela sociedade seria uma questão de tempo e reconheciam nos leprologistas indianos não somente “(...) suas virtudes que os colocavam em destacado lugar na leprologia”,⁴⁹⁶ mas também como o mais claro exemplo da última “*grande nação*” a utilizar chaulmoogra e apesar de terem sido os líderes da corrente tida como “*chaulmoogrista*”, agora reconheciam a eficácia das sulfas.⁴⁹⁷

Ao citar o caso brasileiro, os autores afirmam que pelo país já empregar este medicamento há cerca de cinco anos, o Brasil teria “grande contribuição e experiência” sobre o assunto e, além disso, “(...) já tem seu ponto de vista firmado e esse ponto de vista consagra as sulfonas como a medicação mais ativa que se encontrou até o momento”.⁴⁹⁸

Um aspecto chama a atenção neste artigo: a afirmação de que o doente prefere a sulfona, quando lhe é garantida a opção: “(...) sempre que haja possibilidade de escolha o doente prefere as sulfonas, bastando este fato para atestar, sem dúvida, o valor da medicação, sabendo-se do infalível tacto dos mesmos na seleção dos processos terapêuticos mais eficazes”.⁴⁹⁹ Acredito que o trabalho intenso de convencimento desenvolvido pelos leprologistas com os pacientes surtia o efeito esperado, pois penso que o paciente não tinha elementos para discernir qual seria o medicamento menos agressivo: se chaulmoogra ou as sulfas, se considerarmos seus efeitos no organismo, pois ambos componentes provocavam reações colaterais, mas sobre as sulfas se tinha grande esperança de efeitos curativos mais concretos.

De acordo com Stancioli e Salomão, as reações causadas pelas sulfas não são poucas: anemia, náuseas, vômitos, cefaléia, pruridos, surtos erizipelatoides etc. Esses

⁴⁹⁶ *Id., ibid.*, p. 111.

⁴⁹⁷ *Loc. cit.*

⁴⁹⁸ *Loc. cit.*

⁴⁹⁹ *Id., ibid.*, p. 109.

“acidentes”, de diferentes tipos, eram causados por intolerância individual e outros motivos indeterminados até aquele momento. Penso que é difícil afirmar qual dos medicamentos provocava mais reações adversas, porém os pacientes, segundo os autores, preferiam as sulfas, pois eram mais “eficazes” no tratamento.

Voltando ao Relatório da Comissão de Terapêutica, além da medicação com as sulfas, seus elaboradores chamam a atenção para a questão da prevenção de seqüelas, freqüentes em casos diagnosticados antes do emprego regular do novo medicamento. A Comissão recomendava que seria preciso assegurar a estes pacientes uma melhor qualidade de vida atentando para a prevenção de invalidez e deformidades; para a necessidade de fisioterapia, laborterapia; e de cirurgia plástica e ortopédica. Nesse sentido, é importante chamar a atenção para o aspecto de desenvolvimento de tecnologia médica e cirúrgica que beneficiaria os pacientes que apresentavam seqüelas variadas.

Na década de 1950, percebe-se que o tratamento cirúrgico reparador está bem mais avançado já que, segundo Roberto Farina, cirurgião plástico que atuou no Sanatório Padre Bento, em São Paulo, a área de cirurgia reparadora se desenvolveu bastante após a Segunda Guerra. Segundo ele, esta evolução estava intimamente ligada ao elevado número de mutilados deixados pelas duas guerras mundiais, além de eventuais seqüelas de má formação congênita, que forçavam a busca de soluções. Nesse sentido, é interessante ressaltar a grande importância dos seqüelados de lepra para o desenvolvimento desta especialização.⁵⁰⁰

Um último quesito do relatório da Comissão de Terapêutica, diz respeito à pesquisa e investigação científica e este aspecto é, pelas palavras da Comissão, “palpitante”, já que envolvia inúmeros fatores. O primeiro ponto é aquele que se refere justamente ao medicamento utilizado, a sulfa, e mesmo sabendo que:

“(…) os estudos modernos tenham aberto novos horizontes para o ataque ao *Micobacterium leprae* e sendo isso os mais notáveis os antibióticos, esta comissão reitera a necessidade de se continuar as

⁵⁰⁰ FARINA, Roberto. “Cirurgia plástica e reparadora da cabeça na lepra”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: vol. 21, nº4, dezembro de 1953, pp. 261-265.

investigações com o propósito de serem encontrados métodos terapêuticos mais eficientes”.⁵⁰¹

A Comissão apontou já, naquela época, para a questão da bioética - embora não empregando este conceito - ao tratar da utilização de seres humanos para se investigar a potência das sulfas utilizadas, semelhante ao que se definiu com o tema da *Investigação*. O relatório enumerava quais seriam as exigências mínimas terapêuticas que o medicamento deveria possuir: mostrar evidência de ação direta contra o bacilo de hansen; não ser tóxico para o paciente e, sobretudo, era preciso ter evidências clínicas e bacteriológicas de melhora da doença em um prazo de 12 meses.

Em relação à existência da Comissão de Assistência Social, sua inclusão deveu-se à atuação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.⁵⁰² Após a transferência da sede da Sociedade de São Paulo para o Rio de Janeiro em 1935, Eunice Weaver assumiu a presidência da mesma e centralizou sua atuação nas creches e preventórios dos filhos de leprosos. Weaver foi a representante brasileira nesta Comissão, uma vez que era considerada autoridade para falar sobre o tema, tendo em vista sua atuação à frente daquela Sociedade.

Nas Resoluções Finais desta Comissão, ficou clara a preocupação com aspectos relativos ao bem estar social e psicológico do paciente de lepra e de sua família, ratificando ser atribuição do Estado e de organizações privadas tal responsabilidade. Este 'bem estar social' significava atendimento aos familiares (ou comunicantes) em instituições especializadas, amparo e reajustamento social destas famílias e aos egressos dos leprosários, assim como educação sanitária para toda a população, em cooperação com o SNL.⁵⁰³

⁵⁰¹ “Noticiário – V Congresso Internacional de Lepra”, *cit*, p. 179.

⁵⁰² Para maiores detalhes da criação e atuação desta Sociedade, ver MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá – Lutas e ideais*. Rio de Janeiro: PLG, 1980. Sobre a trajetória profissional e o trabalho social de Eunice Weaver à frente desta Sociedade em momento posterior, ver CURI, Luciano Marcos. *Defender os sãos e consolar os lázaros – Lepra e isolamento no Brasil (1935-1976)*. Dissertação de Mestrado em História, Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

⁵⁰³ Em relação à quebra da estrutura familiar, vale a pena ratificar que, ao se internar compulsoriamente um chefe de família que desta família cuidava e provia, tem-se aí um problema social grave, já que os filhos

Além disso, foi a primeira vez que se chamou a atenção para o uso das palavras ‘lepra’ e ‘leproso’ e seu aspecto estigmatizante.⁵⁰⁴ Foi sinalizada a necessidade de um trabalho de conscientização na educação sanitária, para que a população e o próprio paciente abandonassem este sentido da palavra ‘lepra’: a doença não deveria ser vista como uma maldição bíblica e nem o doente deveria representar um perigo social, pois isto:

“(…) estigmatiza e ofende o leproso, fã-lo dissimular sua doença e evitar a procura de assistência médica, aumentando o perigo para o público. (...) [deve-se ainda] insistir para serem evitados todos os argumentos nos jornais, revistas, novelas, cinemas etc. e todas as situações em que a lepra e o doente sejam dramatizados e quando isso não corresponde aos conhecimentos atuais”.⁵⁰⁵

A recomendação era de que o doente fosse chamado de ‘doente de lepra’ ou ‘pessoa doente de lepra’, apesar de carregar ainda seu nome inicial, afirmavam que uma alteração assim já seria o princípio de uma mudança. Ao público em geral, deveria ser esclarecida a “real natureza da doença” para que:

“(…) o uso popular de algum termo menos específico, em substituição ao do científico ‘Lepra’ facultar ao povo mais completa e clara compreensão dos progressos realizados na interpretação, diagnóstico e tratamento da doença, ele deve ser empregado como oportunidade conveniente que se oferece. Seria, porém, imprudente adotar tais termos para ocultar a verdadeira natureza da doença”.⁵⁰⁶

Como última recomendação desta Comissão, foi dito que os organizadores do Congresso deveriam se responsabilizar pelo envio de tais resoluções aos periódicos científicos e à imprensa em geral, como forma de realizar educação sanitária. Significava,

ficavam desprovidos de qualquer auxílio federal ou do Estado para seu sustento. Esta Resolução procurava chamar a atenção para um aspecto bastante freqüente e desagregador que fazia parte do ato de internar.

⁵⁰⁴ A mudança do nome da doença de lepra para hanseníase será objeto de análise no próximo capítulo desta tese.

⁵⁰⁵ “Noticiário – V Congresso Internacional de Lepra”, cit., p. 188.

⁵⁰⁶ *Ibid.*, p. 193.

ainda, preocupação em se transformar os aspectos estigmatizantes da doença, numa tentativa de minorar socialmente os seus efeitos.⁵⁰⁷

Em relação às Comissões de Epidemiologia e Controle, e de Classificação, gostaria de me ater apenas aos aspectos mais relevantes, visto que os relatórios são extremamente detalhados.

Na Comissão de Epidemiologia e Controle, mais uma vez, as especificidades da lepra foram alvo de atenção por parte dos médicos. As características específicas da lepra e sua grande cronicidade foram aspectos enfatizados nesta Conferência. Isto implica dizer que o paciente permanecia contagiante por um longo período, pois o intervalo de tempo entre a descoberta dos primeiros sinais da lepra e sua instalação definitiva poderia variar em torno de cinco até 15 anos.⁵⁰⁸ Foram confirmados os limites impostos à pesquisa básica e recomendados estudos que visassem um conhecimento mais aprofundado de suas características específicas, como forma de melhor tratá-la e preveni-la.

As medidas de controle apontadas pela Comissão de Epidemiologia e Controle foram variadas, tais como as *médicas* (relativas à ratificação do modelo tripé de tratamento, amparado no leprosário, dispensário e preventório); as de *exigência legal* (sugestão de leis elaboradas com a ajuda do leprologista e que regulassem a vida dos pacientes); e as de *educação sanitária* (destinadas ao público de maneira geral e aos comunicantes). Em relação ao último item, vale ressaltar a atenção especial dirigida aos pronunciamentos pela imprensa - rádio, palestras, folhetos etc. -, no intuito de esclarecer o público sobre as “verdades” a respeito da lepra. Nesse sentido, é importante, ainda, lembrar que dentre as ações de educação sanitária já desenvolvidas pelo SNL, estavam as palestras radiofônicas e os filmes educativos, como já foi enfatizado no capítulo anterior, mostrando que as ações

⁵⁰⁷ Gostaria de enfatizar que a constituição desta Comissão de Assistência Social no âmbito do 5º Congresso Internacional de Lepra, chamou atenção para a questão social do doente de maneira mais direta, tendo, inclusive, gerado alguns artigos de leprologistas brasileiros. Como exemplo, cito uma interessante discussão de ROTBERG, Abraão e BECHELLI, Luiz Marino. “Proposições para a proteção social dos hansenianos, suspeitos e comunicantes”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: vol. XVII, nº2, junho de 1949, pp. 81-89.

⁵⁰⁸ Abraão Rotberg chamou a atenção para os casos extremos desta cronicidade que poderiam variar de seis meses até 20 anos. ROTBERG, Abraão. *Noções de hansenologia*. São Paulo: Fundação Paulista Contra a Hanseníase, 1977, p. 8.

dos leprologistas brasileiros e do SNL estavam de acordo com o que de mais ‘atual’ e ‘eficaz’ se pensava sobre o papel da educação sanitária.

A Comissão de Classificação também apresentou algumas inovações a respeito e este dado é relevante neste trabalho já que a classificação aprovada definiu mais claramente os critérios que implicariam na alta do paciente e sua saída do leprosário. Os leprologistas reunidos na II Conferência Pan-Americana em 1946 aprovaram a classificação sugerida pelo prof. Eduardo Rabello em 1938, mas, devido à sua morte em 1940, seu filho e outros especialistas continuaram a propor esta terceira categoria, a indeterminada, que seria somada às duas outras existentes, como já visto. Os pacientes do grupo indeterminado eram os que, dentre outros fatores, apresentavam bacilos escassos ou baciloscopia negativa e manifestações clínicas predominantemente na pele.

Neste Congresso de Havana de 1948, esta classificação proposta pelo prof. Rabello dez anos antes foi aceita consensualmente e passou a ser o sistema classificatório utilizado em escala mundial. Este fato representou uma vitória para os leprologistas brasileiros, para a ‘profissionalização’ do especialista e para a atuação, “sempre atenta”, do Serviço Nacional da Lepra.⁵⁰⁹

3.6 – 6º Congresso Internacional de Lepra – Madri, 1953.

Realizado em Madrid, entre os dias 3 e 11 de outubro de 1953, o 6º Congresso Internacional de Lepra teve como objetivo principal a união de metodologias de trabalho, além de organizar esforços para o desencadeamento de uma campanha epidemiológica contra a lepra, possível naquele momento, sobretudo devido “(...) à terapêutica moderna e ainda às últimas aquisições no terreno da imunologia. (...) Sente-se que atualmente há

⁵⁰⁹ O sentido desta profissionalização é amplo na medida em que influenciou também na criação de órgãos associativos, como foi o caso da Associação Brasileira de Leprologia, criada em 19 de novembro de 1948 na Capital Federal. Esta Associação congregava especialistas de todo o país e direcionava suas ações no sentido de apoiar e amparar os leprologistas. Um exemplo bastante claro desta luta em prol de melhorias para esta classe de profissionais, foi o pedido dirigido ao Governo Federal, através de projeto de lei de autoria do deputado Janduhy Carneiro, em maio de 1953. Tal projeto visava custear despesas dos leprologistas àquela Associação vinculados, para poderem se apresentar no 6º Congresso Internacional em Madrid, em outubro daquele mesmo ano. Entretanto, no mesmo dia em que foi apresentado ao plenário da Câmara, 28 de maio de 1953, foi rejeitado pela mesa diretora daquela casa. Gostaria de chamar a atenção para o fato de que neste mesmo ano foi criado o Ministério da Saúde, o que, muito provavelmente, pode ter interferido neste resultado.

motivo para grandes esperanças e o esforço conjugado dos sanitaristas deverá constituir a base em que se assentará a solução definitiva do problema de lepra”.⁵¹⁰

Representados nos comitês de Classificação, de Imunologia, de Epidemiologia e Profilaxia, de Terapêutica e de Assistência Social, estavam os 28 brasileiros que compareceram ao Congresso e participaram de praticamente todos os comitês, com exceção do comitê de Assistência Social.

Antes de me ater aos aspectos mais específicos deste Congresso e apontar suas semelhanças e diferenças em relação ao anteriormente realizado, é importante lembrar que em julho daquele mesmo ano, 1953, foi criado no Brasil o Ministério da Saúde, fato esse que tem sua explicação a partir de uma determinada conjuntura que possibilitou a separação das pastas de Educação e Saúde. Inicialmente, acredito ser interessante lembrar que a criação do Ministério da Saúde pode ser contextualizada no âmbito do “otimismo sanitário” já apontado, na medida em que gerou um consenso que conferiu à Saúde Pública maior importância no que diz respeito à atenção governamental.

Em relação aos aspectos políticos que permitiram esta criação, Wanda Hamilton e Cristina Fonseca apontam que este fato pode ser entendido a partir de várias implicações e negociações políticas que remontam às reivindicações originárias do movimento sanitarista, como expõe detalhadamente Gilberto Hochman.⁵¹¹ De acordo com as autoras, as negociações que levaram à esta criação deste Ministério foram árduas e envolveram alianças partidárias, a atuação dos atores em congressos específicos como os de Higiene, por exemplo, e longos debates nos poderes Executivo e Legislativo.

Esta criação pode ser entendida, ainda, como moeda de negociação política, na medida em que, após longos debates parlamentares, os cargos de direção advindos com a criação de um ministério independente, foram negociados para a sustentação e equilíbrio político de Vargas que, neste seu segundo governo, precisava reequilibrar as forças

⁵¹⁰ “Noticiário – VI Congresso Internacional de Leprologia”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XIII, nº4, outubro de 1953, pp. 323-324.

⁵¹¹ HAMILTON, Wanda e FONSECA, Cristina. “Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 10, nº 3, pp. 791-825, set-dez. 2003 e HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*, cit.

políticas e os interesses dos partidos que o apoiaram em 1950. Entendido como um marco na saúde pública, não no sentido de propor e executar mudanças estruturais e institucionais de grande significado, mas porque a partir da criação deste Ministério, as questões de saúde passaram a explicitar negociações mais diretas com o contexto político-partidário, o que significava, por outro lado, interferências sobre a gestão sanitária. Hamilton e Fonseca afirmam que, a médio e longo prazos, tornar-se-ia evidente que tal campo de ação:

“(…) teria que aprender a lidar com a questão político-partidária e buscar formas de convivência e adequação entre a ação profissional – com base na especialização do conhecimento e na excelência técnica – e os interesses político-partidários que estariam presentes quando se tratava de definir formas de gestão de políticas em um sistema democrático”.⁵¹²

A preparação dos brasileiros para o Congresso de Madri foi feita na V Reunião dos Leprólogos Brasileiros, promovida pela Associação Brasileira de Leprologia, na cidade de Curitiba, entre os dias 1 a 3 de maio de 1953. Foi a primeira vez que se fez uma reunião com este objetivo tão clara e estrategicamente traçado, de preparar a atuação do Brasil num Congresso Internacional.

Na reunião de Curitiba, foram formadas comissões de classificação, profilaxia, terapêutica e premunição, seguindo o modelo de trabalho dos congressos internacionais, e procurando agregar entre seus membros, leprologistas de variadas regiões do país para enriquecer o debate e trocar experiências locais.⁵¹³ Através das deliberações finais desta reunião, percebe-se que a Comissão de Classificação foi a que mais debate gerou, pois segundo eles, se estava “(...) reconhecendo a necessidade da solução de certos aspectos omissos da classificação de Havana [no congresso internacional de 1948]”.⁵¹⁴ Isto significa dizer que a classificação aprovada em Havana, apesar de vitoriosa sob o ponto de vista da leprologia sul americana, ainda não era a idealmente pensada por Rabello e outros, pois não

⁵¹² HAMILTON e FONSECA, *op. cit.*, p. 819.

⁵¹³ No Congresso de Madri, a Comissão que analisou tais aspectos recebeu o nome de Comitê de Imunologia, e foi a primeira vez que se formou uma comissão com este objetivo.

⁵¹⁴ “Associação Brasileira de Leprologia – V Reunião dos Leprólogos Brasileiros – Curitiba, maio, 1953”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XII, nº2, junho de 1953, pp. 186-193.

levou em consideração algumas particularidades do tipo indeterminado. Assim, estes leprologistas reunidos em Curitiba propuseram a classificação dividida em dois tipos (lepromatoso e tuberculóide) e dois grupos (infrapolar [indeterminado] e bipolar/borderline), que, como se verá, foi a classificação proposta e aprovada, com poucas restrições, no Congresso de Madri.

A Comissão de Profilaxia, da Reunião de Curitiba, chamou a atenção para o objetivo principal da campanha de profilaxia da lepra, que deveria ser o diagnóstico precoce nos que apresentassem o grupo indeterminado da doença. Após esta ação, se teria como possível resultado, a diminuição no número de casos que pudessem evoluir para o tipo lepromatoso ou maligno. Em relação ao isolamento, a Comissão recomendava a adoção de um critério seletivo com especial atenção voltada para os comunicantes e revisão da legislação para os casos de aposentadoria e proteção social, nos quais se deveria considerar os tipos clínicos da doença.

A Comissão de Terapêutica da Reunião em Curitiba propôs a continuidade do tratamento sulfônico e chamou a atenção para o número crescente de casos onde, ao se empregar as sulfas, o paciente migrava de um tipo mais grave para um menos grave da doença, o que poderia significar a cura completa, ao longo do tratamento.⁵¹⁵ Seguindo estas recomendações aprovadas no contexto nacional, os leprologistas brasileiros participaram do 6º Congresso em Madrid, realizado em outubro de 1953, ou seja, poucos meses após a Reunião em Curitiba.

Se comparado com o Congresso de Havana realizado em 1948, o Congresso de Madri em 1953, apresentou algumas diferenças, sobretudo em se tratando dos aspectos de classificação, de terapêutica e de epidemiologia e profilaxia.⁵¹⁶ Os relatórios e as

⁵¹⁵ Neste Relatório encontram-se descritas todas as possibilidades de mudança dos tipos da lepra de acordo com o tempo e a dosagem administrada.

⁵¹⁶ As deliberações encontram-se publicadas em “Transcrições – VI Congresso Internacional de Leprologia”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XIII, nº 1, março de 1954, pp. 26-48.

deliberações de cada um destes Comitês refletem bastante bem os avanços, as rupturas e as diferenças relativas à pesquisa e ao tratamento da lepra.⁵¹⁷

Em relação à classificação da doença e suas diferentes formas, é importante lembrar que havia dois tipos da doença (Lepromatoso e Tuberculóide) e um grupo, o Indeterminado. A este, foi somado um segundo grupo, o Dimorfo ou *Borderline*, fazendo assim a divisão entre dois tipos (lepromatosa e tuberculóide) e dois grupos (indeterminado e *borderline*/dimorfa).

As recomendações finais do Comitê de Epidemiologia e Profilaxia chamaram a atenção para os progressos realizados pela ciência e a pesquisa básica nos últimos 20 anos. Tais avanços podem ser assinalados da seguinte forma: a descoberta da importância e da frequência das formas tuberculóides, assim como de seus aspectos epidemiológicos; melhor conhecimento clínico e epidemiológico da lepra ‘indeterminada’ e sua maior prevalência nos focos bem controlados; a terapêutica sulfônica e a possibilidade de reversão lepromínica com o BCG.⁵¹⁸ Destes, destaco dois pontos principais: o primeiro deles, é preocupação com a influência das sulfas nas medidas profiláticas em relação à lepra; e o segundo ponto dizia respeito aos “promissores resultados” nos casos observados após a aplicação da vacina BCG.⁵¹⁹ Estes aspectos não deveriam ser negligenciados e poderiam

⁵¹⁷ Acho interessante chamar a atenção de que estes congressos tinham também o objetivo de mostrar aos leprologistas visitantes as experiências locais, o funcionamento dos leprosários e as estratégias de controle do país sede do congresso. Muitas destas observações se transformavam em artigos de periódicos onde se faziam comparações com a realidade brasileira. No entanto, são artigos que não têm uma análise mais aprofundada e crítica, muitos deles apresentando um tom laudatório e com narrativa bastante linear e factual. Como exemplo, cito o artigo de autoria do leprologista mineiro Olinto Orsini, publicado na Seção ‘Noticiário’, do periódico *Arquivos Mineiros de Leprologia*. O título é “Visita ao Sanatório-Colônia de Trillo (Espanha) – outubro de 1953” e Orsini narra sua visita àquele hospital de isolamento, localizado no sul da Espanha; a instituição é descrita como um verdadeiro paraíso terreal, com alusão à mitologia grega e utilização de figuras de linguagem que remetem à literatura parnasiana.

⁵¹⁸ BECHELLI, Luiz Marino. “Simpósio sobre a epidemiologia e a profilaxia da lepra (1933-1953)”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: Sociedade Paulista de Leprologia, vol. 22, nºs 3 e 4, setembro e dezembro de 1954, pp. 157-230.

⁵¹⁹ “Transcrições – VI Congresso Internacional de Leprologia”, *cit.*, p. 37. Na página 40 foram publicadas as resoluções aprovadas do Comitê de Epidemiologia e Profilaxia naquele Congresso. A segunda recomendação dizia que: “O comitê recomenda que a vacinação pelo BCG seja introduzida nas campanhas de profilaxia (...). Será útil comparar as possíveis diferenças do efeito protetor obtido com a vacinação pelo BCG entre comunicantes afastados da fonte de infecção e naqueles que permaneceram em contato com as formas bacilíferas”.

influenciar no estabelecimento de uma campanha de profilaxia contra a doença, como efetivamente acabou acontecendo no Brasil naquela mesma década.⁵²⁰

Em relação ao uso da vacina BCG gostaria de assinalar que este ponto foi bastante controverso, já que o Comitê de Imunologia,⁵²¹ pela primeira vez presente em um congresso internacional, recomendou que sua utilização ainda não significava uma verdadeira ‘arma’ profilática contra a doença, “(...) ainda em estudo e por ora nada se pode afirmar de conclusivo”.⁵²² É importante salientar que desde 1947, o Dr. Rubem David Azulay, do Serviço Nacional de Lepra, utilizava a vacina BCG num estudo exploratório desenvolvido com as crianças do Preventório Santa Maria, que pertencia ao Hospital de Curupaity, no Rio de Janeiro. A partir dos primeiros resultados “bastante promissores” deste trabalho, Azulay propôs no Congresso de Havana em 1948, o uso da BCG como um método de prevenção à lepra. No entanto, esta idéia foi rejeitada, mas em Madri a vacina foi recomendada com finalidade investigativa.⁵²³

O Congresso de Madri levantou a seguinte questão: de que forma estas medidas deveriam estar presentes numa campanha profilática, e como isto determinaria a questão do isolamento em leprosários? As conclusões do Comitê de Epidemiologia e Profilaxia assinalavam que o isolamento deveria ser feito somente de maneira seletiva, nos casos contagiosos, apenas o tempo necessário para se ter a regressão clínica do quadro geral da doença; após isso, o paciente deveria ser tratado no dispensário, onde continuaria a receber o medicamento necessário.

⁵²⁰ A recomendação pela vacinação da BCG nos comunicantes será seguida pelo Brasil com o estabelecimento da Campanha Nacional contra a Lepra, tema do capítulo seguinte desta tese.

⁵²¹ O Comitê de Imunologia tratou de dois temas específicos: a lepromino-reação e a BCG, justificados pela importância que o preparado de lepromino-reação passou a ter na comprovação do grau de resistência do organismo à presença do *Mycobacterium leprae*.

⁵²² “Transcrições – VI Congresso Internacional de Leprologia”, *cit.*, p. 36. Este foi um dado controverso já que, embora as recomendações do Comitê de Epidemiologia e Profilaxia, enfatizassem o uso do BCG como forma de proteção aos comunicantes, o Conselho Geral do Congresso de Madri argumentou que este uso estava ainda em fase de experimentação e que não existiam provas suficientes para justificá-lo como medida definitiva de profilaxia. No entanto, a plenária final decidiu, através de votação, manter esta recomendação nas resoluções finais aprovadas.

⁵²³ AZULAY, Rubem David. *Hanseníase – da Imunologia à Imunopatologia*. Tese de Livre Docência. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1978.

Ainda de acordo com o Comitê de Epidemiologia e Profilaxia, as bases de uma campanha profilática deveriam se ater aos aspectos da educação e propaganda sanitária; proteção e controle dos comunicantes; tratamento ambulatorial; investigações científicas e assistência social. Este conjunto de iniciativas teria mais sucesso do que o isolamento em leprosários. Segundo Orestes Diniz, somente após executadas todas essas medidas, é que se deveria impor o isolamento dos casos contagiosos, “(...) que deverá ser pelo tempo suficiente à regressão dos sintomas clínicos (...). A dinâmica dessa orientação profilática se enquadra perfeitamente dentro de uma orientação moderna que, seja dito de passagem, continua em real e constante evolução”.⁵²⁴

Gostaria, ainda, de apontar para a ênfase dada pela Comissão de Epidemiologia, à necessidade de revisão da legislação existente nos países, uma vez que tanto a internação e quanto a alta do paciente eram definidas através de leis e portarias diferenciadas.⁵²⁵ Assim, no Brasil, o isolamento foi implantado a partir do decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. No entanto, foi modificado com a Lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949, e no ano seguinte, em 2 de janeiro de 1950, foi publicada a Lei nº 1.045, que regulava a concessão de altas e transferências.⁵²⁶

Em 8 de março de 1950, através da Portaria nº 11, assinada pelo Diretor do SNL, Dr. Ernani Agrícola, foram baixadas as instruções que regulavam as concessões de altas (provisórias ou definitivas) e as transferências para dispensários, já previstas na Lei nº 1.045. Composta de 39 artigos, esta lei expunha em detalhes por que critérios os pacientes poderiam ou não estar incluídos nos potenciais candidatos à alta ou transferência, a partir

⁵²⁴ DINIZ, Orestes, *op. cit.*, p. 34.

⁵²⁵ “Recomenda-se, tendo em conta as conquistas obtidas com as novas medicações, a revisão da legislação vigente em cada país, a qual deverá incluir as modernas bases de profilaxia e assistência social como foram expostas acima [tratamento com sulfas e vacinação pela BCG]”. “Transcrições – VI Congresso Internacional de Leprologia”, *cit.*, p. 40.

⁵²⁶ As ementas das leis citadas são: “Aprova o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública” que regula a atuação e atribuições da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, de 1923; “Fixa normas para a profilaxia da lepra”, de 1949 e “Dispõe sobre a concessão de alta aos doentes de lepra”, de 1950.

do exame clínico e baciloscópico realizado pelos leprologistas que compunham as Comissões de Alta.⁵²⁷

Em 23 de julho de 1956, foi aprovada uma nova portaria onde foram baixadas outras instruções que regulavam a alta (novamente provisória ou definitiva) e a transferência dos pacientes para os dispensários, agregando a nova classificação dos casos de lepra aprovada pelo Congresso de Madri. A diferença fundamental entre elas é que nesta nova portaria os exames poderiam ser realizados de quatro em quatro meses, em vez de semestralmente; além disso, o tempo necessário para ser candidato novamente à análise das Comissões de Alta, para aqueles candidatos que tinham sido reprovados, foi fixado em cinco anos.⁵²⁸

Em relação ao tratamento, o Comitê de Terapêutica ratificou a continuidade do emprego das sulfas, enfatizando que deveriam ser fortemente estimulados os estudos e pesquisas neste campo para que possibilitasse a descoberta de novas drogas que seriam somadas às já existentes.⁵²⁹ Assim, o relatório apontou, em suas considerações gerais, que desde o Congresso de Havana, em 1948, “(...) prosseguiu-se e ampliou-se o emprego dos processos de tratamento sulfônico (...) devendo ser considerada, no momento, como a base do tratamento de todas as formas de lepra”.⁵³⁰ Em relação à utilização, ainda, do óleo de chaulmoogra em alguns países, o relatório assinalou que “(...) quase todos os leprologistas abandonaram [seu] emprego (...) trocando-o pela sulfonoterapia, continuando, porém uns poucos a usar tanto um como outro medicamento”.⁵³¹

⁵²⁷ Esta Portaria teve uma alteração em janeiro de 1953, quando o Dr. Ernani Agrícola mudou os prazos de realização dos exames baciloscópicos aos quais deveriam ser submetidos os candidatos à alta ou transferência. Estes passaram a ser, dependendo do tipo da doença, de 6 a 24 exames realizados mensalmente e apresentarem resultados considerados satisfatórios pela Comissão de Alta para justificar a alta do interno.

⁵²⁸ É importante ressaltar que esta medida foi modificada somente com o Decreto nº 968 de 1962, que será objeto de análise no próximo capítulo desta tese.

⁵²⁹ Além das sulfonas, o Relatório apontou o uso, ainda residual, de outras drogas, dentre elas, a Hidrasida e Cortisona, por exemplo. Este último elemento é hoje utilizado no Brasil para o tratamento poliquimioterápico, ou o PQT, sugerido pela OMS. “*Os ótimos resultados obtidos pelos atuais métodos de quimioterapia da lepra não devem esconder a grande necessidade de novos agentes quimioterápicos que atuem com maior rapidez e eficácia, nem impedir a procura de tratamentos mais eficientes*”. “Transcrições – VI Congresso Internacional de Leprologia”, *cit.*, p. 45.

⁵³⁰ *Ibid.*, p. 41.

⁵³¹ *Ibid.*, p. 43.

O relatório apontou a necessidade de se ampliar a utilização da cirurgia plástica reparadora e de técnicas de ortopedia e de fisioterapia para correção de lesões causadas pela doença. Afirmou que, embora a quimioterapia tenha melhorado intensamente a perspectiva geral do tratamento, sua eficácia sobre os efeitos mais graves e lesões causadas pela lepra eram praticamente nulos. Enfatizou, ainda, que o uso destes tratamentos seria benéfico e agiria não apenas em relação à auto-estima do paciente, mas também facilitaria sua re-inserção social.

Por último, o relatório do Comitê de Assistência Social, retomou a deliberação aprovada no Congresso de Havana em 1948, a respeito do uso das palavras *lepra* e *leproso*, afirmando que esta resolução não foi cumprida integralmente. Enfatizou a relevância deste item, pois “(...) se vem reconhecendo a importância que fatores psicológicos exercem no tratamento de doentes e acompanham moléstias como a lepra, que durante séculos tem inspirado temor e repulsa”.⁵³² O seu cumprimento, afirmava o relatório, seria importante para evitar a existência de casos de doentes que ocultavam ou adulteravam sua verdadeira identidade, por receio de medidas punitivas socialmente⁵³³. Alguns, até mesmo, trocavam de cidade ou estado, para assumir um trabalho remunerado “(...) que é um fator de capital importância no tratamento e reabilitação dos doentes de lepra”.⁵³⁴

Finalizando este item relativo às deliberações do Congresso de Madri, torna-se necessário enfatizar que este momento é de mudança em relação à estratégia empregada no controle da lepra. Esta mudança assinalou a importância da descoberta de novos casos para refrear o avanço da doença, numa forma de prevenção. A educação e propaganda sanitária seriam elementos fundamentais nesse sentido, pois ajudariam a disseminar, junto à população leiga, os conceitos corretos e não discriminatórios sobre a lepra, o tratamento exato indicado e as formas de contágio. A educação sanitária alertaria também sobre a segurança proporcionada com a medicação existente e sobre seu poder de atuação. Este foi,

⁵³² *Ibid.*, p. 46.

⁵³³ Como exemplo, vale citar o caso do escritor Edmundo Donato ou Marcos Rey, cuja trajetória de vida é narrada no livro *Maldição e Glória – A vida e o mundo do escritor Marcos Rey*, de Carlos Maranhão. Em 1945, Edmundo Donato, ou Marcos Rey, fugiu de São Paulo para o Rio de Janeiro, onde sabidamente as medidas profiláticas contra a lepra eram mais brandas que no Estado vizinho.

⁵³⁴ “Transcrições – VI Congresso Internacional de Leprologia”, *cit.*, p. 47.

aliás, definido consensualmente como um campo estratégico e que necessitava de pesquisas inovadoras para a descoberta de novas drogas, com cada vez mais poder de atuação no organismo humano.

O Serviço Nacional de Lepra cumpria a maioria das deliberações. Entretanto, gostaria de enfatizar um quesito que, no meu entender, teve peso maior na leprologia brasileira. Refiro-me às estratégias de treinamento de pessoal, através dos cursos de atualização e especialização em leprologia, em todo o território nacional, como já visto. Os cursos eram oferecidos pelos leprologistas do SNL em todos os estados do país e atendiam aos técnicos e ao pessoal não especializado que trabalhava com o atendimento aos leprosos em dispensários ou leprosários. Além disso, as palestras e campanhas de esclarecimento, tanto através de filmes didáticos quanto em locuções radiofônicas que constituíam a educação sanitária, eram rotina de trabalho no SNL igualmente desde os anos 1940, como já enfatizado. De certa forma, acredito que estes aspectos tiveram alguma contribuição favorável no sentido de desestigmatizar a lepra junto ao público leigo ou não, ainda que de forma bastante lenta.

3.7 – 5ª Reunião dos Leprólogos Brasileiros – Cambuquira/MG, 1957.

Em maio de 1957, quatro anos após a realização do 6º Congresso em Madri e como preparação da delegação brasileira que iria participar do 7º Congresso Internacional de Lepra, em 1958, no Japão, a Sociedade Mineira de Leprologia promoveu uma reunião na cidade de Cambuquira, em Minas Gerais. Na ocasião, também foi comemorado o aniversário de 15 anos do Sanatório Santa Fé, localizado naquele município. Concebido como um evento que marcaria “(...) uma nova etapa na solução do problema da hansenose no Brasil”, a Reunião foi aberta por Orestes Diniz, diretor do Serviço Nacional de Lepra desde o ano anterior.⁵³⁵

⁵³⁵ “V Reunião de Leprólogos Brasileiros em Cambuquira e Sanatório Santa Fé”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVII, nº 3, julho de 1957, p. 245.

O tema principal desta reunião foi a nova campanha de profilaxia contra a lepra que já estava em andamento no Rio de Janeiro em caráter experimental e deveria ser posta em prática em todo o país, com a Campanha Nacional contra a Lepra. Ao término do evento, foram aprovadas três resoluções: a intensificação da luta contra a lepra no Brasil; os medicamentos antilepróticos auxiliares; e a conduta clínica e terapêutica do leprologista diante dos ex-pacientes de leprosários.⁵³⁶

Orestes Diniz proferiu a conferência de abertura intitulada “*Como intensificar a luta contra a lepra*”, e sinalizou para a falência inexorável do modelo praticado até então, ou seja, o isolamento do paciente. Segundo ele, o leprosário deveria ser visto como uma *peça* complementar na estrutura profilática e não como um fim em si mesmo. Enfatizou que o SNL continuaria a cumprir as deliberações do Congresso de Madri, praticando o isolamento seletivo e não o compulsório.⁵³⁷ O ônus financeiro do modelo isolacionista o tornava inexequível em todo o país; além disso, as estatísticas apontavam índices de morbidade e prevalência que não diminuíam com tal prática comprovadamente ineficaz, especialmente a partir da introdução das sulfas no tratamento da lepra.

Assim, “(...) a tônica da profilaxia deixou de ser o isolamento para passar a ser o tratamento do maior número de casos, encontrem-se eles onde se encontrarem, internados ou não”.⁵³⁸ Nesta conferência, Diniz apresentou dados estatísticos cuidadosamente trabalhados e analisados, demonstrando aos presentes que o isolamento tinha se tornado uma prática inconsistente e que:

⁵³⁶ Este item se refere à terceira Resolução aprovada na Reunião e refletiu a preocupação com o paciente que deixava o leprosário e recorria ao atendimento nos serviços gerais de saúde e nos dispensários. Era preciso e necessário incentivá-lo a não abandonar o tratamento. Nesse sentido, o leprologista tinha um papel importante nesta dinâmica e foram discutidas posturas profissionais diferenciadas do leprologista nesta situação totalmente nova.

⁵³⁷ Segundo Yara Monteiro, São Paulo foi o único Estado que, nesta Reunião, se pronunciou contrário ao sistema proposto, já que Luiz Marino Bechelli, representante paulista, se posicionou defendendo o isolamento compulsório para os casos na forma contagiosa. Em São Paulo, a implantação do isolamento seletivo foi um esforço de alinhamento a partir das recomendações internacionais, mas só aconteceu devido às restrições orçamentárias para a construção de novas unidades, que, caso não acontecesse, tornaria inviável a manutenção do modelo isolacionista compulsório. MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paul, cit.*, pp. 397-402.

⁵³⁸ DINIZ, Orestes. “Como intensificar a luta contra a lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVII, nº3, julho de 1957, p. 252.

“Diante de tal situação propõe-se um grupo de leprólogos, em cujo grupo eu me integro, realizar a luta contra a endemia através do entrosamento de leprólogos com todos os órgãos gerais de Saúde Pública, unidades sanitárias e médico-assistenciais, bem como as clínicas particulares em atividades nos focos da doença. Tal sistema de multiplicação de forças foi inaugurado, há mais de dois anos, pelo Serviço Nacional de Lepra, no Estado do Rio. Cada leprólogo ficava responsável pela direção dos trabalhos profiláticos em determinada área, formada de vários municípios. Em cada um deles era escolhido um médico, no geral um sanitarista, para representante do Serviço o qual, sob a orientação do leprólogo, se encarregava dos exames dos doentes, fichamento, tratamento e observação de comunicantes”.⁵³⁹

Orestes Diniz finalizou sua argumentação afirmando que da união dos esforços em comum entre governo e órgãos governamentais, como o SNL, e os governos estaduais e locais, resultaria em controle e vigilância epidemiológica dos doentes, a partir da campanha que se pretendia colocar em prática em todo o território nacional. Apontou todas as vantagens possíveis em implantar um sistema de controle como o que se pretendia, enfocando aspectos como os preços reduzidos (se comparados com a manutenção dos leprosários); a possibilidade efetiva de implantação em nível nacional; a rapidez de ação, já que agregaria todas as unidades médico-sanitárias; a receptividade positiva por parte dos doentes e não geraria problemas sociais insuperáveis, como a internação compulsória em leprosários.

Foi mostrada, ainda, a necessidade de redefinição do papel dos dispensários que deveriam trabalhar em conjunto com as demais unidades sanitárias de sua região, de forma já a seguir o modelo proposto por ele.⁵⁴⁰ Em relação aos medicamentos, Diniz enfatizou que os antibióticos utilizados normalmente contra a tuberculose, poderiam ser benéficos para os casos do tipo lepromatoso, que apresentassem sensibilidade a algum componente das sulfas.

⁵³⁹ *Id. Ibid.*, p. 253. É importante lembrar que o SNL realizava os censos leproológicos e levantamentos estatísticos, mas não se pode esquecer das atividades específicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística que, muito provavelmente, auxiliavam o SNL quando necessário.

⁵⁴⁰ Este será um dos grandes desafios para a concretização da Campanha Nacional contra a Lepra em todo o território brasileiro: a integração das unidades sanitárias e a cooperação entre Estado, Município e União.

Esta Reunião em 1958, também refletiu as ações contra a lepra naquele momento: o questionamento do modelo asilar por todos os motivos expostos até aqui, acenando para a mudança de rota na ação profilática empreendida até então. Dessa forma, a leprologia brasileira fortaleceu seu posicionamento de maneira consensual em relação à prática isolacionista. Em relação às novas formas de tratamento químico, experimentos com componentes ou vacinas que pudessem melhor controlar e tratar a doença, foi definido que se continuasse a pesquisar o valor e a atuação no organismo dos comunicantes da vacina BCG, como vinha fazendo no Rio de Janeiro, o leprologista Rubem David Azulay, no Instituto de Leprologia, do Serviço Nacional de Lepra. Nesse sentido, foi realizado o ‘Simpósio sobre fundamentos para a utilização do BCG na profilaxia da lepra’, de 27 a 29 de setembro de 1957, no Rio de Janeiro, onde o tema foi acaloradamente discutido pelos pesquisadores.⁵⁴¹

Pelo tom dos artigos publicados posteriormente ao evento e a certeza com que Orestes Diniz direcionou suas ações neste campo, acredito que este discurso anti-isolacionista encontrou poucas vozes dissonantes. Exceção feita ao Estado de São Paulo que, historicamente, sempre teve uma relação de autonomia em se tratando das ações da saúde pública em geral e em relação à lepra em particular. Naquele Estado se continuou a empregar o isolamento até 1967. É bem verdade que não com a mesma ênfase de décadas anteriores, mas ainda era recomendado e praticado, mesmo após maio de 1962, quando o Ministério da Saúde publicou uma Norma Técnica não incentivando absolutamente nenhuma prática de internação que levasse à dissolução de laços familiares, como era o caso do isolamento em leprosários.

3.8 – 7º Congresso Internacional de Lepra – Japão, 1958.

De 12 a 19 de novembro de 1958, foi realizado no Japão, o 7º Congresso Internacional de Lepra. Presidido pelo Dr. Kensuke Mitsuda, este congresso contou com a participação de cerca de 40 países e, como os demais congressos internacionais analisados

⁵⁴¹ Sobre este simpósio, “Noticiário - Sobre o emprego do BCG em lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XX, nºs 3 e 4, setembro e dezembro de 1961, pp. 175-184.

até aqui, seguiu a linha de apresentação de trabalhos e discussões em grupos, que, por sua vez, foram divididos em comissões, que se elaboravam os relatórios finais, com a memória das discussões e as resoluções aprovadas.⁵⁴²

A questão básica que interessa a este trabalho mais especificamente foi definida consensualmente: o tratamento químico empregado fora dos leprosários, que deveria ser inserido nos serviços gerais de saúde pública, já que se considerava que o leproso não cumpria mais o seu papel principal, que era ‘isolar para defender os sãos’.

No Brasil, especificamente, esta já era uma linha de orientação de trabalho que estava sendo seguida, embora o isolamento ainda fosse aplicado em leprosários. No entanto, uma das maiores características da campanha epidemiológica que estava em curso no Rio de Janeiro naquele momento, tinha exatamente o propósito de agregar os serviços de saúde pública das três instâncias governamentais, em ações que visassem o combate à endemia. Desse modo, podemos ratificar as palavras de Orestes Diniz quando afirmou que o congresso de Tóquio, colocou-se “(...) na linha de orientação que vêm seguindo os países que lutam contra a endemia e, de modo especial, o Brasil”.⁵⁴³

A delegação brasileira em Tóquio era chefiada por Orestes Diniz, diretor do SNL, e composta por 11 representantes: nove leprologistas, além de Conceição da Costa Neves e Eunice Weaver, que eram, respectivamente, deputada estadual por São Paulo e a representante da Federação de Sociedades de Assistência aos Lázaros.⁵⁴⁴ As resoluções aprovadas se encontram nos relatórios das Comissões de Classificação; de Epidemiologia e

⁵⁴² Kensuke Mitsuda (1876-1964) dirigiu leprosários no Japão a partir de 1915, após a criação da *Leprosy Prevention Law* em 1907; era considerado um dos leprologistas mais importantes naquela sociedade, embora, segundo alguns, tivesse exercido suas atividades com excesso de rigor. Em 1916, introduziu o teste de lepromina chamado *Reação de Mitsuda*. Informações obtidas em SATO, Hajime. “Abolition of leprosy isolation policy in Japan: policy termination through leadership”. *Policy Studies Journal*, março de 2002; www.findarticles.com. (Acesso em 18 de dezembro de 2006).

⁵⁴³ DINIZ, Orestes, *Profilaxia da Lepra*, cit., p. 37.

⁵⁴⁴ O nome da deputada estadual não fez parte de nenhuma das Comissões formadas neste Congresso, nem mesmo da de Assistência Social que Eunice Weaver participou. Acredito que sua ida ao Congresso se justificou por sua atuação no Estado de São Paulo em apoiar aos leprosos denunciando possíveis maus tratos ou privações sofridas dentro dos leprosários. Exerceu seis mandatos de deputada estadual: de 1945 a 1969, sempre empunhando esta mesma bandeira que se agregava às reivindicações da Federação comandada por Eunice Weaver.

Controle; de Bacteriologia e Patologia; de Terapêutica; de Imunologia; e de Aspectos Sociais, e refletem alguns pontos para os quais gostaria de chamar a atenção neste trabalho.

Em primeiro lugar, a riqueza de detalhes nos relatórios publicados no Brasil, sobretudo aquele publicado na *Revista Brasileira de Leprologia*.⁵⁴⁵ Após sua leitura, é possível perceber nos debates, não apenas os pontos de consenso no campo da leprologia, mas também as discordâncias. A meu ver, tais aspectos enriquecem as análises pormenorizadas que se possam fazer, em especial no campo das manifestações reacionais dos medicamentos empregados no tratamento da lepra naquele momento. Percebe-se, assim, que em 1958, ou seja, mais de 10 anos após o início da utilização das sulfonas de maneira mais massificada, a pesquisa laboratorial estava já bastante avançada no sentido de descobrir outras terapias com componentes e princípios químicos diferentes daqueles utilizados na elaboração da sulfona-mãe. O objetivo era minimizar os prejuízos causados por este medicamento naqueles pacientes que apresentassem reações ou incompatibilidade com seu uso.⁵⁴⁶

Um outro dado que me chamou a atenção foi o debate realizado com os integrantes de duas Comissões: de Classificação e de Epidemiologia e Controle. Nesse sentido, acho importante assinalar que não se chegando a um consenso em relação aos aspectos clínicos de definição da tipologia das doenças, apelou-se à Organização Mundial de Saúde como órgão superior de deliberação para que esta se ocupasse da questão e definisse claramente uma solução.

Na Comissão de Classificação, da qual fazia parte o representante do Brasil Dr. Francisco Eduardo Acioli Rabelo, diante da impossibilidade de consenso em se considerar

⁵⁴⁵ “VII Congresso Internacional de Leprologia – Tóquio – Novembro – 1958”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: Vol. 27, nº 1, janeiro-março de 1959, pp. 39-66.

⁵⁴⁶ No item referente ao Relatório da Comissão de Terapêutica, não só estes medicamentos como a pesquisa laboratorial são descritos de maneira pormenorizada. *Ibid.*, pp. 40-46. Em relação à pesquisa laboratorial para isolamento do bacilo e outras questões relevantes nesta área, as conclusões fazem parte do Relatório da Comissão de Bacteriologia e Patologia, pp. 47-51. Gostaria apenas de chamar a atenção de que, em relação ao modo de transmissão e a procura de respostas pela medicina, a teoria de transmissibilidade através de insetos, desta vez ‘não alados’, é reavivada; as possibilidades recaem sobre os piolhos, pulgas, percevejos e o parasita causador da sarna. Este dado remete à discussão de alguns médicos no início do século XX, sobretudo o Dr. Adolpho Lutz BENCHIMOL, Jaime Larry e SÁ, Magali Romero. “Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 10 Supplement – *Leprosy: a long history of stigma*, 2003, pp. 49-93.

uma ‘lesão máculo-anestésica’ e sua influência na classificação final do tipo de lepra, recomendou-se que esta definição deveria ser responsabilidade de uma comissão, oportunamente criada para este fim, pela Organização Mundial de Saúde.

A discordância nesse sentido foi entre os leprologistas indianos, representados pelo Dr. Ramu G. Dharmendra, e os latino-americanos, representados pelo Dr. Acioli Rabello: o primeiro grupo insistia que estas lesões não poderiam fazer parte do tipo tuberculóide, propondo a criação de um grupo especial. O segundo grupo afirmava que lesões desse tipo apresentavam características suficientemente claras para serem incluídas no grupo tuberculóide e solicitar “(...) ao Plenário que aprove uma resolução recomendando à Organização Mundial de Saúde a convocação de uma Comissão especial de pesquisadores particularmente interessados pelos aspectos histopatológicos e clínicos da lepra” e assim foi feito.⁵⁴⁷

O Relatório da Comissão de Epidemiologia e Controle mostrou a aprovação de 13 resoluções. A última delas dizia respeito ao tratamento dos doentes imigrantes e as implicações legais com este paciente. Naquela época, era reconhecidamente um direito dos governos de alguns países recusar a entrada de indivíduos leprosos em seu território. Nas resoluções aprovadas, a preocupação maior era com os que pudessem apresentar os sintomas da lepra já em solo estrangeiro, pois sua deportação implicaria forçosamente na interrupção do tratamento. Diante desta questão concernente ao campo do direito internacional, os leprologistas pediram que o problema fosse “(...) delegado à Organização Mundial da Saúde com a sugestão de que os governos sejam solicitados a dar a tais indivíduos a mesma oportunidade para tratamento que é oferecida aos seus próprios cidadãos”.⁵⁴⁸

Neste mesmo Relatório é encontrado o debate acerca do ponto principal deste trabalho: término do isolamento e o tratamento descentralizado nas unidades de saúde. Em relação às estratégias adotadas para o combate à doença, tais medidas poderiam ser divididas em quatro grupos específicos: educativas, médicas, sociais e legais.

⁵⁴⁷ “VII Congresso Internacional de Leprologia – Tóquio – Novembro – 1958”, *cit.*, p. 39.

⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 60.

As medidas de caráter *educativas* eram as que, de um modo geral, visavam o esclarecimento e a compreensão de aspectos relativos ao contágio e tratamento da lepra. O controle da doença dependia de diagnóstico precoce e tratamento da maioria possível no número de casos descobertos. Para isso, era preciso conhecer, através de treinamento exaustivo e do exercício da clínica quais casos eram esses.⁵⁴⁹ Estas medidas educativas deveriam ser direcionadas a três grupos específicos: o de médicos, granduandos em medicina e o pessoal técnico e auxiliar, que trabalhava diretamente com os pacientes; o de pacientes e seus familiares; e o do público em geral.

O primeiro grupo deveria estar suficientemente esclarecido sobre os aspectos em relação à clínica e a importância de um exame desta natureza tanto para a descoberta de casos novos ou para a comprovação ou não de suspeitas de casos. Da mesma forma, enfermeiras, assistentes sociais, clínicos gerais e funcionários da saúde pública, deveriam ter treinamento oferecido pelos órgãos competentes; no caso brasileiro, pelos leprologistas do Serviço Nacional da Lepra.

Ao grupo constituído pelos pacientes e seus familiares deveria ser ratificada a necessidade do tratamento e do quanto este poderia ser prolongado, enfatizando a necessidade do não abandono do mesmo. Aspectos como as reações e outras complicações derivadas do medicamento empregado em alguns casos, assim como os sinais precoces da lepra, deveriam ser antecipadamente descritos para não se constituírem em 'surpresa' e causar abandono do tratamento no futuro. A aplicação da vacina BCG nos comunicantes, os familiares, e palestras sobre regras de asseio e higiene pessoal também faziam parte das medidas educativas.

Ao público em geral, último grupo alvo destas medidas educativas, as recomendações eram bastante parecidas com aquelas definidas para os familiares. Entretanto, a comissão acentuava que deveriam ser aproveitadas as campanhas de esclarecimento de outras doenças, como a tuberculose ou quaisquer outras enfermidades infecciosas, para que se falasse e esclarecesse à população sobre as formas de transmissão,

⁵⁴⁹ O relatório da Comissão de Classificação deste congresso chama a atenção para a primazia que o exame clínico deveria ter no conhecimento e classificação dos casos descobertos, como, aliás, é o procedimento atualmente.

os primeiros sinais e o tratamento adequado, sobretudo, em regiões onde a lepra fosse endêmica. Foi acentuada, ainda, a importância da disseminação destas informações através de rádio, jornais, conferências educativas, ou qualquer outro meio de divulgação que pudesse atingir ao grande público.

Nesse sentido, é interessante assinalar que esta prática caiu um pouco em desuso em meados da década de 1950, se comparado ao que era feito nos anos 1940, quando o SNL transmitia as palestras radiofônicas, fazia filmes educativos e palestras em clubes e associações de classe, com uma forte estratégia de educação sanitária, como já visto. O Brasil a partir da intensificação da Campanha Nacional contra a Lepra em nível nacional, voltaria a utilizar mais intensamente medidas como estas.

A mais importante decisão acordada no âmbito do 7º Congresso Internacional de Lepra pela Comissão de Epidemiologia e Controle e que me interessa ressaltar, foi a conclusão de que o isolamento era ineficaz como medida de profilaxia da lepra e, conseqüentemente, a recomendação aprovada foi no sentido de que tal medida fosse progressivamente abandonada. As recomendações de caráter médico deram maior ênfase à quimioterapia e ao seu poder de cura, ainda que, naquele momento, houvesse dúvidas em relação à abrangência desta cura. No entanto, a quimioterapia era a principal 'arma' nesta luta epidemiológica e a importância das sulfonas, assim como sua administração correta e ininterrupta, deveria ser confirmada aos pacientes sempre que necessário.

Como o isolamento foi considerado ineficaz com as resoluções deste congresso, qual seria o papel do leprosário a partir dali? Como uma instituição que durante décadas foi vista como um grande pilar de sustentação do modelo de controle da lepra poderia se reinventar ou rever seu papel nesta história? Estas respostas podem ser encontradas ao se perceber que o emprego das sulfonas deveria ser feito pelos centros de saúde, dispensários ou quaisquer outras instituições que pudessem cumprir este papel. O tratamento com as sulfonas permitiu uma mudança fundamental em relação à doença, que se transformou de incurável e, portanto, destinada ao tratamento somente com o isolamento, para uma doença curável. Por isso a necessidade de se promover cursos, palestras e treinamento para os profissionais de saúde, de modo geral, e os aspectos relativos a este 'novo' patamar da lepra não ficaram vinculados apenas aos especialistas.

Os leprosários que perderam seu papel prioritário no tratamento dos leprosos passarão a ter, a partir da década de 1960, sua vocação voltada para centros de pesquisa, de educação profissional de pessoal, de cirurgia de reabilitação e de treino vocacional dos doentes, o que foi recomendado com as resoluções aprovadas neste 7º Congresso. No Brasil, o que aconteceu, após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, é que grande parte destas antigas instituições tiveram suas atribuições redefinidas. Este debate foi acompanhado da tentativa de solução da situação social dos ex-pacientes que durante décadas, tiveram na instituição asilar o alicerce de sua vida familiar e afetiva.⁵⁵⁰

Outras instituições, a partir de meados da década de 1960, se transformaram em locais com vocação para a pesquisa científica e cirurgia de reabilitação, como foi o caso do Sanatório Aymorés, localizado em Bauru, São Paulo. O Instituto de Pesquisa Lauro de Souza Lima é hoje uma instituição de referência nas cirurgias de reabilitação de pés e mãos dos seqüelados de lepra, além de desenvolver pesquisas laboratoriais próprias do campo da hansenologia. Recentemente, um de seus pesquisadores assinou um artigo coletivo que procurou analisar a origem do *Mycobacterium leprae*, através de seqüenciamento genético.⁵⁵¹

As duas últimas recomendações sugeridas pela Comissão de Epidemiologia e Controle foram medidas de caráter social e as medidas legais. Em relação ao primeiro item, ou seja, as medidas sociais, a comissão chamou a atenção para os aspectos que a sociedade, de uma maneira geral e não uma categoria profissional em particular, deveria ter em termos de responsabilidade com os doentes. As medidas de caráter social deveriam ter um papel complementar aos cuidados médicos, desde a ajuda para o doente ser conduzido às clínicas ou outra instituição onde realizasse tratamento, até o amparo financeiro às famílias, cujo chefe estivesse internado ou incapacitado para o trabalho, devido às seqüelas causadas pela

⁵⁵⁰ As histórias de vida de alguns pacientes que vivenciaram esta situação e ainda hoje residem em ex-leprosários estão preservadas nos depoimentos cedidos à autora para o projeto de história oral ‘Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)’ e na literatura como, por exemplo, MACIEL, Hortêncio Ribeiro e MIRANDA, Clélia Albino Simpson de. *O amor à vida não me faltou – trajetória de um ex-doente de hanseníase*. João Pessoa: Editora UFPB, 2003.

⁵⁵¹ MONOT, Marc *et alli*. “On the origin of leprosy”. *Science*, vol. 308, 13 may 2005, pp. 1040-1042; o único autor brasileiro integrante do grupo foi o Dr. Marcos Virmond, médico hansenologista do Instituto Lauro de Souza Lima, em Bauru, São Paulo.

doença. O apoio à preservação dos vínculos familiares destes doentes também foi um item importante destas resoluções.

Em relação às medidas legais, as deliberações foram bastante claras no sentido de que leis de exceção e de isolamento não serviriam de ‘arma profilática’ importante nesta ‘guerra’ contra a lepra. Ao contrário, elas provaram que o paciente, temendo sua internação definitiva nos leprosários, via de regra, fugia do leprologista e, assim, não adería ao tratamento por se esconder. Assim, foi definido de maneira consensual que “(...) a segregação compulsória indiscriminada é um anacronismo e deveria ser abolida”.⁵⁵²

O isolamento durou algumas décadas e era preciso esclarecer que, com o emprego das sulfonas, não havia mais tal necessidade e, conseqüentemente, não aconteceria mais o rompimento de laços familiares e afetivos do paciente. No entanto, existia uma exceção que se dava quando o paciente estava comprovadamente eliminando bacilos e se recusava a fazer o tratamento. Por que esta exceção? Segundo os médicos, este paciente permitia que fosse mantida a cadeia de transmissão da doença e, com isso, corria-se o risco de contaminar outras pessoas, logo, quebrava-se o elo epidemiológico que propunha ser “(...) mais vantajoso reduzir a infecciosidade em muitos pacientes do que eliminar a infecciosidade em poucos”.⁵⁵³

No quadro a seguir, procuro mostrar as diferenças em relação ao tratamento da lepra e a questão do isolamento, de acordo com as deliberações dos congressos internacionais. Priorizei estes congressos em relação aos nacionais, pois os realizados no âmbito internacional eram aqueles que ditavam as regras de conduta a serem seguidas nos países participantes.

⁵⁵² “VII Congresso Internacional de Leprologia – Tóquio – Novembro – 1958”, *cit.*, p. 58.

⁵⁵³ *Ibid.*, p. 57.

Tabela 7 - Principais resoluções aprovadas nos congressos internacionais:

Data/ Congresso	Local	Principais medidas aprovadas em relação a profilaxia e ao isolamento
1897 – 1º	Alemanha (Berlim)	É definido consensualmente que a lepra é incurável e se recomenda como medida fundamental o isolamento dos doentes. Existência de dissenso minoritário quanto ao isolamento.
1909 – 2º	Noruega (Bergen)	É recomendado exame periódico nos comunicantes e enfatizado que o isolamento é a principal medida profilática da doença, embora ainda houvesse dissenso minoritário em relação à esta questão.
1923 – 3º	França (Estrasburgo)	Ratifica-se o isolamento dos doentes que deve ser acompanhado da elaboração de uma legislação apropriada em cada país; a doença é definida como contagiosa.
1938 – 4º	Egito (Cairo)	O isolamento continua sendo fortemente recomendado, mas deve-se atentar para a vigilância e tratamento dos não internados; recomenda-se, ainda, o modelo de 'tratamento tripé' (leprosário, dispensário e preventório) como o ideal; apontada a importância da educação e propaganda sanitárias, além da possível cooperação de entidades particulares no tratamento e controle da doença.
1948 – 5º	Cuba (Havana)	O isolamento deve ser empregado apenas para os casos contagiantes, daí a importância que a classificação adquire. Manutenção do modelo tripé, embora se observe o início do tratamento químico com as sulfonas. Educação sanitária e classificação imunológica dos comunicantes, cursos de lepra e desmistificação das formas de contágio.
1953 – 6º	Espanha (Madri)	O isolamento somente deve ser empregado na forma seletiva; confirmação da necessidade de educação e propaganda sanitárias; controle dos casos comunicantes e o tratamento ambulatorial; pesquisa científica fortemente recomendada e assistência social ampla aos familiares e ex-pacientes.
1958 – 7º	Japão (Tóquio)	O isolamento é consensualmente definido como medida anacrônica devendo ser abolido por se constituir em epidemiologicamente ineficaz; o tratamento quimioterápico deve ser extensivo aos doentes nos órgãos centrais de saúde pública; modelo de integração das ações de saúde (estado/município/união); ações sociais no sentido de apagar os conceitos equivocados e preconceituosos que estigmatizaram os doentes ao longo do tempo.

Fonte: Esta tabela foi construída tendo como base os seguintes textos: DINIZ, Orestes. *Profilaxia da lepra, cit.*; SCHEIDT, Ary. "Profilaxia da lepra". *Boletim da Divisão Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro, Ano

XXIX, nºs 3 e 4, setembro-dezembro de 1970, pp. 85-96 e *VII Congresso Internacional de Leprologia – Tóquio – Novembro – 1958, cit.*

Do que foi dito até aqui, podemos perceber que o momento em que a primazia do tratamento químico em relação ao isolamento, torna-se evidente e me parece bastante claro nesta nova conjuntura. Com esta política de controle, possibilitada pelo emprego das sulfonas, podemos ver que as 'condições de possibilidade' estavam lançadas para se tentar a formulação de uma campanha epidemiológica que não necessitaria de uma instituição asilar para sua consolidação.

Neste momento, o que se percebe no discurso destes leprologistas é a predominância de que a lepra é uma doença possível de ser tratada como qualquer outra, nos centros de saúde, postos de higiene e ambulatorios. Com este discurso é possível compreender que foi quebrada a principal peça que amparava o modelo tripé e para além disso, o dispensário e o preventório, os dois outros componentes deste modelo, tiveram seu papel igualmente redefinido nesta nova política de controle. Uma política que, como já enfatizei, era altamente dispendiosa e se pautava em investimentos financeiros do governo federal, já que era atribuição sua construir e manter os leprosários, na maioria das vezes.⁵⁵⁴

No momento em que o modelo tripé é definido como ineficaz, a atuação dos leprologistas passou a ser, em grande parte, de apoio aos profissionais das unidades médicas gerais, que irão tratar dos doentes em dispensários ou outras unidades sanitárias 'polivalentes' muitas das vezes. Os preventórios também perderam sua finalidade precípua, já que o percentual dos filhos de leprosos que pudessem desenvolver a doença é comprovadamente de número bastante residual. Não fazia mais nenhum sentido se empregar uma política tão agressiva e responsável por vários desequilíbrios afetivos ao longo de décadas.⁵⁵⁵ A tendência destas instituições foi a de se transformarem em órgãos educacionais gerais, quando era impossível reunir mãe e filho novamente para se restabelecer os laços de família quebrados.

⁵⁵⁴ Em relação aos investimentos do governo federal para a construção e manutenção dos leprosários, é preciso esclarecer que grande parte destas instituições foi construída e mantida com verbas da União e dos Estados, mesmo os particulares. CUNHA, Vivian. *O isolamento compulsório em questão, cit.*

⁵⁵⁵ Como exemplo desta política segregacionista e seus efeitos na dissolução de laços familiares e sociais, cito o documentário de Andrea Pasquini, *Os melhores anos de nossas vidas*, realizado em 2002.

No momento em que estas deliberações foram aprovadas já estão sendo dados no Brasil, os passos que concretizariam a Campanha Nacional contra a Lepra, transformada em Lei em 1959, ou seja, no ano seguinte do 7º Congresso Internacional de Lepra. Os leprologistas brasileiros, dirigidos por Orestes Diniz à frente do Serviço Nacional de Lepra, já colocavam em prática, uma campanha epidemiológica concebida para, finalmente, ‘riscar do Brasil a sombra de semelhante flagelo’ nacional.⁵⁵⁶

De acordo com a documentação analisada, pode-se perceber o tom de otimismo presente nas palavras dos leprologistas que procuraram construir uma espécie de ‘roteiro’ a ser seguido para que o combate à doença tivesse sucesso, exatamente como descrito por Laurie Garrett e sua análise sobre ‘A era do otimismo’. Como já disse anteriormente, as descobertas científicas ‘inevitavelmente’ livrariam o país daquele ‘flagelo’ e de todas as doenças infecciosas.⁵⁵⁷ ‘As campanhas sanitárias levariam ao fim da lepra’, este era o tom de convencimento empregado pelos leprologistas. No entanto, tal estratégia não surtiu os efeitos esperados e desejados. Analisar tal Campanha e tentar responder e entender este fracasso é meu objetivo no capítulo seguinte deste trabalho.

⁵⁵⁶ Enfatizo aqui que o tom do discurso dos leprologistas era exatamente este e que a Campanha Nacional contra a Lepra teria esta atribuição. No entanto, como mostrarei no próximo capítulo, a doença persiste, embora em menor grau, não obstante tantos investimentos médicos e financeiros para eliminá-la do cenário nacional.

⁵⁵⁷ GARRETT, Laurie, *op. cit.*

Capítulo 4 – A Campanha Nacional contra a Lepra de 1959 e o Decreto nº 968, de 1962: o lento desmontar do modelo isolacionista

“Cabe realizar alguma coisa através da dinamização das Campanhas Sanitárias a fim de ajudar o homem a livrar-se da doença o quanto antes para poder viver e progredir. Todos os sacrifícios, esforços e investimentos aplicados têm o objetivo de controlar e eliminar a doença que, de um ou outro modo, parcial ou totalmente, incapacita o indivíduo para o trabalho. A Campanha Nacional contra a Lepra, como as demais campanhas sanitárias que se desenvolvem no território nacional, também se propõe a evitar a doença e a incapacitação do indivíduo e desse modo certa está de assim contribuir para auxiliar a emancipação econômica e financeira do País”.

Fausto Gayoso Castelo Branco.⁵⁵⁸

Neste capítulo meu objetivo é analisar a implantação da Campanha Nacional contra a Lepra (CNCL) no Brasil a partir de 1954 em suas várias etapas, bem como sua influência para o término do isolamento em leprosários como forma de tratamento para a doença. Pretendo expor o seu funcionamento como campanha epidemiológica, seus resultados positivos após as primeiras avaliações, assim como apontar sua contribuição para o término oficial do isolamento no país, em 1962. Assim, esta Campanha será vista sob a ótica da mudança de um outro modelo para o controle da doença, uma vez que foi colocada em prática num momento em que o isolamento se mostrou ineficaz.

A Campanha Nacional contra a Lepra foi instituída através de uma lei, cuja aprovação gerou vigoroso debate parlamentar na Câmara dos Deputados entre os médicos leprologistas e os deputados federais, representantes das Comissões de Saúde e Finanças. Implantada originalmente em 1954 no Estado do Rio de Janeiro, a título de experiência, e na medida em que se mostrou vitoriosa nas primeiras avaliações a CNCL foi expandida para todo o território nacional, o que aconteceu após 1959, quando da aprovação da lei.

⁵⁵⁸ CASTELO BRANCO, Fausto Gayoso. *Campanhas Sanitárias e Campanha Nacional contra a Lepra*. Rio de Janeiro: s.e., 1965, pp. 6-7.

O objetivo maior da CNCL, a médio e longo prazo, foi o de modificar a estratégia de controle da doença e, assim, eliminar o isolamento em leprosários da realidade médica brasileira. Parte de um movimento que se mostrou universal após a realização do 7º Congresso Internacional de Lepra, realizado no Japão em 1958, o término do isolamento era um fim inevitável diante das novas possibilidades de cura e tratamento da lepra, possíveis com a medicação química desenvolvida no período conhecido como ‘otimismo sanitário’, a partir de fins da década de 1940. Com o uso destes medicamentos – aliado ao fato de os leprologistas já estarem descrentes do isolamento como profilaxia – a medicina se vê num momento de redefinir ações eficazes para o tratamento da doença.

Assim, a possibilidade de implantar uma campanha epidemiológica foi a alternativa encontrada para que o Serviço Nacional de Lepra continuasse a se responsabilizar pelo combate à doença. A constatação de que a CNCL seria a alternativa mais adequada para este fim, a constituiu num elemento importante para possibilitar o fim do isolamento, rompendo uma cadeia de profilaxia pautada no isolamento e no afastamento social dos doentes da sociedade saudável.

4.1 – A campanha-piloto no Rio de Janeiro: 1954-1956

4.1.1 – O conceito de campanha e como o compreendo

Ao abordar a primeira fase da implantação da Campanha Nacional contra a Lepra no país, é preciso conceituar o que chamo de campanha. Segundo Rosbinda Nuñez Medina campanha pode ser entendida como “(...) um conjunto de atividades de intervenção sanitária que se caracteriza por conceber a enfermidade como fenômeno biológico visando à redução da doença (...) associado a uma estratégia (...) que se corporifica em uma organização autônoma, hierárquica, disciplinada e especializada no combate a uma doença”.⁵⁵⁹

⁵⁵⁹ MEDINA, Rosbinda Nuñez. *História da campanha de erradicação da malária na década de 50: Contribuição para o estudo do modelo campanhista*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. IMS/UERJ, 1988, p. 20.

Tal modelo possui duas características fundamentais que são, primeiramente, a uniformização de ações sanitárias, a partir de um rígido princípio centralizado e vertical; e, por último, a organização do território, estruturando as ações de acordo com uma expansão geográfica para controlar a doença em questão.

Como uma estratégia de concepção militar, a campanha se estrutura temporariamente, como é próprio das organizações autônomas, mas que têm atividades específicas e muito bem definidas. No cotidiano das práticas, ela se torna um serviço especializado e de natureza centralizadora, com suas ações direcionadas no sentido da eliminação ou erradicação de uma doença específica que se tenha constituído como um problema social ou econômico, em uma determinada sociedade.

Estas características são os elementos constitutivos das campanhas sanitárias elaboradas no país por volta da década de 1950 e fazem o seu diferencial. Embora outras campanhas de erradicação ou eliminação de doenças tenham sido postas em prática ao longo da história, o modelo amparado nos moldes de instituição autônoma, com administração centralizada e hierárquica como de concepção militar, era contrário àquele vigente nos programas de controle normalmente aplicados, e tinham uma duração extremamente longa, sendo quase atividades contínuas.

Como exemplo, posso citar a Campanha Nacional contra a Tuberculose instituída em 1946, cuja missão precípua era a construção de uma grande rede de sanatórios, sob a direção e fiscalização do Serviço Nacional de Tuberculose.⁵⁶⁰ Esta etapa chamada de *Fase Sanatorial* se concretizou no decorrer da década de 1950, e executava um trabalho em conjunto com os dispensários, em ações de educação sanitária e ação social.⁵⁶¹

⁵⁶⁰ É importante lembrar que esta atividade deveria se estender a todo o território nacional, de forma semelhante à Campanha Nacional contra a Lepra. No entanto, as iniciativas locais devem ser lembradas, como por exemplo, em São Paulo, que mais uma vez deve ser citado como exceção, já que naquele Estado, as ações nesse sentido iniciaram-se na década de 1920, organizadas pela Santa Casa de Misericórdia paulistana. Para maiores detalhes, ver BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

⁵⁶¹ De acordo com o Decreto-Lei nº 9387, de 20 de junho de 1946, que instituiu a Campanha Nacional contra a Tuberculose. É importante dizer que esta campanha tinha o enfoque na construção de sanatórios e que se difere bastante da CNCL que foi criada justamente com o objetivo de não hospitalizar, até porque este método já tinha sido testado para a lepra e era exatamente um modelo como este que se queria enfrentar. Vale

O conceito de campanha como apontado aqui vem ao encontro do exemplo da Campanha Nacional contra a Lepra, já que as características apontadas pela autora como fundamentais para se verificar a aplicação do conceito, se acham presentes na forma como a CNCL foi elaborada e posta em prática, visto que suas normas pretendiam uniformizar as ações em nível nacional.

Nos periódicos médicos e nos diversos escritos de leprologistas, podemos observar uma característica constante no que diz respeito ao uso da terminologia ‘campanha’. Trata-se de classificar como ‘campanha’ qualquer medida de caráter profilático, utilizada para o combate à lepra. Isto significa que o conceito não aparece restrito às medidas implementadas efetivamente num tempo e lugar específico.

O leprologista Ernani Agrícola, diretor do Serviço Nacional de Lepra, ao participar da Reunião de Peritos da OMS no Rio de Janeiro em 1953, apresentou um relato onde analisou a forma como se vinha trabalhando conjuntamente as ações de saúde e a lepra. Segundo ele, esta maneira deveria ser repensada e apontou a necessidade da elaboração de uma campanha antileprosa que guardasse diferenças substanciais em relação a tudo o que se viu até então e que a mesma “(...) têm que ser de duração longa para se conseguir o domínio da endemia”.⁵⁶²

O que o diretor do Serviço Nacional de Lepra elegeria como meta neste campo seria a elaboração de uma estratégia que tivesse como foco a atenção ao triplice aspecto do problema representado pela lepra: profilático; assistencial e social. Segundo ele, “(...) as medidas necessárias ao combate ao mal de Hansen poderão ser postas em prática através do armamento anti-leproso com os serviços médico-sanitários e assistenciais (...)”, desta forma o planejamento de tal campanha, decorrerá “(...) em primeiro lugar da definição do que se tem em vista e em segundo dos meios e recursos disponíveis”.⁵⁶³

ressaltar que os mais de dez anos que separam a Campanha contra a Tuberculose da Campanha contra a Lepra devem ser relevados neste tipo de análise.

⁵⁶² AGRÍCOLA, Ernani. “Métodos administrativo e pessoal convenientes às campanhas contra a lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XII, nº 3, setembro de 1953, p. 199.

⁵⁶³ *Id., ibid.*, p. 200.

Neste artigo, Ernani Agrícola já elucidava quais aspectos uma campanha contra a lepra, naquele momento, deveria abranger: descoberta precoce de casos e isolamento dos contagiantes; tratamento intensivo e gratuito; vigilância dos comunicantes; aplicação da vacina BCG; assistência social e educação sanitária. Todos esses componentes guardam estreita relação com muitas das deliberações dos congressos internacionais de lepra aos quais já aludimos no capítulo anterior deste trabalho, e a coordenação da campanha deveria estar atenta a tais pontos. A primeira fase desta campanha foi posta em prática no Estado do Rio de Janeiro.

4.1.2 – Implantação da campanha-piloto

A campanha-piloto posta em prática no Estado do Rio de Janeiro é considerada como a primeira fase da implantação da CNCL. Esta ação foi oficializada através do convênio assinado em 26 de junho de 1954 entre a Secretaria de Saúde e Assistência, do Estado do Rio de Janeiro e o Serviço Nacional de Lepra.⁵⁶⁴ A escolha deste Estado deveu-se a vários fatores e dentre estes posso citar: ter fronteiras com o Distrito Federal, onde estava localizada a sede do SNL; pelo grande número de unidades sanitárias não especializadas existentes no Estado; boas vias de comunicação existentes; e a colaboração das autoridades administrativas locais. Estes diversos fatores conjugados iriam permitir, segundo os leprologistas do SNL, um controle mais eficaz na execução da campanha.⁵⁶⁵

A experiência acumulada dos leprologistas de organizar, coordenar e executar ou supervisionar a execução de ações dessa natureza não pode ser desconsiderada. Nesse sentido, é preciso ressaltar que a realização dos trabalhos de organização e concretização do Censo dos Leprosos na década de 1940 e constituição do fichário central do SNL, deram a estes profissionais experiência com trabalhos fora do eixo urbano. Este fator não foi desconsiderado, pois através destes trabalhos foi possível aos leprologistas conhecer a

⁵⁶⁴ É importante dizer que parte da verba para a realização desta campanha-piloto era dotação orçamentária do Plano Salte.

⁵⁶⁵ DEL FAVERO, Wandyck *et alii*. “Integração das unidades sanitárias não especializadas no controle da lepra – Primeiros resultados da campanha-piloto no Estado do Rio de Janeiro”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: n° 3, 1956, pp. 217-241.

situação epidemiológica de muitas localidades do interior do país, e este acúmulo pesou positivamente no momento de implantação da CNCL na década de 1950.

A partir da assinatura do convênio já mencionado entre o SNL e as autoridades regionais de saúde, foi cuidadosamente preparado pelo SNL um plano de trabalho que apontou como primeira medida necessária a elaboração de um diagnóstico para se conhecer com exatidão a área a ser trabalhada. Neste estudo deveriam ser verificados os seguintes aspectos: a capacidade técnica do médico responsável; os recursos materiais e humanos; e por último, o valor epidemiológico da área a ser trabalhada.⁵⁶⁶

Fizeram parte desta avaliação, 48 unidades sanitárias não especializadas do Estado e destas, 34 foram selecionadas. O entrosamento entre estas unidades e o SNL foi feito aos poucos, começando com 8 unidades em 1º de dezembro de 1954 e as restantes, no decorrer do ano de 1955, com o término em janeiro de 1956. Um outro trabalho executado pelo SNL na década de 1940 pode ter contribuído grandemente para esta etapa do trabalho. Estou me referindo ao Censo Experimental realizado no município de Candeias, em Minas Gerais, pois nesta campanha piloto o SNL analisou aspectos bastante próximos aos daquele Censo, já descritos no capítulo 2 desta tese.

A área da campanha-piloto foi dividida em cinco zonas que integravam desde a região do Vale do Paraíba e Serrana (Petrópolis, Friburgo etc.) até a Oceânica (Cabo Frio, Saquarema).⁵⁶⁷ A população estimada era de 200 mil pessoas, na média, por zona de trabalho, um total de 950 mil pessoas. Isso significava que, em julho de 1955, aproximadamente 38% da população do Estado seria alvo da campanha-piloto, ou seja, estaria inserida no amplo quadro que se elaboraria sobre as condições de saúde em relação a lepra.⁵⁶⁸

⁵⁶⁶ Fazia parte, ainda, das medidas preliminares para a implantação da campanha-piloto, a aquisição de veículos apropriados para transportar os médicos leprologistas e os medicamentos, assim como o material de educação sanitária.

⁵⁶⁷ Zona I (Duque de Caxias, Nilópolis, São João de Meriti, Taireté e Km 47); Zona II (Volta Redonda, Resende, Itaverá, Angra dos Reis, Pirai, Itaguaí e Mangaratiba); Zona III (Marques de Valença, Vassouras, Barra do Pirai, Mendes, Conservatória, Três Rios e Paraíba do Sul); Zona IV (Saquarema, Cabo Frio, Macaé, Carapebús, Trajano de Moraes, Santa Maria Magdalena; Conceição de Macabú e Glicério) e Zona V (Nova Friburgo, Teresópolis, Bom Jardim, Macuco, Cantagalo, Euclidelândia e Sapucaia).

⁵⁶⁸ Dados retirados de DEL FAVERO, W. *et alii*, *op. cit.*

A zona I, que correspondia aos municípios de Duque de Caxias, Nilópolis, São João de Meriti, Taireté e o km 47, região periférica do Distrito Federal, foi a única que não teve uma sede que era a residência obrigatória do leprologista encarregado de orientar as unidades sanitárias. Nas demais regiões, a sede da campanha-piloto era na residência do leprologista responsável que, na maioria das vezes, ficava localizada, na vila ou cidade mais importante da respectiva zona.

Em relação a este dado, o leprologista Osmar Mattos, que atuou na campanha-piloto e era o profissional responsável pela zona IV, afirmou em depoimento que a maioria dos profissionais concordava com a mudança para a região a ser trabalhada, na maioria das vezes, por haver compensações financeiras, mas nem sempre isso era resolvido de maneira tranqüila.⁵⁶⁹ Isto porque o deslocamento dos filhos para localidades distantes, as condições duras de trabalho em algumas regiões de difícil acesso, e a busca dos doentes nas residências, eram obstáculos nem sempre muito fáceis de serem ultrapassados. Este quesito, segundo o depoente, desanimava a maioria dos médicos, mas as gratificações e indenizações pagas aos leprologistas-chefe e aos médicos das unidades, compensavam, de certa maneira, as adversidades e estimulavam o engajamento no trabalho.

Em cada unidade sanitária atuava um grupo de profissionais, composto de um leprologista, um médico clínico geral local e um guarda sanitário. Com este trabalho integrado foi possível se fazer uma grande atualização do quantitativo não só dos pacientes, mas também dos comunicantes.

O leprologista responsável pela unidade local deveria supervisionar o trabalho de duas maneiras, direta ou indiretamente; no primeiro caso, significava elucidar o diagnóstico quando houvesse dúvidas e, no segundo caso, seria analisar o registro informado; realizar visitas domiciliares aos doentes e comunicantes que não se submetiam à vigilância sanitária; aqueles que tivessem reação leprótica; realizar exames na coletividade em geral, e, por último, estabelecer uma aliança entre os poderes políticos locais, como os médicos e líderes leigos, em prol da colaboração com a campanha-piloto.

⁵⁶⁹ Depoimento de Osmar Mattos. Projeto de Pesquisa: Memória e História da Hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000). Outubro de 2001, fita 2, lado A.

Ainda eram tarefas de responsabilidade do leprologista visitar, pelo menos uma vez por mês, as unidades sanitárias que faziam parte de sua região. Para isso, recebia uma viatura com motorista e despesas pagas pelo SNL, mas que, num primeiro momento e até a campanha-piloto se estruturar plenamente, foram emprestadas do Serviço Nacional de Malária, mostrando uma cooperação administrativa entre os Serviços. Era, ainda, a atribuição do leprologista, orientar os médicos das unidades integradas, transmitindo a estes esclarecimentos e conhecimentos específicos da área de leprologia, uma vez que não eram especialistas.

Ao médico da unidade sanitária cabiam as tarefas de “natureza estática” que seriam realizar, na sede da unidade, a identificação, reexame e tratamento dos leprosos; o reexame e “fichamento” dos comunicantes e exame de pessoas “denunciadas” como suspeitas ou aqueles que comparecessem espontaneamente às unidades sanitárias.⁵⁷⁰

A atribuição do guarda sanitário era ‘solicitar’ aos doentes, aos comunicantes e aos que foram “denunciados”, que fossem submetidos a exames nas unidades de saúde. Este papel era exercido normalmente por um morador local que, por ter esta proximidade, tinha mais facilidade com os habitantes da região.

A campanha-piloto também implementou dispensários nas localidades que dela faziam parte, através de uma articulação direta entre a classe médica local e os institutos que tivessem serviço médico organizados.

O tratamento era feito através da realização de exames clínicos em toda a população, mas com atenção maior nos adultos jovens e menores de idade que, segundo os leprologistas, eram a ‘porta de entrada’ da doença na sociedade.⁵⁷¹

⁵⁷⁰ Os termos em itálico foram utilizados por DEL FAVERO, WANDYCK *et alii*, *op. cit.*, p. 232.

⁵⁷¹ Em relação a este aspecto, conforme dissemos no capítulo anterior, existia uma grande preocupação, mesmo na década de 1950, com o cuidado e a atenção às crianças. De acordo com a palestra proferida por Durval Guimarães Tinoco, leprologista do SNL, durante a Semana da Criança de 1957, em Valença, no Estado do Rio de Janeiro, sobre estes deveria ser voltada a maior preocupação com a realização de exames clínicos, que se constituiria num “(...) capítulo da medicina preventiva. Nós não estamos investindo quixotesicamente contra moinhos de vento: os problemas sanitários ligados à prevenção da lepra na infância oferecem razoável perspectiva de solução ou pelo menos de melhoria. (...) vos concito a auxiliar a saúde pública brasileira, trabalhando pela boa saúde das crianças, o que quer dizer capitalizando as riquezas do

Quanto à educação sanitária, foram realizadas palestras e conferências em associações médicas para a população, com o objetivo de disseminar conhecimentos médicos sobre a lepra e que elucidassem as dúvidas da população em relação à transmissão e tratamento. Uma das preocupações da educação sanitária era a de combater o preconceito existente em relação à doença e empreender ações no sentido de desestigmatizá-la. Como já demonstrei no capítulo anterior, esta era uma das preocupações das Comissões de Assistência Social, no âmbito dos Congressos Internacionais, que se traduziam em suas recomendações aos países membros.

O resultado apresentado sobre as atividades desta campanha-piloto foi considerado muito bom e esclarecedor, no que se refere ao conhecimento da situação epidemiológica da doença na área de trabalho escolhida. Descobriu-se, por exemplo, que a predominância dos casos comprovados era da lepra do tipo lepromatosa e este dado foi justificado pelos relatores “(...) por se tratar do período inicial da campanha e de uma fase de transição entre dois sistemas antagônicos”.⁵⁷²

Ainda de acordo com o relatório, houve o controle efetivo dos casos já diagnosticados (95,7%) e dos comunicantes (81,3%), além da real compreensão pela classe médica, cuja especialidade não era a leprologia, do problema representado pela doença. Além disso, forneceu um panorama do custo financeiro da aplicação de uma campanha nos mesmos moldes, para outras localidades do país.

Os autores do relatório apontam, ainda, dois quesitos importantes que tiveram que ser omitidos da campanha-piloto: a verificação do estado imunológico dos comunicantes, aplicando-lhes a lepromino-reação, e a vacinação pela BCG. Segundo eles, se teve que reconhecer que seria impraticável a execução destas medidas em larga escala “(...) pelo menos no início da campanha, visto que a finalidade da campanha-piloto era colocar grande parte do controle da lepra nas mãos de médicos ainda inexperientes na especialidade”.⁵⁷³

nosso país”. TINOCO, Durval Guimarães. “Prevenção da lepra na infância”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XVII, nºs 3 e 4, setembro/dezembro de 1957, pp. 69-71.

⁵⁷² DEL FAVERO, Wandyck *et alii*, *op. cit.*, p. 234. O relatório apontou que foram internados seis doentes na Colônia Tavares de Macedo, durante todo o período de vigência da campanha-piloto; além disso, foram feitas 927 visitas às unidades sanitárias.

⁵⁷³ *Id.*, *ibid.*, p. 227.

De toda forma, a realização desta campanha-piloto procurou mostrar que sua aplicação era uma estratégia exequível no sentido de integrar as atividades de controle da lepra nas unidades gerais de saúde locais. Segundo o relatório já citado, os resultados foram “surpreendentes” e a campanha poderia se constituir num marco da epidemiologia e da profilaxia da lepra no Brasil.

Acredito que estes aspectos foram importantes quando se decidiu por implantar a campanha em nível nacional tendo por base esta experiência piloto realizada numa unidade da federação. Em minha opinião, alguns aspectos importantes como dimensão territorial, diversidades regionais, dificuldades de comunicação e de deslocamento pelas mais variadas regiões do país, não foram relevados. Enfim, alguns problemas e obstáculos a serem vencidos num país de dimensão continental como é o Brasil, não foram suficientemente analisados e avaliados pela direção do Serviço Nacional de Lepra quando decidiu implantar a campanha em nível nacional. A experiência do Rio de Janeiro, por mais bem realizada que tenha sido, significava um evento localizado e particular, realizado muito próximo de condições ideais, já que o Estado do Rio de Janeiro era vizinho à capital federal e à sede do SNL.

4.2 – Do local para o nacional: a ampliação da experiência: 1956-1958

Neste item trataremos da fase intermediária entre os resultados positivos alcançados com a aplicação da campanha-piloto no Rio de Janeiro e a implantação deste modelo em outros estados do Brasil, visando sua ampliação futura a todo o território nacional. Acompanharemos, ainda, os debates parlamentares na Câmara dos Deputados, para a aprovação da dotação orçamentária necessária à concretização da CNCL em nível nacional a partir de 1959 (ver no anexo desta tese, o organograma apresentando a divisão estrutural dos setores que compõem a CNCL).

Em 1956, o leprologista Orestes Diniz assumiu a direção do SNL definindo a implantação da CNCL em caráter nacional como a grande prioridade de sua gestão. Segundo ele, o resultado positivo alcançado no Rio de Janeiro, foi um elemento a mais “(...) ao nosso propósito de levar adiante a nova organização profilática que tínhamos em vista”.

Agora, era preciso “(...) dar curso a essa nova linha de orientação, usando de todos os meios disponíveis, para o que contamos, desde logo, com a excelente colaboração da equipe de especialistas do referido órgão técnico”.⁵⁷⁴

Em abril de 1956, ou seja, poucos meses após a finalização da campanha-piloto do Rio de Janeiro, Orestes Diniz deu uma entrevista ao jornal *A Noite*, e apontou a opção estratégica de trabalho que priorizaria no SNL. Esta se referia a se estender a terapia sulfônica para todos os doentes no país⁵⁷⁵ o, que, naquele momento, só seria possível com o auxílio e cooperação das unidades sanitárias locais, aos moldes da campanha-piloto praticada no Rio de Janeiro:

“Está em primeira linha de minhas cogitações a extensão e a intensificação da terapêutica sulfônica a todos os doentes, em qualquer parte em que eles se encontrarem, quer em leprocômios, quer sob a vigilância de dispensários ou mesmo em domicílios. (...) desfechada uma campanha terapêutica para que se usufruam convenientemente os resultados benéficos, indiscutíveis, de uma medicação consagrada entre nós por dez anos de uso. Terei como programa, difundir ao máximo não só essas drogas, como os conhecimentos dos métodos de sua aplicação, de tal modo que onde existir um hanseniano, se coloquem ao seu alcance as quantidades de drogas necessárias ao seu tratamento e à sua recuperação.”⁵⁷⁶

Orestes Diniz e o SNL traçaram uma estratégia de convencimento de adesão a esta nova proposta e, para tal, o médico realizava palestras e debates não só em Jornadas Médicas, mas em quaisquer outras oportunidades onde fosse possível convencer a população ou os médicos, sobre o trabalho que pretendia fazer: a extensão da campanha para todo o Brasil.

Diniz contava com o apoio irrestrito não só de Juscelino Kubitschek, mas também do Ministro da Saúde, Maurício de Medeiros, além de Mário Pinotti, então diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais, e de outros técnicos de saúde pública. Além

⁵⁷⁴ DINIZ, Orestes. *Profilaxia da Lepra (Evolução e aplicação no Brasil)*. Rio de Janeiro: s.e., 1960, p. 96.

⁵⁷⁵ Com as resoluções aprovadas no VI Congresso Internacional de Lepra em 1953 e a adesão dos países membros a estas deliberações, no Brasil a preocupação em estender-se o tratamento com as sulfas a todos os pacientes era uma meta a ser atingida. Uma das propostas da CNCL era cumprir este intuito.

⁵⁷⁶ *Apud* DINIZ, Orestes, *Profilaxia da lepra, cit.*

disso, o programa da CNCL havia sido submetido a muitos profissionais “experimentados” e tinha destes a concordância.

Mário Pinotti, na ocasião de sua posse como diretor do DNERu, afirmou que “A lepra, que conta, hoje, com medicação eficiente, é outro flagelo a exigir redobrada ação para seu combate. (...) o tratamento é a arma mais consentânea com a época atual, permitindo ação eficiente e descentralizada e, assim, atribuindo-se a unidades médico-sanitárias, tarefas até então específicas dos órgãos especializados.”⁵⁷⁷ Através desta fala, podemos perceber que Pinotti criticava a estrutura de controle amparada no modelo tripé que, segundo ele, estava fadada ao fracasso, pois para se isolar um terço dos doentes, se deixavam livres os outros dois terços que potencialmente seriam propagadores da doença.

Em relação ao momento político vivido, vale a pena lembrar que, embora o governo de Juscelino Kubitschek tenha transcorrido num período extremamente crítico, entre o suicídio de Vargas e a renúncia de Jânio Quadros, resultou num governo politicamente estável. Entretanto, houve algumas crises militares, além da ascensão dos movimentos camponeses e da intensa atividade sindical e partidária.⁵⁷⁸ O Brasil vivia o otimismo desenvolvimentista com a posse de JK, que foi eleito de forma democrática após um período bastante conturbado, inclusive com uma ameaça de golpe após sua eleição, sustado pelo ‘golpe preventivo’ de 11 de novembro de 1955.

Ex-governador do estado de Minas Gerais, Juscelino teve como plataforma de governo, o Plano de Metas, cujo slogan “50 anos em 5” prometia levar o Brasil ao desenvolvimento. O objetivo era banir a idéia de um país com eterna ‘vocalização agrícola’ e acelerar a industrialização, especialmente de bens duráveis, mesmo que para isso fosse necessário o apelo ao capital estrangeiro, notadamente norte-americano.

Segundo Maria Vitória Benevides, Juscelino Kubitschek, através de seu programa econômico – o Plano de Metas conseguiu agregar ao seu governo a aliança partidária representada pelo PSD-PTB, que lhe deu sustentação no Congresso, apesar da continuada

⁵⁷⁷ *Apud* DINIZ, Orestes. *Profilaxia da Lepra*, cit., p. 97.

⁵⁷⁸ Ver dentre outros autores, BENEVIDES, Maria Vitória. “O governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento”. In: GOMES, Ângela de Castro (org.). *O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: FGV, 2002, pp. 21-38.

oposição da UDN.⁵⁷⁹ Além disso, o Plano de Metas também previu que os mais diversos interesses econômicos - desde setores agrários aos industriais – encontrassem satisfação de suas demandas, o que também será um dos elementos que configuram seu governo. Finalmente, a estabilidade foi também garantida pelo apoio militar ao seu governo representado pela figura de seu Ministro da Guerra, Marechal Henrique Teixeira Lott.

Nesta fase intermediária da implantação da campanha em nível nacional, ela abrangeu 16 Unidades da Federação, que formaram 8 setores de trabalho, com 107 grupos de trabalho (GT). Os grupos de trabalho constituíam-se em um conjunto formado pelo leprologista e um número determinado de unidades médicas. Estas, por sua vez, eram formadas pelo dermatologista de um centro de saúde, de um ambulatório ou de um hospital geral; o sanitarista de um posto de higiene; os médicos dos institutos de previdência ou, até mesmo, o médico clínico em seu consultório particular.⁵⁸⁰ Enfim, qualquer elemento capaz de colaborar com a campanha e, nesse sentido, esta fase nacional da implantação da CNCL, foi mais agressiva do que a anterior, no sentido de buscar cooperação entre os profissionais da saúde.

As atribuições do leprologista encarregado de cada grupo de trabalho se referem basicamente à sua responsabilidade de gerenciar as atividades da campanha e intensificar a procura de casos novos; elucidar diagnóstico; promover a educação sanitária; investigar e analisar os focos encontrados; analisar os dados estatísticos encontrados, enfim, “(...) empenhar-se na solução do problema profilático, dedicando-se ao estudo e conhecimento dos aspectos particulares do meio em que atua, tendo em mira prevenir a disseminação da enfermidade e proteger a população.”⁵⁸¹

As atividades desenvolvidas nesta fase da CNCL possibilitaram o controle sobre um número bastante considerável de comunicantes, além de aspectos como o tratamento intensivo dos casos encontrados através de exames clínicos em alta quantidade e a

⁵⁷⁹ BENEVIDES, Maria Vitória de Mesquita. *O governo Kubitschek – Desenvolvimento econômico, estabilidade política, 1956-1961*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

⁵⁸⁰ DINIZ, Orestes. “Profilaxia da lepra no Brasil – Plano atual da campanha e sua execução”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*: Rio de Janeiro, ano XVII, nº 3, setembro de 1958, pp. 231-245.

⁵⁸¹ *Id., ibid.*, p. 238.

formação de uma “consciência leproológica” entre os médicos clínicos do interior do país. Segundo o Dr. João Damasceno Baeta, com o antigo método de profilaxia da lepra, ou seja, o modelo tripé e seu sistema isolacionista, dificilmente se teria este resultado.⁵⁸²

A avaliação para esta fase foi bastante positiva no sentido de se conhecer efetivamente o perfil do doente no Brasil e verificar-se a possibilidade de identificar aqueles que apresentavam a forma indeterminada da doença e que, até então, nunca haviam feito parte das estatísticas.

Orestes Diniz afirmou que foi atendido um número expressivo de pacientes e de comunicantes, além da execução de reexames nos pacientes antigos e nos novos contatos. Muitos dos atendidos foram encaminhados aos leprosários por estarem em estágio avançado da doença com muitas seqüelas aparentes. Foram realizados exames para elucidação dos casos suspeitos nos comunicantes familiares daqueles já comprovadamente diagnosticados, exatamente como na campanha-piloto realizada no Rio de Janeiro. Foram realizadas, ainda, atividades de educação sanitária, como palestras de esclarecimento ao público no sentido de clarificar aspectos para se evitar a contaminação que tinha a finalidade de realizar ações preventivas da doença.

Um dado extremamente relevante de ser recuperado neste momento e que dá um painel bastante significativo do grau da importância e representatividade da lepra é o debate realizado na Câmara dos Deputados em maio de 1957.

Orestes Diniz, Wandycck Del Favero e Joir Fonte, diretor do SNL, chefe da Seção de Organização e Controle, e da de Seção de Epidemiologia daquele Serviço, respectivamente, além de Francisco Eduardo Acioli Rabello, que era catedrático de Dermatologia na Faculdade Nacional de Medicina, foram à Câmara dos Deputados esclarecer aspectos referentes à epidemiologia da doença com o intuito de pedir a aprovação do projeto de lei apresentado pelo deputado Janduí Carneiro.⁵⁸³ Tal projeto implicava numa grande dotação orçamentária para a implantação da campanha em todas as unidades da federação.

⁵⁸² BAETA, João Damasceno. “Campanha Nacional Contra a Lepra – Relatório de 1957”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. XVII, nº 4, dezembro de 1958, p. 376.

⁵⁸³ O Deputado Janduí Carneiro era médico e foi uma das personalidades influentes na criação do Ministério da Saúde em 1953.

Orestes Diniz iniciou sua argumentação expondo aspectos históricos em relação à lepra e a cidade do Rio de Janeiro, afirmando que:

“Na realidade, o problema da lepra é um problema nacional. Começa nos pampas riograndenses, para atingir o seu máximo de gravidade na Amazônia, não poupando nesse intervalo nenhuma região da Pátria. É um problema que se expressa por toda a parte, através de números altos, oferecendo-nos, muitas vezes, panoramas melancólicos, como acontece na Região da Amazônia, em que o mal assume proporções insólitas, proporções que pronunciam um futuro grave para a nossa raça. Também no centro do País, em que, embora os índices sejam menores, o número, a massa de doentes existentes é apavorante.

“Basta dizer-se que a própria capital da República, a civilizadíssima Rio de Janeiro, é uma cidade inundada por um número enorme de hansenianos. Aliás, diga-se de passagem, que o Rio de Janeiro é a única grande capital civilizada com tão alto número de doentes (...)”.⁵⁸⁴

Diniz ratificava que a forma de tratamento amparada no modelo tripé, não fazia mais sentido em ser empregada, pois se podia dispor de medicamentos que proporcionariam ao paciente a alternativa de poder se tratar fora do leprosário, e que a CNCL se apoiava na prática do tratamento quimioterápico. Entretanto, Diniz chamava a atenção para o correto e adequado uso destes medicamentos e também para a necessidade de uma dotação orçamentária que priorizasse a compra destes remédios, sem os quais, o efeito esperado pela CNCL em todo o país, poderia ser ameaçado.

Os leprologistas teceram longas considerações sobre o tratamento químico e a experiência vitoriosa com as sulfonas, assim como seus efeitos comprovadamente positivos na profilaxia da doença; foram apresentadas estatísticas altamente complexas a partir do estudo realizado no Rio de Janeiro e este foi, segundo eles, de fundamental importância para estas conclusões. Argumentaram, ainda, que a partir do trabalho pioneiro desenvolvido com a campanha-piloto no Rio de Janeiro, foi possível se conhecer e mensurar o significado de implantação de uma campanha daquele porte em nível nacional, sempre contando com o apoio dos serviços locais de saúde. Wandyck Del Favero esclareceu que no

⁵⁸⁴ “Exposição do Dr. Orestes Diniz, Diretor do Serviço Nacional da Lepra, perante os Parlamentares na Câmara dos Deputados, em torno do Anteprojeto de Lei criando a Campanha Nacional contra a Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVIII, nº 1, janeiro de 1958, p. 4.

Rio de Janeiro foram concretizados os novos rumos que se deveria dar ao combate da doença e que o Serviço Nacional da Lepra em nível nacional:

“(…) vem [se] realizando há dois anos, em $\frac{3}{4}$ partes do Estado do Rio um programa-piloto, baseado justamente nas normas expostas pelo Dr. Orestes Diniz, no diagnóstico precoce, no tratamento dos casos de lepra sem afastar os doentes do seu *habitat*, na educação e propagandas sanitárias. (...)”

“Tivemos neste trabalho do Estado do Rio, de abrir mão do isolamento compulsório indiscriminado, porque não se concebe mais, diante das novas armas de profilaxia, o emprego de medidas coercitivas para com o leproso. A lepra é uma doença de baixa difusão, de contágio difícil, e não se justifica a aplicação destas medidas se não as tomamos para outras doenças infecto-contagiosas de maior difusão. Além disto, precisamos obter, a todo custo, a colaboração do doente e de seus comunicantes para o trabalho a realizar, e esta colaboração nunca poderá ser obtida mediante a execução de um trabalho de profilaxia baseado no isolamento compulsório, indiscriminado. Não estamos em condições técnicas e financeiras de dar assistência aos descendentes do leproso e de solucionar problemas outros criados pelo isolamento compulsório”.⁵⁸⁵

Por fim, Janduí Carneiro solicitou à Câmara dos Deputados que fosse votada a dotação orçamentária solicitada pela Comissão de Saúde, do qual era o relator, uma vez que sem esta quantia seria impossível seguir as recomendações apresentadas pelos leprologistas. Carneiro argumentou ainda, que a implantação da CNCL em nível nacional seria um passo importante no sentido de se extinguir uma estrutura asilar que não apresentava mais os índices esperados de cura e se estava discutindo um projeto que visasse:

“(…) justamente acabar com os palácios de lepra, quer dizer as grandes edificações, reduzindo o leprosário como bem disse o Diretor do SNL (...), o resto será resolvido mesmo em domicílio, como as outras moléstias. (...) não vamos criar ônus para o Tesouro Nacional. A campanha terá de ser feita com espírito de colaboração de todos, é a luta contra a lepra no Brasil todo, temos de trabalhar neste sentido, mas não vamos criar quadros de funcionários para isso. Vamos fazer termos de ajuste com os serviços existentes, pagando a mais ao médico, ao enfermeiro-visitador, ao enfermeiro que faz o tratamento, dando-lhes uma parcela a título de subvenção, a título de estímulo para a campanha que não vai durar muito. (...) [não vai demorar] mais de cinco ou dez anos. (...)”.⁵⁸⁶

⁵⁸⁵ *Id., ibid.*, p. 37.

⁵⁸⁶ *Id., ibid.*, p. 40.

Janduí Carneiro argumentava que a CNCL seria instituída para implantar uma prática profilática em consonância com os serviços estaduais de saúde e os profissionais responsáveis seriam os do SNL que orientariam e supervisionariam os demais profissionais envolvidos. Economicamente falando significava dizer que não haveria despesas com contratações desnecessárias e esta dotação representaria um investimento a longo prazo, pois o objetivo maior da CNCL seria eliminar um problema de saúde que trazia infinitos prejuízos ao país. Por fim, ratificou sua confiança de que a Comissão de Finanças que pedia os esclarecimentos e as razões de tão vultoso orçamento seria sensível à argumentação dos leprologistas que no sentido de liberar o projeto para que fosse aprovado sem cortes.

A sessão era presidida por João Machado que a encerrou acreditando firmemente em sua aprovação pela Comissão de Finanças, cujo repasse seria destinado à Comissão de Saúde, da qual Janduí Carneiro era responsável. Após estas negociações políticas necessárias, a lei instituindo a CNCL foi assinada em fevereiro de 1959, com a dotação orçamentária requerida.

4.3 – Campanha Nacional contra a Lepra em 1959

A citação do Dr. Fausto Gayoso Castelo Branco com a qual iniciei este capítulo, embora seja de um período posterior à implantação da CNCL, teve por objetivo chamar a atenção para um dos aspectos mais evidentes no discurso que acompanhou a Campanha: a de que o Brasil necessitava de um homem *saudável*, que pudesse contribuir economicamente e engrandecer o país.⁵⁸⁷

Assim, podemos também dizer que esta campanha visava a inserção deste ‘homem saudável’ numa sociedade que, através do desenvolvimento econômico, pretendia percorrer o caminho da modernidade nos anos 1950. Um dos indícios desta afirmativa está na busca no programa de saúde pública do candidato JK, elaborado por Mário Pinotti, quando este se

⁵⁸⁷ É importante salientar que a CNCL como política de profilaxia contra a lepra teve sua duração até os anos 1970. Neste trabalho, nos prenderemos aos aspectos referentes ao início de sua implantação como política nacional de controle da doença, marcando a diferença fundamental entre esta prática e a anterior (modelo tripé) e esta que procura agrupar os serviços de saúde em seus diferentes níveis (municipal, estadual e federal) para cuidar e controlar a lepra no país.

refere à lepra como uma “mancha negra para o Brasil” que seria apagada por seu governo.⁵⁸⁸ Segundo Maria Victoria Benevides, pode-se dizer que ao governo de Juscelino Kubitschek permanecem associadas às idéias-força que:

“(…) povoam, para o bem ou para o mal, o imaginário e o debate político nacional: a crença no Brasil ‘país do futuro’, a consolidação da ‘identidade nacional’, o desequilíbrio entre ‘os dois brasis’, a intervenção do Estado e a ‘sedução da tutela’, o papel dos militares ‘salvacionistas’ e a conjugação entre liberdades públicas e desenvolvimento – enfim, as várias formas de que se reveste a velha questão, irresolvida, de atraso versus modernização.”⁵⁸⁹

Ainda de acordo com a autora, não se pode dizer que a máxima de ser o Brasil o ‘país do futuro’ tenha sido uma verdade, mas de certo modo, esta frase ufanista e superficial, fez parte do imaginário construído naquele momento de “equilíbrio psicológico tão necessário à Nação.”⁵⁹⁰ Se fosse possível definir este governo em uma só palavra, esta provavelmente seria ‘planejamento’: é a esta conclusão que podemos ter quando se chega ao final do artigo de Clovis de Faro e Salomão L. Q. da Silva.⁵⁹¹ Vê-se isto na adoção do Plano de Metas, no mote de sua campanha presidencial – ‘50 anos em 5’: 50 anos de progresso em 5 anos de governo – e na construção de instituições econômicas que, até hoje, estão presentes no Estado brasileiro.

No que se refere às ações de profilaxia da lepra, este período é marcado pela posse de Orestes Diniz como Diretor do Serviço Nacional de Lepra. Diniz era um leprologista com formação e atuação profissional no estado de Minas Gerais. Dirigiu o serviço oficial de lepra daquele estado e foi diretor da Colônia de Santa Isabel. Durante o período do

⁵⁸⁸ PINOTTI, Mario. *Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino Kubitschek*. S.l., s.e., 1955.

⁵⁸⁹ BENEVIDES, Maria Victoria. “O Governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento”, *cit.*, pp.21-38.

⁵⁹⁰ Este termo é elaborado pela autora quando define a aura de auto-estima construída por JK que procurava suplantando uma visão pessimista e derrotista sobre o Brasil. Segundo JK, os brasileiros derrotistas se miravam no modo de ser do caranguejo: que anda para trás e não olha para o futuro.

⁵⁹¹ FARO, Clovis de e SILVA, Salomão L. Quadros da. “A década de 1950 e o Programa de Metas”. In: GOMES, Ângela de Castro (org.). *O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: FGV, 2002, pp. 67-105.

Censo Experimental na cidade de Candeias, no início dos anos 1940, ele dirigiu este trabalho, recebendo por isto, muitos elogios de Ernani Agrícola.⁵⁹²

No contexto internacional, acredito que o VI Congresso Internacional de Lepra, realizado em Madri em 1953, influenciou as raízes desta Campanha na medida em que a Comissão de Profilaxia propôs medidas muito próximas daquelas implantadas com a campanha-piloto no Rio de Janeiro e, posteriormente, pela CNCL. Diniz ao avaliar o congresso de 1953, se referiu especificamente à influência que as novas medicações tiveram como medida profilática. Dessa forma, foram estabelecidos pelos leprologistas do SNL alguns postulados básicos para a ‘campanha anti-leprótica no Brasil’ que procuraria dar conta dos aspectos de profilaxia.⁵⁹³ Estes aspectos, segundo Diniz, já haviam sido avaliados pelos leprologistas brasileiros que participaram daquele Congresso. Diniz afirmou que os representantes brasileiros em Madri apresentaram um trabalho onde enfatizaram a ineficácia do isolamento, mas esta contribuição não fez parte das conclusões publicadas nos Anais. O trabalho seria, entretanto, publicado no Brasil em 1955, mostrando a avaliação dos leprologistas brasileiros sobre a ineficácia do isolamento.

O debate sobre as questões que surgiram em torno da aprovação da Lei nº 3542, que instituiu em fevereiro de 1959, a Campanha Nacional contra a Lepra em todo o território nacional, já foram assinalados no item anterior deste capítulo. Seus objetivos foram bastante claros se observamos o artigo 2º, onde diz que:

“O plano da Campanha Nacional contra a Lepra será elaborado pelo Diretor do Serviço Nacional de Lepra, que o submeterá à aprovação do Ministro da Saúde, observadas especialmente as seguintes bases para a realização da Campanha: a) em todo o território nacional, dentro de normas eminentemente preventivas; b) através de medidas, que visem, predominantemente, a profilaxia, o ensino, a pesquisa, a propaganda e educação sanitária e a ação social”.⁵⁹⁴

⁵⁹² Orestes Diniz é autor de um livro de memórias onde narra suas atividades no âmbito do Censo Experimental de Candeias e em outros trabalhos de campo, além da experiência em dirigir a Colônia de Santa Izabel e os serviços de lepra no Estado de Minas Gerais. DINIZ, Orestes. *Nós também somos gente (Trinta anos entre leprosos)*. Rio de Janeiro: Livraria São José, 1961.

⁵⁹³ ‘Campanha anti-leprótica’ significa as diversas estratégias utilizadas pelo SNL para o combate à endemia no Brasil. Estas estratégias significavam a Campanha e/ou o conjunto de atividades que tinham por objetivo controlar e reduzir o número de casos de lepra no país, como a CNCL.

⁵⁹⁴ Lei nº 3542 de 11 de fevereiro de 1959 - Institui a Campanha Nacional contra a Lepra e dá outras providências.

Para ilustrar seu caráter extremamente abrangente e regulador, buscado tanto por seus idealizadores como para os que a dirigiam, observamos como exemplo o artigo 3º, onde são enumerados seus órgãos integrantes: o SNL era o supervisor e responsável pela execução da CNCL em todo o território nacional. Sua supervisão incluía: os órgãos federais de assistência ou de serviço social, na medida em que fossem solicitados pelo SNL, também colaborariam na campanha; também os institutos e caixas de aposentadoria e pensões deveriam ministrar a seus associados medidas de profilaxia e assistência, mediante cooperação com o SNL; os órgãos estaduais e municipais de saúde e outras unidades oficiais quaisquer, que estabeleciam convênios com o SNL; as instituições outras que recebiam subvenção do governo federal também deveriam estabelecer programas em acordo com o SNL e, finalmente, quaisquer outras pessoas físicas ou jurídicas que quisessem contribuir por qualquer meio útil, inclusive doações.

Os recursos financeiros assegurados para seu desenvolvimento estavam explicitados em seu artigo 7º que mandava incluir no Orçamento Geral da União, ano a ano e durante seus cinco primeiros anos, quantias suficientes para cobrir-lhe as principais despesas. Se no primeiro ano (1959) esta quantia era de Cr\$ 91.700.000,00, ao final do quinto ano (1964) a quantia deveria ser de Cr\$ 200.550.000,00.

No entanto, a Campanha teve duração de apenas dois anos de execução oficial e dentro dos moldes propostos originalmente. Vários fatores contribuíram para isto: as mudanças políticas advindas com o término do governo de Juscelino Kubitschek, em 1961; a ‘herança inflacionária’ do seu governo; e a perda da força regional de Minas Gerais, com a ascensão de Jânio Quadros à presidência da República.

Para cumprir as orientações da CNCL foi adotado como modelo a campanha-piloto desenvolvida em 1954 no Rio de Janeiro e os ajustes necessários, além da experiência de sua aplicação em algumas unidades da federação de 1956 a 1958. De certo modo, a CNCL praticada em todo o país a partir da aprovação da Lei de 1959, não guarda muitas alterações se comparada à colocada em prática entre 1956 e 1958.

Seus objetivos básicos foram praticamente os mesmos e, dentre estes, podemos citar a realização do maior número possível de diagnósticos precoces da doença; o tratamento profilático de todos os casos infectantes e a aplicação de recursos capazes de elevar a resistência dos comunicantes, que seriam a aplicação da BCG e a realização de testes de Mitsuda. Segundo Orestes Diniz, a execução da campanha deveria se basear no postulado de que a lepra, como todo problema de saúde pública deveria se constituir numa responsabilidade das “(...) organizações médico-sanitárias não especializadas, de âmbito local, em obediência aos mais modernos princípios de administração e organização sanitárias”.⁵⁹⁵

De modo geral, a estrutura de funcionamento acompanhou a que descrevemos no item anterior deste capítulo, e se dava a partir da associação entre o leprologista e o médico sanitarista ou clínico geral. O segundo grupo era chamado de Unidade Médica que poderia ser constituído de dermatologista de centro de saúde ou ambulatório, além de o sanitarista do posto de higiene ou médicos de institutos de previdência.

Esse conjunto formado pelo epidemiologista e um determinado número de unidades médicas, selecionadas segundo a importância epidemiológica das áreas onde se acham sediadas, constituíam o Grupo de Trabalho.

Em relação às atribuições do primeiro grupo de profissionais, os médicos leprologistas, a eles cabiam a Direção da campanha em sua área de ação. Além disso, ele controlava e orientava os trabalhos técnicos dos médicos não especialistas no sentido de descobrir e tratar novos casos, prover atendimento aos já existentes e realizar palestras educativas para intensificação da CNCL, cujos pilares estavam amparados na educação sanitária. Além disso, estimulavam a realização do teste de Mitsuda nos comunicantes, foco da campanha, pois aí residia a maioria dos casos novos encontrados.

O médico leprologista deveria viajar e percorrer a região sob sua responsabilidade para visitar os colegas não especialistas com assiduidade e levar assistência e estímulo,

⁵⁹⁵ DINIZ, Orestes. “Profilaxia da lepra no Brasil – Plano atual da campanha e sua execução”, *cit.*, pp. 231-245.

chamando a atenção para a sua importância para o sucesso da CNCL, no sentido de “(...) lhes aperfeiçoar os conhecimentos e dirimir as dificuldades que lhes surjam”.⁵⁹⁶

Quanto ao médico não especialista, suas atribuições eram examinar, catalogar e tratar todos os casos existentes na sua área de trabalho, ‘fichar’ os comunicantes, aplicar o teste de Mitsuda para classificar os casos de maneira imunológica e vaciná-los com a BCG. Além disso, era importante realizar, através de todos os meios possíveis, a educação sanitária da população em foco.

O médico não especialista tinha a seu encargo uma determinada área geográfica e deveria ali desenvolver o seu trabalho. Esta posição era ocupada em sua maioria por médicos sanitaristas, que atendiam seus pacientes em sua própria unidade sanitária, “(...) na hora comum do expediente, sem separação desnecessária de doentes ou comunicantes, de tal forma que não seja notada ali a presença desses consultantes (exceptuados apenas os casos avançados que possam despertar a atenção)”.⁵⁹⁷

O médico não especialista tinha muito contato com as populações e isto propiciava o pronto atendimento aos casos novos que pudessem ser detectados no decorrer do trabalho, além de estar atento em procurar os possíveis novos casos em virtude da realização de exames nos comunicantes ou pelos inquéritos realizados. Este contato era importantíssimo para o sucesso da CNCL porque embora este médico não fosse um especialista, tornar-se-ia conhecedor do essencial para se executar suas tarefas, e se sentiria “(...) reforçado em sua autoridade técnica pela assistência periódica do especialista que, em dias predeterminados, a visita para resolver as suas dúvidas ou dificuldades”.⁵⁹⁸ Propiciaria, ainda, a ampliação da visão dos problemas sanitários locais formando uma ‘consciência leproológica’ fora dos quadros especializados.

O leprologista encarregado de cada Grupo de Trabalho tinha a responsabilidade da execução o mais fielmente possível da CNCL e de todas as tarefas que a constituíam, além de suplementar a ação assistencial e educativa das unidades médicas sob sua jurisdição. Os

⁵⁹⁶ DINIZ, Orestes. “Novos moldes na luta contra a lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVIII, nº 4, outubro de 1958, p. 245.

⁵⁹⁷ *Id., ibid.*, p. 246.

⁵⁹⁸ *Id., ibid.*, p. 245.

Grupos de Trabalhos compunham-se normalmente de oito a dez Unidades Médicas e estabeleciam uma “(...) verdadeira comunidade médica nacional, em moldes mais econômicos e mais práticos, sob a orientação e supervisão do Serviço Nacional de Lepra, na qual se procura respeitar, ao máximo, todas as organizações profiláticas existentes, agindo sempre em coordenação e articulação com os serviços estaduais ou municipais especializados”.⁵⁹⁹

Os Grupos de Trabalho eram reunidos em Setores Regionais e estes congregavam um determinado número de GTs. Desde 1958, passaram a funcionar 113 GTs, englobando 670 municípios, 388 UMs, distribuídos em nove setores e abrangendo 17 estados.

Como já dito, em 1961 a CNCL foi alterada de tal forma por força de restrições orçamentárias, que alguns leprologistas afirmavam ser impossível falar em continuidade. O baixo percentual financeiro aprovado para sua execução, a comprometeria de maneira profunda, ficando impossível, falar em continuação, apesar de em muitos documentos do período encontrarmos ainda a denominação CNCL. Assim, a partir de 1962 o que se viu foi que as ações de combate à lepra não tiveram continuidade da maneira esperada pelos leprologistas, conforme se pode verificar no “Relatório da CNCL”, publicado em 1963, onde se afirmou que:

“(...) a inesperada interferência do chamado Plano de Economia, sobre a Lei nº 3542, foi de conseqüências desastrosas para um trabalho pioneiro de grande alcance médico-social e em pleno desenvolvimento, cujas perspectivas de êxito, já bem nítidas no horizonte, haviam feito renascer também, nos corações da numerosa família hanseniana, esperanças há muito perdidas”.⁶⁰⁰

Porém, o que se pôde perceber foi que o Serviço Nacional de Lepra continuou a cumprir um plano de trabalho que procurasse, na medida do possível e com as condições existentes, perpetuar as ações propostas pela CNCL. Em ‘Relatório de Atividades’ relativo ao ano de 1963, o diretor do SNL, Dr. Fausto Gayoso Castelo Branco, afirmou que no decorrer daquele ano, procurou o Serviço “(...) empregar todos os esforços no sentido de

⁵⁹⁹ DINIZ, Orestes. “Profilaxia da lepra no Brasil – Plano atual da campanha e sua execução”, *cit.*, p. 240.

⁶⁰⁰ “Relatório da Campanha Nacional Contra a Lepra”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro, vol. 22, nºs 1/2, 1963, p. 112.

dar uma ação mais dinâmica a todos os setores do Serviço Nacional de Lepra e particularmente à CNCL, incumbida de realizar verdadeira profilaxia da hansenose.”⁶⁰¹

Prosseguiu o Relatório afirmando que as ações da CNCL resultavam positivas, pois que seus principais objetivos estariam sendo preservados; estes seriam o término do isolamento e a descoberta de casos novos, além de se ter:

“(…) as conveniências e as possibilidades de ser realizado o efetivo controle dos focos, dispensando o isolamento compulsório, adotando um conjunto de medidas educacionais, médicas, sociais e legais (bem mais brandas) em sua substituição e inscrevendo esta doença no rol das demais doenças transmissíveis e nos respectivos meios profiláticos (...) são resultados mais compensadores do que os conseguidos no sistema básico da tripeça profilática – dispensário, leprosário e preventório.”⁶⁰²

No mesmo Relatório, apresentou, ainda, uma tabela apontando o número de doentes fichados, o tipo da doença e a incidência dos últimos anos. Enfatiza que tais números somente puderam ser “rigorosamente colhidos” e mostravam que a prevalência da doença estava diminuindo, graças às ações da Campanha. Além disso, chamava a atenção para o fato de que a evasão de fichamento dos comunicantes era calculada em cerca de 30% e este percentual apenas poderia mudar com as atividades da CNCL, que estavam conseguindo controlar a doença no país, mesmo com todos os problemas por que passou o SNL em questões orçamentárias, os quais afetaram os desdobramentos esperados da Campanha. Na tabela abaixo, reproduzo o quadro apresentado por Castelo Branco no Relatório supracitado, onde se pode ver alguns dados que confirmam queda no número de doentes, segundo ele, graças às ações da CNCL.

⁶⁰¹ CASTELO BRANCO, Fausto Gayoso. “Relatório das atividades do exercício de 1963”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XXIII, n^os 1 a 4, 1964, p. 77.

⁶⁰² *Id., ibid.*, p. 80.

Tabela 8 - Casos de lepra fichados (1956-1963)⁶⁰³

Ano	Nº de casos	Lepromatosa	Indeterminada	Tuberculóide	Incidência para 100 mil habitantes
1956	6190	55,4	22,1	22,5	10,0
1957	7077	51,4	25,6	23,0	11,1
1958	7129	48,2	25,9	25,9	10,8
1959	7468	49,9	26,8	23,3	11,0
1960	6472	48,2	29,0	22,8	9,5
1961	6162	46,5	29,8	23,7	8,5
1962	5542	49,5	29,3	21,2	7,4
1963	3038	48,5	29,7	21,8	7,3

Fonte: CASTELO BRANCO, Fausto Gayoso. "Relatório das atividades do exercício de 1963". *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XXIII, n°s 1 a 4, 1964, p. 95.

Atente-se que o percentual final de incidência de casos encontrados no período que a tabela analisa está posto em relação ao número de habitantes a cada 100 mil e não a cada 10 mil como propõe hoje a OMS para a descoberta deste percentual atualmente.

Alguns anos depois, o leprologista Del Favero, o avaliar a CNCL em artigo publicado em 1970, afirmou que, como estratégia de controle, a adesão dos municípios se deu de forma isolada, nos estados que a desenvolveram mais plenamente.⁶⁰⁴ A exigência da descentralização no atendimento ao paciente, o que contrariava o modelo dos anos 1970, centralizador e interventor, ocorreu somente na estrutura física das unidades de saúde, ficando todo o atendimento dos pacientes a cargo do leprologista encarregado da área, e não sob responsabilidade do médico generalista daquele serviço.

Ainda, segundo Del Favero, os maiores obstáculos encontrados pela CNCL foram o desinteresse das autoridades sanitárias; a existência de um duplo comando, federal e estadual; a estrutura inadequada dos órgãos gerais de saúde em alguns estados; a falta de

⁶⁰³ *Id., ibid.*, p. 135.

⁶⁰⁴ DEL FAVERO, Wandyck. "Subsídios para o planejamento e programação das atividades de controle da lepra no Brasil". *Boletim da Divisão Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro, n°s 3/4, 1970, pp. 47-74.

critério na seleção da área a ser trabalhada, incluindo municípios sem expressão epidemiológica; a extensão do trabalho aos municípios sem infra-estrutura sanitária mínima; a falta de calendário de ação e de objetivos quantitativos e a falta de supervisão e avaliação técnica e administrativa no decorrer do trabalho e não apenas ao final.⁶⁰⁵

No entanto, Del Favero concorda que a CNCL foi um marco divisório das políticas públicas contra a lepra no Brasil. O modelo tripé foi definitivamente abandonado como estratégia de controle da doença permanecendo de maneira residual como uma política em extinção e, por outro lado, ampliaram-se as bases das políticas de controle realizado pelos serviços gerais de saúde, ou seja, o modelo instituído pela CNCL.

Um outro leprologista, Orlando José de Paiva Onofre, em artigo publicado em 1971, apontou problemas semelhantes ao apontados por Del Favero, e por conta disso não via na CNCL um modelo vitorioso.⁶⁰⁶ Segundo ele, alguns fatores não foram considerados quando se iniciou a Campanha como, por exemplo, a “imaturidade” do Serviço Nacional de Lepra em implantá-la, sem avaliar de forma pormenorizada a experiência vivida no estado do Rio de Janeiro, tornando-a um modelo para outras unidades da federação. Outro fator seria a sua introdução, que não se deu de forma gradual e progressiva, de acordo com os recursos disponíveis, havendo em momentos diferenciados, problemas com o orçamento. Criticou o fato de se ter a campanha-piloto do Rio de Janeiro como um exemplo a ser seguido nacionalmente. Amparou seu ponto de vista afirmando que o SNL não estaria preparado para implantar este modelo de maneira rápida em diferentes regiões do Brasil. Sua estrutura administrativa e organizacional não tinha condições de passar da esfera normativa para a executiva. Além disto, o modelo de ação era padronizado, não levando em conta as diversidades regionais. Orlando Onofre assinalou um profundo desinteresse por parte do Ministério da Saúde na década de 1960, em dar continuidade à proposta do SNL.

Joir Fonte concordaria com o último fator citado por Orlando Onofre e aliou a isto “(...) certo autoritarismo e arrogância, além da falta de capacidade dos leprologos em transmitir aos médicos generalistas a nova filosofia do trabalho e a falta de uma consciência

⁶⁰⁵ *Id., ibid.*, p. 52.

⁶⁰⁶ ONOFRE, Orlando José de Paiva. “Controle da lepra”. *Boletim da Divisão Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. XXX, n°s 3/4, 1971, pp. 13-18.

sanitária dos médicos generalistas dos estados, preocupados apenas em prestar uma assistência curativa à população”.⁶⁰⁷ Porém, afirmou que a CNCL teve pontos positivos ao ratificar que a experiência adquirida em todo esse processo não pode ser negada e auxiliaria futuramente na consecução de novas políticas, uma vez que não se repetirão os mesmos erros. Ele apontou ainda como aspecto positivo da CNCL, a descoberta de novos casos como um fator relevante, já que se tem um olhar mais abrangente sobre este percentual, mais próximo da realidade.

Finalmente, podemos dizer que a política pública de profilaxia da lepra, introduzida com a CNCL, trouxe conseqüências não só para o tratamento em si, uma vez que ajudou a torná-lo possível fora dos leprosários, mas também no campo da legislação, com a aprovação de um decreto que oficializou a ruptura definitiva do modelo da internação. O modelo tripé foi definitivamente abandonado como estratégia de controle da doença, permanecendo de maneira residual como uma política em extinção e, por outro lado, ampliaram-se as bases das políticas de controle realizado pelos serviços gerais de saúde, ou seja, o modelo instituído pela CNCL.

4.4 - O Decreto nº 968 de maio de 1962: término oficial do isolamento e alguns desdobramentos

A questão do término oficial do isolamento em leprosários no Brasil é um tema que suscita um vigoroso debate. Nesse sentido, meu objetivo aqui é analisar qual o impacto causado com a publicação do decreto que o regula, e como se deu o processo de absorção de seus postulados, sabendo-se que houve estados do país que não cederam às suas normatizações. Outro aspecto a ser assinalado é a discussão em torno da mudança do nome da doença, de lepra para hanseníase, sugerindo uma maneira diferenciada de conceituá-la, possível apenas na década de 1970, mas que nos remete às deliberações dos congressos internacionais realizados ainda nos anos 1940.

⁶⁰⁷ FONTE, Joir. “Reorganização do Serviço Nacional de Lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXV, n°s 1/2, março/junho de 1966, pp. 58-62.

De modo geral, o decreto que extingue o isolamento tem suas origens numa normatização anterior. Trata-se das *Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde*, dispostas no Decreto 49974-A, de janeiro de 1961, que, em seu artigo 24, recomenda as medidas em relação à prevenção e tratamento da tuberculose e lepra, a serem desempenhadas pelos Serviços Nacionais de Lepra e de Tuberculose. Neste artigo estão explicitados os procedimentos necessários e integrantes da profilaxia da lepra: a descoberta precoce de casos, através de exames clínicos; e o oferecimento, por parte do Estado, de mecanismos para diagnóstico e tratamento adequados. No artigo 131, do mesmo Decreto, consta que em relação às duas doenças citadas, lepra e tuberculose, deveriam ser editadas normas técnicas especiais e aprovadas posteriormente, para fazerem parte do Código Nacional de Saúde.

Desta forma, em maio de 1962, foi publicado o decreto nº 968 que instituiu as normas técnicas para o combate à lepra no país, cumprindo o disposto no Código Nacional de Saúde. Ao longo de seus 20 artigos, ficam explicitadas as regras para a profilaxia da lepra que incluíam desde medidas gerais preventivas e incentivo à pesquisa, até a realização de cursos e estágios leproológicos, e exames periódicos de saúde. Muitas destas medidas já faziam parte do programa de política de saúde de combate à lepra, visto que desde a criação do SNL, em 1941, muitas destas estavam inseridas nas atribuições daquele Serviço, como já dito.

Entretanto, havia um diferencial no 2º parágrafo do artigo 1º, onde era recomendado que a profilaxia da lepra fosse feita “Através de medidas gerais preventivas de caráter sanitário ou extra-sanitário executadas pela administração pública, visando a elevação do nível de saúde das populações”. Em seu parágrafo único era afirmado que: “No combate à endemia leprótica será, sempre que possível, evitada a aplicação de medidas que impliquem na quebra da unidade familiar, no desajustamento ocupacional e na criação de outros problemas sociais”. Por ‘quebra de unidade familiar e desajustamento ocupacional’ – ações resultantes do isolamento em leprosários – entendeu-se que esta prática não seria mais permitida, já que provocava o desajuste da família e dos indivíduos.

Na pesquisa que realizei, pude perceber que esta publicação não causou o impacto que eu esperava ver refletido nos escritos médicos. Algumas respostas para isto podem ser

ponderadas: como, por exemplo, o fato de um decreto poder ter menos mecanismos de persuasão para seu cumprimento do que uma lei, sobretudo se não forem definidos mecanismos de sanção. Acredito que este fato deve ser relevado nesta análise, pois o isolamento foi instituído pela força de uma lei, mas a sua quebra, sua ‘não recomendação’ foi estabelecida através de um decreto, inferior a uma lei.

Neste Decreto ficou definido que era atribuição dos Estados a execução da luta contra a lepra, com o apoio das unidades não especializadas em saúde pública. Porém, o decreto não explicitava se estas atividades seriam fiscalizadas e orientadas pelos profissionais do Serviço Nacional de Lepra. Ao que parece, ficou sugerido uma ampla liberdade de ação para os Estados nesse sentido, descaracterizando completamente a articulação entre as esferas governamentais, fruto dos anos de Governo Vargas e dos princípios que regeram o SNL.

Este Decreto ainda revogou dois artigos, 133 e 183, do Decreto 16300, de 31 de dezembro de 1923, que tratava do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. No Capítulo II deste Decreto, artigos 133 a 183, constam as regras sobre a profilaxia da lepra e as atribuições da União e dos Estados em combatê-la. Estes dois artigos especialmente se referem à vigilância que o Estado, personificado na autoridade sanitária, deveria exercer sobre o diagnosticado com a doença, e o último se refere à responsabilidade do DNSP em executar a profilaxia da lepra nos Estados. Com a revogação destes dois artigos, que sugerem a responsabilidade do Governo Federal nas atividades de profilaxia da lepra, creio não ser indevido afirmar que os Estados tiveram a liberdade de realizar estas atividades à seu modo, independentemente de um órgão supervisor que acompanhasse tais atividades.

A aprovação de um decreto não necessita de discussão parlamentar ou um debate mais democrático. No momento político em que o decreto é aprovado, 1962, o Brasil estava vivenciando um período bastante conturbado politicamente com a renúncia de Jânio Quadros e os desdobramentos deste fato. O decreto em questão foi assinado por Tancredo Neves, durante o curto período de regime parlamentarista que o Brasil viveu. É preciso não esquecer que o isolamento era regulado por uma lei (Lei 610, de 13 de janeiro de 1949), minuciosamente descrita em relação ao isolamento que é explicitamente colocado como

compulsório. Embora tal lei não tenha previsto mecanismos de sanção aos Estados, houve cooperação destes nas atividades de profilaxia da lepra, como já visto. Acredito que, a partir do momento em que tal vínculo de cooperação tenha sido cortado, os Estados ficaram numa situação de maior liberdade de escolha no sentido de não se sentirem obrigados a cumprir uma recomendação de um Decreto e descumprir uma Lei.

Nesse sentido, mais uma vez evoco o exemplo de São Paulo e o trabalho de um profissional para que aquele Estado cumprisse o recomendado no Decreto de 1962. Sabe-se que em São Paulo a absorção das normas técnicas para a profilaxia da lepra, como constaram no Decreto foi bastante debatida e rechaçada. De acordo com o leprologista Abraão Rotberg, estas normas técnicas, que proibiam a quebra de unidade familiar, foi prática ignorada em São Paulo.

Através de uma pesquisa realizada nos artigos ou editoriais da *Revista Brasileira de Leprologia*, em período posterior à publicação do decreto, quase nada foi encontrado no sentido de discutir e debater entre os leitores, a nova legislação aprovada e o tratamento recomendado. Tampouco o tema foi discutido nas sessões ordinárias realizadas no âmbito da Sociedade Paulista de Leprologia, cujas atas de realização encontram-se publicadas no mesmo periódico. Poucos meses após a publicação do Decreto, o volume nº 30, referente aos meses de julho a setembro de 1962, trouxe em seu ‘Editorial’, o pronunciamento de um médico sobre esta questão. O Dr. José Martins de Barros, autor do ‘Editorial’ em questão, ignorava a Norma Técnica de 1962, mas chamava a atenção de que a legislação fosse revista e de que o isolamento poderia até ser um absurdo diante de tantas novas medicações, mas que São Paulo cumpria a Lei Federal e esta vigorava com a recomendação de se internar e isolar o paciente.⁶⁰⁸

Este quadro permaneceu e, segundo o Dr. Abraão Rotberg, o Departamento de Profilaxia da Lepra continuou internando até mesmo os pacientes que se submetiam ao tratamento químico, ignorando completamente o recomendado pelo Decreto nº 968. Este cenário somente teve alguma mudança em 1967 quando o Dr. Rotberg assumiu a Direção do Departamento de Profilaxia da Lepra e o Estado de São Paulo passou a cumprir o

⁶⁰⁸ BARROS, José Martins de. “Editorial”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo, vol. 30, nº 3, julho-setembro de 1962.

decreto de 1962, iniciando o término da política de isolamento de doentes. Aliás, o convite recebido por ele tinha este motivo especial: fazer com o que São Paulo abolisse o isolamento como prática de profilaxia.

Como um último ponto e para fechar esta análise, vale lembrar o movimento para mudança de nome da doença lepra, que passou a se chamar hanseníase. Em certa medida, esta é uma reivindicação que vem de 1948 e das resoluções aprovadas no 4º Congresso Internacional de Lepra, realizado em Havana, onde foi recomendado que os Estados membros evitassem o uso das palavras *lepra* e *leproso*. É importante lembrar que, mesmo após as recomendações aprovadas naquele congresso e nos posteriores, no Brasil, estas iniciativas tiveram na figura do Dr. Rotberg um grande entusiasta. De acordo com seu depoimento, uma de suas primeiras providências ao ser empossado no Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, foi nomear uma comissão para se discutir o assunto. Este grupo deveria apontar alternativas e soluções nesse sentido.

O Dr. Rotberg promoveu uma ampla campanha de esclarecimento e educação sanitária para que o público leigo fosse esclarecido que um ex-paciente de lepra não era um elemento perigoso nem socialmente e nem epidemiologicamente. Era preciso esclarecer a sociedade que este doente tem “(...) uma doença como outra qualquer”, sendo o único problema o nome desta doença e isto é que, efetivamente, precisaria ser alterado.⁶⁰⁹ O primeiro passo nesse sentido foi mudar a designação do órgão que passou a dirigir e em julho de 1967, o DPL se tornou o Departamento de Dermatologia Sanitária.

É importante dizer que houve movimentos anteriores que se preocupavam com a terminologia da doença, mas eram insatisfações isoladas e que não surtiram efeitos no sentido de efetivar esta mudança. O Dr. Rotberg fez desta alteração uma verdadeira ‘missão’: “A idéia de fazer um nome novo é o começo de uma campanha, o começo da modificação conceitual. (...) Pode levar um ano, dez anos ou 50 anos, não sei”.⁶¹⁰ Entretanto, ele estava ciente, naquele momento, que acabar com o estigma, que durante séculos esteve agregado à doença, não seria uma tarefa fácil.

⁶⁰⁹ Depoimento de Abraão Rotberg. Projeto História e Memória da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1950-2000), maio de 2002, fita nº 2, lado B.

⁶¹⁰ Depoimento de Abraão Rotberg, fita nº 4, lado A.

Seu trabalho consistiu em além de mudar o nome da doença, tentar alterar o imaginário construído socialmente ligado à palavra *lepra* e que não poderia fazer parte da doença *hanseníase*. Era uma decisão bastante ousada, já que quando se trabalha com conceitos construídos coletivamente, o *habitus* da comunidade médica, falo de universos que moldam a sociedade ou um determinado grupo de agentes.⁶¹¹ Mudar, e mais que tudo, convencer o corpo social de que se está falando de ‘hanseníase’, uma doença como outra qualquer e de fácil tratamento com antibióticos, desde que detectada a tempo, foi um desafio. Era preciso fazer, sobretudo, uma grande campanha de esclarecimento ao público e acabar com o *leprostigma*, conceito elaborado por ele para designar o lado mais perverso e preconceituoso da doença:

“Mas enquanto não desaparecer a lepra, não desaparece o leprostigma. Enquanto houver leprostigma não se faz tratamento eficiente, nem para o doente, nem prevenção. (...) o leprostigma é o grande inimigo, não é? Então é preciso acabar com o leprostigma. Quanto tempo vai levar isso? Eu nunca determinei quanto tempo, eu nunca imaginei... Nunca supus que pudesse dar prazos para isso, mas tem que fazer. (...) Simplesmente reconhecer o seguinte: A idéia de um nome novo é libertar do leprostigma. Se a gente conseguir isso, resolve a situação, porque todo doente vai se tratar de hanseníase, não tem medo de leprostigma. Agora, enquanto ele for considerado um antigo doente de lepra, ele não vai se tratar e continua do mesmo jeito a situação. Esse é o ponto de vista (...) que eu tenho. A idéia é essa, mas a concretização é muito difícil, mas a dificuldade não impede que se tente, não é?”⁶¹²

Segundo o Dr. Rotberg muito do *leprostigma* presente na palavra lepra está associada a ela desde o Antigo Testamento, embora, como já dito, é preciso relativizar as traduções do idioma hebraico para o grego e perceber o quanto possa ter ficado destinado ao nome ‘lepra’ que pertencia a outras doenças. Segundo Rotberg, lepra é um nome que remete a uma doença que é “(...) infame, suja, imoral”⁶¹³, descrita como uma doença cruel devido às seqüelas que provoca no paciente. A proposta de mudar o nome da doença,

⁶¹¹ Trabalho aqui com a noção de *habitus* “(...) como um sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes” (p. 191). BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2001, sobretudo o capítulo 4: Campo do poder, campo intelectual e *habitus* de classe.

⁶¹² Depoimento de Abraão Rotberg, fita nº 3, lado B.

⁶¹³ Depoimento de Abraão Rotberg, fita nº 3, lado B.

procurou atingir, sobretudo, a conceituação popular, embora tenha ouvido muitas opiniões afirmando ser impossível lutar contra tradições desta natureza, e que muito ainda a chamariam de ‘hanseníase, a antiga lepra’.⁶¹⁴

Em relação a que nome se daria a esta *nova* doença, o Dr. Rotberg revelou em seu depoimento, que fez uma pesquisa entre os mais interessados nesta discussão, ou seja, os próprios pacientes.⁶¹⁵ Dessa forma, ele realizou uma espécie de inquérito entre os que se encontravam internados no Sanatório Padre Bento, na Colônia Santo Ângelo e alguns pacientes que eram atendidos em ambulatórios, de modo a ter uma média do que pensava o paciente em geral. Agora ocupando o posto de diretor do Departamento de Dermatologia Sanitária, seu desejo era poder dar voz àqueles que um dia, segundo ele, ajudou a calar com tantas internações, algumas delas desnecessárias e inúteis, que só fizeram por destruir a identidade do sujeito e não diminuir as estatísticas epidemiológicas.

O passo seguinte, imaginado por Rotberg, seria convencer as instituições de pesquisa, de ensino e os órgãos do governo, da necessidade de mudar o nome da lepra. Assim, encaminhou cartas, memorandos e circulares, além de passar a fazer várias palestras de esclarecimento em *Lions Club* ou *Rotary do Brasil*, para que as novas gerações soubessem da importância desta nova terminologia. Em congressos nacionais e internacionais também sua campanha foi exaustiva, pois era preciso convencer seus pares e este movimento começou no Congresso Internacional realizado em Bergen, em 1974. Ali, o Dr. Rotberg fez circular uma espécie de petição onde buscava angariar simpatizantes, no contexto internacional, para sua causa. Entretanto, mesmo após contar com mais de 100 assinaturas apoiando a mudança de denominação da doença, nas resoluções finais daquele congresso foi definido que: “(...) ‘Quem quiser adote’. Quer dizer, eles não forçaram, não

⁶¹⁴ Segundo seu depoimento, o Dr. Rotberg organizou uma enquete entre os pacientes do Sanatório Padre Bento, Asilo Santo Ângelo e alguns atendidos em ambulatórios, para que estes, identificados como aqueles ‘profundamente afetados por ela’ para opinarem e escolherem dentre as opções que eram: hansenose, mal de Hansen ou hanseníase. Fita nº 4, lado A.

⁶¹⁵ ROTBERG, Abraão. “‘Hanseníase’, novo nome oficial da ‘lepra’ em São Paulo, e seus resultados profiláticos”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXIX, nºs 1 e 2, março de 1970, pp.11-18. Este é um dos vários artigos sobre a questão do *leprostigma*; aqui, Rotberg analisou as tentativas de mudança do nome da doença, a partir de sua experiência na chefia do Departamento de Dermatologia Sanitária de São Paulo.

era obrigatório um novo nome, mas 'os países que estiverem prejudicados por esse nome, têm toda a liberdade de trocar'''.⁶¹⁶

No contexto interno sua intensa campanha sensibilizara alguns governantes, pois em agosto de 1975, teve lugar uma mudança dos órgãos integrantes do Ministério da Saúde e a denominação lepra desapareceu da estrutura organizacional daquele Ministério.⁶¹⁷ A partir daí, foi estabelecida também uma aliança com o grupo brasileiro que representa ainda hoje os pacientes e ex-pacientes no Brasil, o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Com este Decreto 76078, de 4 de agosto, a Divisão Nacional de Lepra, ex-SNL, passou a chamar-se Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. O termo hanseníase só foi possível quase 20 anos depois, mais precisamente em março de 1995, com a lei federal nº. 9010.⁶¹⁸ Seu texto é explícito no sentido de proibir o uso do termo *lepra* e seus derivados; estes não poderiam fazer parte da linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada da União e dos estados-membros.

Esta mudança no nome da doença foi uma tentativa de construir uma outra doença, a hanseníase, com características muito diferenciadas da lepra. A hanseníase se apresenta como uma doença que possui tratamento ambulatorial, medicamento apropriado e de fácil administração, além de, obviamente, não ser necessária a internação do paciente em instituições de isolamento.⁶¹⁹ Entretanto, algumas questões que analisei no decorrer deste trabalho ao falar sobre o início do século XX no Brasil e o ambiente da leprologia, se

⁶¹⁶ Depoimento de Abraão Rotberg, fita nº 4, lado A.

⁶¹⁷ Decreto nº 76078 de 4 de agosto de 1975 – Altera a denominação de órgãos do Ministério da Saúde e dá outras providências.

⁶¹⁸ Lei nº 9010, de 29 de março de 1995 - Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Antes disso, porém, foi assinada uma portaria ministerial em 14 de maio de 1976, que, dentre várias providências para a profilaxia da doença, recomenda a não utilização do termo lepra e seus derivados nos documentos oficiais do Ministério. (Portaria BSB nº 165 do Ministério da Saúde).

⁶¹⁹ Gostaria apenas de enfatizar um dado em relação à medicação utilizada para a hanseníase. Ela se compõe, basicamente, de três antibióticos (rifampicina, clofazimina e dapsona) que são empregados em conjunto ou isoladamente, a depender do tipo de doença apresentado, se paucibacilar ou multibacilar. Estes medicamentos possuem alto grau de reação em alguns pacientes, fazendo com que as estas reações também sejam responsabilizadas pelo abandono ao tratamento por alguns pacientes. As reações podem ser: rifampicina (pele avermelhada, problemas gastro-intestinais ou hepáticos); clofazimina (problemas cutâneos e gastro-intestinais) e dapsona (problemas hepáticos, cutâneos e anemia). A depender do caso, também podem ser administrados Talidomida e Corticoesteróides. Toda esta medicação é gratuita, fornecida pelos órgãos do governo e pela OMS.

encontram ainda hoje presentes na sociedade e representam um empecilho ao melhor funcionamento dos programas de saúde que têm na eliminação da hanseníase uma questão.

Estas questões podem ser descritas em pontos importantes que se entrecruzam e sempre estiveram presentes em escritos médicos, comunicações em congressos de leprologia e higiene e focos de políticas de combate às doenças: a descoberta de casos em seu estágio inicial de evolução; a adesão ao tratamento; e diagnóstico clínico correto. Se colocarmos os escritos médicos brasileiros do início do século XX e do século XXI é possível perceber que estas questões se encontram presentes em ambos, cada qual com suas peculiaridades, mas no fundo, em essência representam as mesmas dúvidas e os mesmos desafios.

Se atualmente o Brasil ainda tem dificuldades em aplicar uma política de saúde que consiga mudar o panorama do país como o segundo em número de casos no mundo, isso pode ser explicado também pela nossa extrema desigualdade na distribuição de renda. A presença de alta prevalência da lepra em algumas localidades hoje no Brasil está comprovadamente ligada a fatores como educação, hábitos de higiene, distribuição de renda, saneamento básico, dentre outras variáveis. Estes fatores compõem os índices de desenvolvimento humano (IDH) que exercem grande influência sobre os percentuais de prevalência no Brasil. Nesse sentido, o país é tão diferenciado regionalmente que, na Região Sul, a lepra é considerada eliminada, segundo os critérios definidos pela OMS que conceitua a eliminação como a presença de menos de um caso para cada 10 mil habitantes na região. Assim, os estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul mostram que a doença não se constitui mais num problema de saúde pública, embora as ações de vigilância epidemiológica continuem a existir. Na Região Norte, que desde a criação do SNL já representava um alto foco endêmico, continua a apresentar elevados índices e persistem algumas dificuldades em se estabelecer o tratamento.

Nesse sentido, acredito que seja relevante relembrar os discursos dos sanitaristas do início do século quando reivindicavam que as ações de saúde do Governo Federal deveriam e tinham que ‘descobrir’ o homem do campo e propor soluções que tivessem como objetivo as doenças mais esquecidas das grandes capitais. A criação do DNSP, em 1920, do Ministério da Educação e Saúde em 1930 e, posteriormente, as reformas Capanema, de

certo modo, estabeleceram tais ações, na medida em que chamou os Estados e Municípios para que se celebrassem acordos com o Governo Federal no sentido de unir esforços em prol do combate a doenças, incluindo a lepra. Para além da necessidade do Governo Federal em se fazer presente nestas localidades, com as Delegacias Federais de Saúde ou os Serviços Nacionais, estes acordos tinham como um viés o estabelecimento de uma cultura sanitária num determinado contexto.

A bibliografia mais recente sobre história da saúde pública aponta para as ‘continuidades e rupturas’ nas políticas de saúde públicas a partir do primeiro governo Vargas. A partir de 1930, embora continuasse a considerar a saúde pública como um objeto de ‘preocupação nacional’, o regime Vargas priorizou a previdência social de trabalhadores sindicalizados, em detrimento da saúde pública, voltada para a população rural sem acesso à ‘cidadania regulada’.⁶²⁰

A saúde pública, entretanto, continuava objeto de atenção do Estado, o que pode ser demonstrado, através deste trabalho, pela atuação do SNL e da Campanha Nacional contra a Lepra, nos anos 1950. Entretanto, a partir de meados da década de 1960, houve um declínio evidente dos investimentos do Ministério da Saúde na área da saúde pública, enquanto crescem os investimentos na medicina curativa.

Nesta tabela abaixo, é possível visualizar tais mudanças a que me refiro, pois mostra claramente os investimentos federais na área da saúde, separados por campos: saúde pública e medicina curativa, entre os anos de 1949 e 1982.

⁶²⁰ Este viés de análise encontra-se presente em, por exemplo, HOCHMAN, Gilberto. “A saúde pública em tempos de Capanema: Continuidades e inovações”. In: BOMENY, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV, 2001, pp. 127-151 e FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Local e Nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-45)*. Tese de Doutorado em Ciência Política. IUPERJ, 2005.

Tabela 9 – Percentual de investimentos: saúde pública X medicina curativa

ANO	SAÚDE PÚBLICA	MEDICINA CURATIVA	TOTAL
1949	87	13	100
1965	64	36	100
1969	41	59	100
1975	30	70	100
1982	15	85	100

Fonte: Fonte: *Saúde em Debate*, nº 22, outubro de 1988, p. 35, Apud CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas – O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006, p. 269.

Assim, percebe-se que o se viu nas décadas de 1960 e 1970, foi uma paulatina mudança de foco de investimentos financeiros pelo Governo Federal que teve reflexos sobre a política de saúde estabelecida para a lepra e que estava em uso com a Campanha Nacional contra a Lepra.

Para além de ter suas características pouco a pouco alteradas em função da escassa dotação orçamentária a que foi ano a ano submetida, a Campanha em 1966 perdeu características que a tornava objeto de investimentos separadamente de outras campanhas que fossem postas em prática pelo Ministério da Saúde. Em junho de 1966, a Lei nº. 5026, estabeleceu normas gerais para toda e qualquer campanha de saúde pública desenvolvida por aquele Ministério.⁶²¹ A superintendência da campanha de saúde, qualquer que fosse, seria exercida por um dirigente do órgão no Ministério, o que, imagino, possa ter sido exercido pelo dirigente do SNL, mas toda e qualquer, campanha futura ou em andamento, deveriam ser adequadas ao formato imposto por esta Lei. Outro dado importante é que as campanhas poderiam ser extintas ou, por seu cronograma ter chegado ao fim, ou por ato unilateral do Presidente da República. É sempre bom ressaltar que o país estava vivendo

⁶²¹ Lei nº. 5026, de 14 de junho de 1966 – Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

um regime de exceção com a ditadura militar, e esta conferia poderes igualmente excessivos a um Presidente da República.

Pode-se dizer que a Campanha Nacional contra a Lepra perdeu completamente suas características como uma campanha especial que a diferenciava de outras (tais como investimentos especiais do governo) após 15 de outubro de 1968, quando, através da Lei nº. 5511, ela foi submetida às regras impostas com a Lei 5026.⁶²² Entretanto, para a questão do isolamento esta lei representou o ato final, pois em seu artigo 2º revogou definitivamente a Lei nº. 610, de janeiro de 1949, que o instituiu. A partir daí, o isolamento foi considerado totalmente abolido por força de uma Lei Federal, com o mesmo estatuto daquela que lhe havia imposto.

À estas mudanças somam-se àquelas de caráter burocrático que interferem na estrutura organizacional dos Ministérios. Quero dizer com isso que nas décadas de 1960 e 1970, o SNL, pouco a pouco, foi perdendo espaço político de atuação, visto que em muito pouco lembrava o Serviço das décadas de 1940 e 1950. As mudanças no âmbito do Ministério da Saúde que se referem às atribuições de seus órgãos constitutivos foram alteradas em virtude da reforma naquele Ministério, através do Decreto nº 74891, de 13 de novembro de 1974. Para o ex-Serviço Nacional de Lepra, que numa reforma anterior, já havia sido transformado em Divisão Nacional de Lepra, isto significou uma mudança bastante profunda, pois que perdeu muito do *status* de órgão com autonomia administrativa, por mais que fosse subordinado ao Ministério. Ele passou a ser um órgão integrante da Secretaria Nacional de Saúde e teve suas atribuições reguladas somente no ano seguinte, 1975, quando foi assinado o Decreto nº. 76078, em 4 de agosto, alterando a denominação da Divisão Nacional de Lepra, que passou a se chamar Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.

Neste mesmo Decreto, consta que a Campanha Nacional contra a Lepra, passaria a se chamar igualmente Campanha Nacional contra a Hanseníase. Embora este dado não esteja explicitado neste Decreto, acredito atividades condizentes com as campanhas de combate à hanseníase passariam a ser reguladas pela Superintendência de Campanhas

⁶²² Lei nº. 5511, de 15 de outubro de 1968 – Submete a Campanha Nacional contra a Lepra ao regime previsto na Lei nº. 5026, de 14 de junho de 1966, e dá outras providências.

(SUCAM), órgão responsável pela programação, coordenação e execução de campanhas de erradicação e controle de endemias em todo o território nacional, que foi criado em novembro de 1974, na reforma ministerial já citada.

Um outro fator que não deve ser desconsiderado nesta análise e que, no meu entender, é reflexo da mudança de foco da medicina preventiva para a curativa, a qual me referi, é o que se refere à declarada dificuldade que possuem muitos médicos, mesmo os dermatologistas, em estabelecer um diagnóstico correto para a lepra em virtude por desconhecimento e desinteresse por esta área de atuação. Desinteresse esse construído também em função do desprestígio profissional que estão ligados estes profissionais hoje que não podem competir com a ascensão da ‘dermatologia estética.’

Como exemplo, transcrevo uma pequena parte da entrevista cedida a mim por paciente em tratamento no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Em 1999, Adilson Pereira dos Santos, goleiro do Fluminense Futebol Clube, do Rio de Janeiro, procurou vários especialistas em função de sintomas que sentia: dores nas articulações, dormência e formigamento, dentre outros. Depois de cerca de três anos de tratamento médico, onde havia sido examinado por dermatologistas, clínico geral e ortopedistas, e utilizado cortisona com alguma melhora, os sintomas voltavam e o quadro geral parecia piorar.

Depois de consultar quatro dermatologistas em vários hospitais e consultórios, foi levado ao Hospital Universitário onde foi diagnosticada hanseníase num estágio já avançado, exigindo a mais alta medicação disponível na poliquimioterapia:

“Eu fui ao médico em Copacabana. Eu continuava jogando, mas sem saber. O médico também, ele era dermatologista, e só me dava cortisona e outro remédio lá. Mas ele não sabia o que era, entendeu? Aí continuava isso, eu melhorava um pouquinho e daqui a pouquinho eu piorava de novo, eu ia lá ele aumentava a dose de novo, mas nunca soube diagnosticar, aí o Dr. Lídio Toledo ligou para mim e me trouxe de carro, trouxe a gente até a professora Maria Leide e ela por saber, lidar com isso, ela na mesma hora diagnosticou hanseníase.”⁶²³

⁶²³ Depoimento de Adilson Pereira dos Santos. Projeto Memória e História da Hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000), julho de 2004, fita nº 1, lado A.

Para um médico recém formado e especializado em dermatologia, várias são as opções no mercado profissional da cosmética para se firmar como um especialista com futuro promissor. Diferentemente, são as opções profissionais disponíveis para um dermatologista que se decida pela área da dermatologia sanitária, posto ser este um serviço essencialmente público e, que por isso mesmo, não tem sido prioritário nos investimentos e nas dotações orçamentárias nos últimos anos.⁶²⁴

Nesse sentido, volta-se à década de 1940 e as reivindicações dos leprologistas que vislumbravam melhorias salariais e outros atrativos como forma de atrair profissionais para os cursos de especialização em leprologia, visto que a carreira não era ‘atraente’ para os médicos, como já visto.

Um outro fator que gostaria de chamar a atenção é para a distância que se estabeleceu nas últimas décadas entre paciente e médico, agravada, no meu entender, pela chegada de tanta tecnologia utilizada pela medicina. A lepra é uma doença essencialmente do toque, do conhecimento construído com o olhar, com a prática. Nesse sentido, os exames baciloscópicos são utilizados em grande parte dos casos como forma de confirmação de uma primeira suspeita, de um diagnóstico que começou a ser construído pelo olhar no exame clínico.

De certa forma, acredito que alguns médicos estão correndo o risco de ficarem ‘viciados’ em tanta tecnologia disponível hoje na medicina e estes perderem ainda mais o contato com o doente, o procedimento do exame, do toque, tão necessários quando se trata de uma doença como a lepra. “A especialista em hanseníase Leontina Margarido diz que muitos médicos saem da universidade interessados em tratamentos de ponta e só conhecem as doenças do Brasil rico. Males como tuberculose e hanseníase acabam ignoradas.”⁶²⁵

⁶²⁴ É preciso deixar claro que não estou dizendo que não haja investimentos do Governo Federal para as ações de saúde de combate à lepra, e sim que tais ações não se constituem como prioridade em função do grande número de casos, alta prevalência em áreas endêmicas e outros quesitos. Estes deveriam ser inversamente proporcionais aos investimentos: quanto mais casos e maior endemicidade houver, maiores deveriam ser os investimentos.

⁶²⁵ “No mesmo Brasil, doenças da pobreza e da riqueza”, in *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, sábado, 23 de setembro de 2006, p. 2. (Caderno especial ‘A epidemia do **não**’ - Eleições 2006).

Entretanto, apesar destas críticas, é importante apontar o que está sendo feito atualmente no país, para combater a hanseníase. Existe hoje o Programa para Eliminação da Hanseníase, que é coordenado pela Secretaria Nacional de Dermatologia Sanitária, em Brasília, que mantém diálogo intenso e cooperação com os Estados e estes com os Municípios, através das secretarias de saúde. O Programa é executado a partir do Programa de Saúde da Família onde, espera-se, que as visitadoras sanitárias percebam se há algum sinal dermatológico que mereça a atenção mais especializada do profissional. Além disso, o Brasil é também membro colaborador da Aliança Global para Eliminação da Hanseníase, um programa coordenado pela OMS e OPAS, cujo plano de trabalho atualmente propõe estratégias de eliminação da doença nos próximos cinco anos (2006-2010).⁶²⁶

⁶²⁶ *Estratégia global para aliviar a carga de hanseníase e manter as atividades de controle.* OMS, 2005. www.opas.org.br, acesso em 2 de janeiro de 2007.

Considerações Finais

A partir das questões propostas e respondidas ao longo deste trabalho, pode-se concluir que desde os anos 1920, a lepra foi alvo de preocupações das autoridades sanitárias e objeto de políticas de controle. Após 1935, houve uma atitude do governo Vargas no sentido de investir mais agressivamente em seu controle através da construção de leprosários e da implantação de um modelo de profilaxia calcado no chamado ‘modelo tripé.’ Tal modelo funcionou amparado na união de três instituições que, de acordo com o conhecimento e as teorias médicas sobre a doença daquele momento, seriam capazes de controlar a doença e mesmo eliminá-la do cenário nacional. Após a criação do Serviço Nacional de Lepra em 1941, o governo federal celebrou acordos de cooperação com os Estados, no sentido de efetivamente implantar este modelo em todo o território nacional.

O modelo tripé se sustentou através da união de três instituições: o leprosário, o preventório e o dispensário. O primeiro deles, o *leprosário*, era onde eram internados os doentes diagnosticados e submetidos ao isolamento, compulsório ou não. Os filhos destes e aqueles gerados na ‘nova’ vida dentro dos leprosários eram encaminhados para os *preventórios*, com o objetivo de minimizar o contato da criança com os pais doentes. Na terceira instituição, o *dispensário* se podia exercer a vigilância médica e epidemiológica sobre os chamados ‘comunicantes’, que tiveram contato ou convivência com o doente internado. Com o passar do tempo e dos avanços experimentados na pesquisa básica se percebeu, através dos índices estatísticos, que mesmo uma estrutura como esta que se pretendia totalizante e eficaz, não era satisfatória para tratar uma doença como a lepra.

Na década de 1950, a alternativa de política de saúde para controlar a lepra foi pensada e concretizada, considerando-se outras premissas. Dentre elas, duas das mais importantes foram a descoberta de medicamentos (antibióticos e sulfas), capazes de devolver ao paciente a possibilidade de vida fora dos leprosários, enquanto eram submetidos a um tratamento que anteriormente, inexoravelmente, os colocava isolados nestas instituições. A segunda premissa, foram as resoluções dos congressos

internacionais, sobretudo as do 7ª Conferência Internacional de Lepra, realizada em 1958, que constatou a ineficácia total do isolamento diante de novas conquistas da ciência, naquele momento de ‘otimismo sanitário’.

Como política de saúde, o isolamento, de fato, nunca representou um consenso absoluto dentro da leprologia mundial, tendo, ao longo de mais de um século, enfrentado oponentes nas arenas de debates dos congressos científicos internacionais e nacionais. Nesse sentido, após a realização da 3ª Conferência Internacional de Lepra, que aconteceu em 1923, na França, um país que tinha um número considerável de leprologistas contrários ao isolamento agressivo, o isolamento, como política de saúde, começou a experimentar certo declínio, embora de modo bastante tímido e não consensual.

Respaldados pelos congressos nacionais e internacionais realizados no decorrer da década de 1950 e pelos desdobramentos experimentados pela medicina através das descobertas e avanços da pesquisa básica, os leprologistas brasileiros elaboraram a Campanha Nacional contra a Lepra, onde se percebe uma maneira diferenciada de perceber a doença e o doente. O Serviço Nacional de Lepra procurou conjugar elementos que refletiam as novas possibilidades de tratamentos, a partir da medicação química, e da constatação de que o isolamento, além de impossível de ser realizado de maneira plena, era ineficaz e não apresentava índices satisfatórios de alta.

Esta nova diretriz, como política de combate à lepra, foi concretizada primeiramente a nível regional a partir de 1954, até sua transformação em lei federal após 1959, que a implantou como política nacional. Contudo, alguns anos ainda foram necessários para se formalizar o término do isolamento nos leprosários, fato esse que somente se deu em 1962, com a publicação de um decreto que recomendava o ‘não rompimento de laços familiares’ nas políticas de saúde para a lepra. É oportuno dizer que algumas leis necessitam de tempo para serem absorvidas e se estabelecerem como uma política de saúde pública cotidiana, o que no caso da lepra, equivale a dizer que esta passagem, obviamente, não foi automática, e alguns Estados demoraram mais que outros para se adequarem a tais mudanças. Entretanto, não se pode deixar de registrar aqui o caso do Estado de São Paulo, por exemplo, cuja prática isolacionista apenas cessou após 1967, a partir da direção que o prof. Abraão Rotberg deu às ações do Departamento de Profilaxia da Lepra.

A partir do diálogo que procurei estabelecer com as fontes de investigação escolhidas para este trabalho, busquei percebê-las dentro de um determinado contexto nacional e internacional que pudesse me auxiliar na intenção de responder aos questionamentos presentes na ‘Introdução’ deste trabalho. Desta forma, procurei mostrar que antes mesmo da criação do Serviço Nacional de Lepra em 1941, havia uma preocupação política e sanitária com a doença por parte de uma elite dirigente que procurou ‘sanear’ o país daquele ‘terrível flagelo’. Mesmo com a diversidade federativa e legal própria do regime da Primeira República, podem-se perceber alguns indícios no sentido de alterar o quadro de atenção aos doentes, até então bastante e praticamente inexistente em vários Estados brasileiros.

A política centralizadora levada a cabo pelo Serviço Nacional de Lepra nas décadas de 1940 e 1950, através da busca de casos novos, a educação sanitária, a realização de inquéritos e levantamentos, o impulso à pesquisa laboratorial e a formação prática e acadêmica de leprologistas, consolidou uma atuação nacional. A atuação de leprologistas de formação no SNL, dirigido por Ernani Agrícola, conferiu àquele Serviço uma identidade profissional que se refletia na pesquisa e nas políticas sanitárias. Entretanto, tais políticas consideradas positivas em essência, não alteraram como se pretendia a realidade da doença e do doente, fazendo com que as novas alternativas de combate à lepra fossem pensadas.

A Campanha Nacional contra a Lepra da década de 1950 foi a alternativa para tentar mudar este quadro com novas ‘armas’: os antibióticos, as unidades de trabalho descentralizadas e a união das três esferas governamentais (União, Estados e Municípios). Estas foram as escolhas pensadas por um Serviço Nacional de Lepra que procurava, agora com Orestes Diniz, se manter atualizado na diretriz das políticas para a lepra. Entretanto, é preciso que, mais uma vez, se olhe para os contextos nacionais e internacionais de saúde, entendendo como eles nos ajudam a entender as respostas agora encontradas.

A bibliografia mais recente sobre história da saúde pública aponta para as ‘continuidades e rupturas’ nas políticas de saúde públicas a partir do primeiro governo Vargas. A partir de 1930, embora continuasse a considerar a saúde pública como um objeto de ‘preocupação nacional’, o regime Vargas priorizou a previdência social de trabalhadores sindicalizados, em detrimento da saúde pública, voltada para a população rural sem acesso

à ‘cidadania regulada’. A saúde pública, entretanto, continua objeto de atenção do Estado, o que pode ser demonstrado, através deste trabalho, pela atuação do SNL e da Campanha Nacional contra a Lepra, nos anos 1950. Entretanto, a partir de meados da década de 1960, houve um declínio evidente dos investimentos do Ministério da Saúde na área da saúde pública, enquanto crescem os investimentos na medicina curativa.

Nesse sentido, o exemplo da lepra nas décadas de 1960 e 1970 é emblemático, pois o Serviço Nacional de Lepra perdeu, pouco a pouco, espaço político de atuação. E tal espaço político vem, obviamente, acompanhado de um declínio de investimentos e orçamento. Assim, o que se observa após a desativação da Campanha Nacional contra a Lepra no final da década de 1960, foi da mesma forma, um declínio da importância política do SNL e, conseqüentemente, da importância da doença lepra como objeto de atenção e investimentos por parte do Ministério da Saúde.⁶²⁷

As ações de combate à lepra são, essencialmente, de saúde pública, visto se tratar de uma doença que ainda hoje está presente e, na sua quase totalidade, entre integrantes das camadas sociais mais desfavorecidas. As ações ligadas à dermatologia sanitária hoje representam uma área extremamente pouco atrativa do ponto de vista comercial e político, tendo experimentado, nos últimos anos, um grande ostracismo. Muitos autores argumentam que de nada adiantam os investimentos em campanhas e programas isoladamente, se ao lado destes, não vierem o desenvolvimento humano das populações afetadas, “(...) a partir da conscientização individual e coletiva dos direitos da cidadania.”⁶²⁸ Desenvolvimento que significa elevação da educação da população; condições de habitação; possibilidades de trabalho e renda; e estado nutricional, sobretudo de crianças, dentre as quais nos últimos anos pairou uma significativa estatística: somente no mês de outubro de 2006, o Ministério

⁶²⁷ Nesse sentido, vale ressaltar a ‘luta’ interna travada entre os hansenologistas quando a OMS recomendou a implantação do programa de poliquimioterapia para tratamento da lepra: o Brasil foi um dos últimos países do mundo a implantá-lo, o que apenas ocorreu em 1981, de maneira tímida, e mais intensivamente a partir de 1986.

⁶²⁸ Como exemplo, posso citar o trabalho de TALHARI, Sinésio *et alii*. *Hanseníase – Dermatologia Tropical*. Manaus, s.e., 2006, p. 159.

da Saúde atendeu a cerca de 21 mil pacientes de 10 a 14 anos, e 32 mil pacientes de 15 a 19 anos.⁶²⁹

Como evidência, ainda no contexto atual, de como esta questão está longe de ser ‘apenas do passado’ reproduzo a reportagem de *O Globo*, de setembro de 2006, sobre os embates entre a saúde pública e a medicina curativa. A reportagem procurou mostrar as disparidades do país na área da saúde, onde podem ser encontradas doenças praticamente eliminadas em alguns lugares do mundo, convivendo com alta tecnologia médica de última geração. O caso escolhido por mim foi, obviamente, a lepra, ou a hanseníase:

“São 8h:30m de terça-feira, e 30 pacientes esperam atendimento no ambulatório de hanseníase do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, o maior da América Latina. Entre eles, um homem de 78 anos, dedos das mãos retorcidos. Quase não fala, pouco vê. É um caso agudo de hanseníase, doença milenar que marca com o estigma da deformidade. (...) [o paciente] sofre com dormência e bolhas no corpo. Faz tratamento há dois anos. (...) O contágio foi a arma do ex-marido de Maria (nome fictício) para tentar lhe tirar os dois filhos. Aos 36 anos, depois de ser tratada por oito anos como se tivesse lúpus, tem a pele avermelhada. (...) o marido foi embora, muita gente virou as costas. (...) Um metalúrgico de rosto deformado pede para não ser identificado, porque nem em seu trabalho sabem a verdade. – Tenho vontade de brigar porque olham pra mim. Escondo a cara – conta ele, que acabava de saber que a filha de 15 anos está com a doença.”⁶³⁰

Algumas práticas persistem; alguns estigmas também, ao lado da ausência de uma política que consiga vencer a lepra, num país que mescla índices de desenvolvimento humano desfavoráveis, com desinteresse público, o que se reflete nas insuficientes políticas de combate à doença. Na reportagem citada, observa-se a persistência de vários elementos que foram amplamente combatidos pelos leprologistas das décadas de 1940 e 1950, tais como: a dificuldade em se descobrir casos novos o mais cedo possível, para evitar seqüelas e deformidades; a forte presença do estigma e do preconceito com os doentes; a falta de esclarecimento à população através da educação sanitária; e o diagnóstico correto. Assim, apesar de ter tratado de uma política sanitária ‘do passado’, a doença que aquela se propôs a

⁶²⁹ Dados obtidos no site: www.datasus.gov.br, acesso em 1º de janeiro de 2007.

⁶³⁰ “No mesmo Brasil, doenças da pobreza e da riqueza”. *O Globo*, Rio de Janeiro, sábado, 23 de setembro de 2006, p. 2. (Caderno especial ‘A epidemia do não’ - Eleições 2006)

combater ainda existe e, neste sentido e da mesma forma, ainda existe um caminho a se percorrer para que esta doença deixe de ser uma questão de saúde pública no Brasil.⁶³¹

ANEXOS

⁶³¹ Nesse sentido, é interessante ressaltar que o Brasil segue as orientações do plano estratégico chamado 'Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase 2006-2010.



Caderno de Imagens

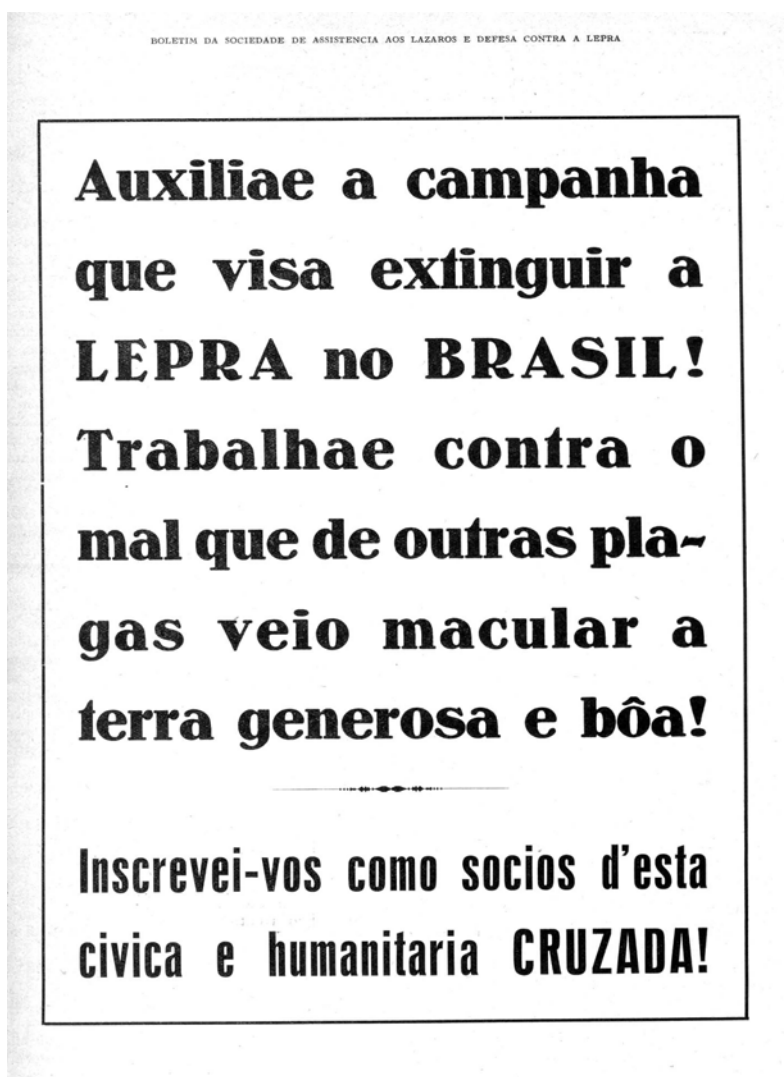


Figura 1 - Cartaz utilizado para a educação sanitária da população. Publicado no periódico *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: Ano I, nº 2, 31 de maio de 1929, p. 7, porta voz desta sociedade civil que, dentre outras atribuições, administrava os preventórios, onde se internavam os filhos dos leprosos; prestava apoio financeiro e jurídico às famílias desfeitas com a internação do chefe da família, na maioria das vezes; e, fazia ampla campanha de desestigmatização da doença e do doente.

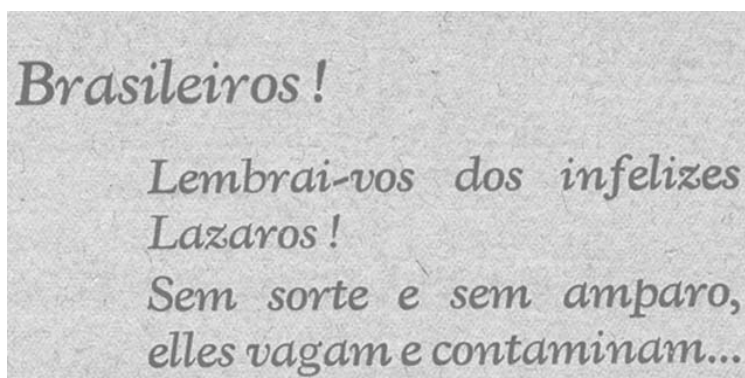


Figura 2 – Quarta capa da publicação *“O problema da lepra no Brasil”* do médico paulista João de Aguiar Pupo. Editada pela Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra em 1926.



Figura 3 - Cartaz utilizado na campanha pela desestigmatização da doença hanseníase e dos que dela padecem. Sua ênfase está na curta duração do tratamento (um ano e meio) e na elevação da auto-estima dos que a ele se submetem já que podem se curar da doença (*"Me curei da Hanseníase e hoje me sinto até mais bonita"*). Elaborado e distribuído pela Ong holandesa RePreHan/IBISS (Reconhecimento Precoce da Hanseníase) na localidade de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro. Este município apresenta uma das maiores prevalências de hanseníase no Estado.



Figura 4 - Reprodução de “chocalho” utilizado pelos leprosos para sinalizar sua chegada alertando as pessoas do “perigo” representado por sua doença.

Fonte: www.cmo.nl/smo/images/lepra.gif
(Acesso em 12 de setembro de 2006).



Figura 5 - Iluminura retratando leproso na Idade Média.

Fonte: *A medieval miscellany* – Selected by Judith Herrin and Introduction by Emmanuel Le Roy Ladurie. London: Viking Studio – Facsimile Editions, 2003, p. 138.



Figura 6 - Cristão socorrendo um leproso. Entalhe em madeira, de artista não identificado. Frankfurt, 1571. Atente-se para o “chocalho” preso ao cinto do doente.

Fonte: *Medicine Man – The forgotten Museum of Henry Wellcome*. London: Ken Arnold and Danielle Olsen - The British Museum Press, 2003, p.254.



Figura 7 - Padre ordena ao leproso que siga seu caminho; referência ao livro bíblico de Levítico. Gustave Doré. *Illustrert Bibelleksikon*, bd. 6, 1987.

Fonte: <http://digitalarkivet.uib.no/lepraarkiv> -

Acesso em 12 de setembro de 2006.



Figura 8 - Imagem que reflete a caridade e piedade da Igreja Católica e os leprosos.

Fonte:

www.odi.ucr.ac.cr/crisol/imagenes/leproso.jpg

Acesso em 12 de setembro de 2006



Figura 9 -

Movimento religioso atuante no Brasil e dedicado, entre outras coisas, a servir e executar trabalho voluntário com os pacientes de hanseníase.

Fonte:

www.franciscanos.org.br/sefras

Acesso em 12 de setembro de 2006



Figura 10 - Iluminura com data entre 1347 a 1351, retratando leprosos provavelmente membros da nobreza. Autoria atribuída ao artista Tommaso Garbo.

Fonte: *A medieval miscellany* – Selected by Judith Herrin and Introduction by Emmanuel Le Roy Ladurie. London: Viking Studio – Facsimile Editions, 2003, p. 138.



Figura 11 - Pintura a óleo do holandês Rembrandt, de 1639. Retrato de um oriental que historiadores da arte acreditam tratar-se do rei bíblico Uzziah, atingido pela lepra após usurpar a autoridade de um templo sagrado. A doença aqui foi concebida como castigo ou idéia moral.

Fonte:
www.genome.news.network.org
Acesso em 12 de setembro de 2006



Figura 12 - Gravura medieval retratando um leproso. Atente-se para o cachorro que lhe lambe as feridas do corpo, as manchas da doença na pele e os “chocalhos” sinalizadores em sua mão direita.



Figura 13 - Aspecto da lepra tuberculóide no rosto.

Fonte: *Leprosy in its clinical and pathological aspects*, de G. A. Hansen e C. Looft. Bristol: J. Wright, 1895. Acervo da Wellcome Library – Medicine e reproduzido em *Medicine Man – The forgotten Museum of Henry Wellcome*. London: Ken Arnold and Danielle Olsen - The British Museum Press, 2003, p.258.



Figura 14 -
Aspecto da lepra
tuberculóide em menino
de 13 anos.

Fonte: DANIELSSEN, Daniel
Cornelius e BOECK, Carl
Wilhelm. *Om Spedalskhed*, de.
Bergen: F.D.Beyer, 1847.

Acervo da Wellcome Library,
London.



Figura 15 - Aspecto da face
com lepra nodular.

Fonte: MANSON, Patrick. *Tropical
Diseases*. London: Cassel and
Company, 1909, p. 538.

Acervo da Wellcome Library,
London.



Figura 16 - Desenho mostrando braço e costas de uma mulher com lepra.

Fonte: DANIELSSEN, Daniel Cornelius e BOECK, Carl Wilhelm. *Om spedalskhed*. Bergen: F.D.Beyer, 1847.

Acervo da Wellcome Library, London.



Figura 17 – Desenho retratando aspectos da lepra tuberculóide em mãos e pés. Acervo do *Lepramuseet i Bergen/Norge*.

Fonte: www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_sogn_og_fjordane/fylkesleksikon/1298156.html

Acesso em 12 de setembro de 2006



Figura 18 - Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912) médico norueguês e descobridor do agente etiológico da lepra, o bacilo de Hansen, em 1879.

Acervo da Wellcome Library, London.



Figura 19 - Cópia da primeira impressão de publicação considerada por Hansen, como a primeira obra verdadeiramente científica sobre a lepra. DANIELSSEN, Daniel Cornelius e BOECK, Carl Wilhelm. *Om spedalskhed*. Bergen: F.D.Beyer, 1847

Acervo da Wellcome Library, London.

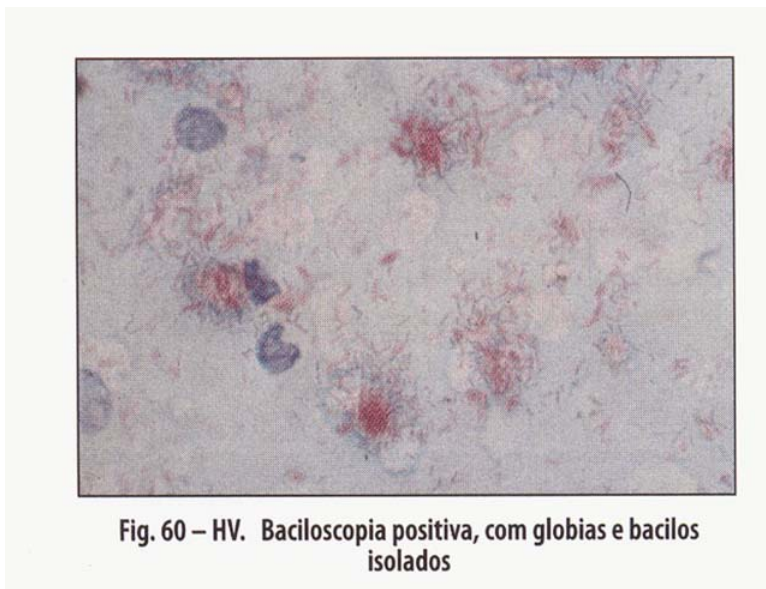


Figura 20 – Bacilo causador da hanseníase ou lepra.

Fonte: TALHARI, Sinésio; NEVES, René Garrido; PENNA, Gerson e OLIVEIRA, Maria Leide Wand-Del-Rey de. *Hanseníase*. Manaus: s.e., 2006, p. 40.

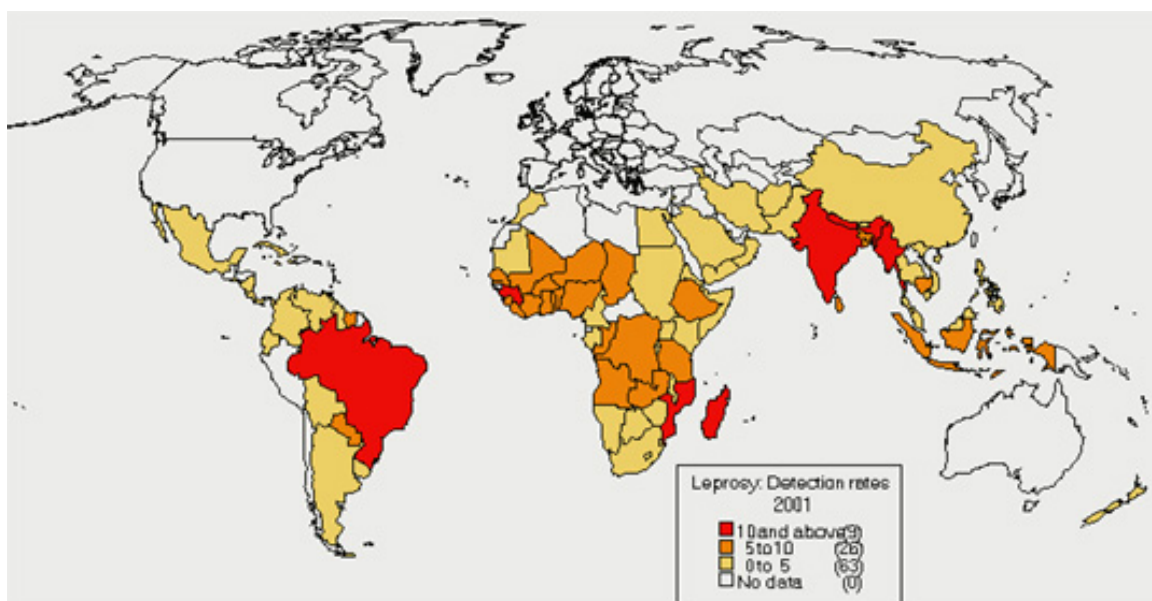
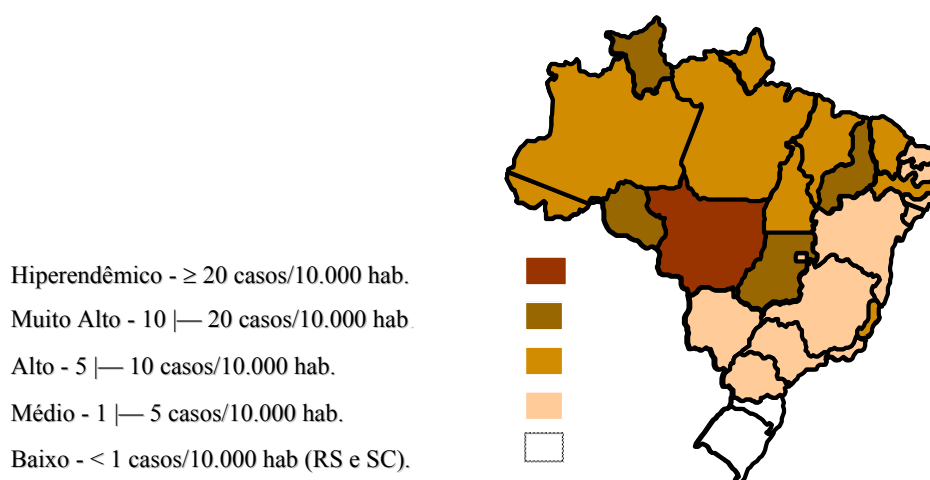


Figura 21 - Mapa mostrando as regiões onde a lepra persiste como doença endêmica, apontando as taxas médias de prevalência em 2001. Atente-se para os continentes onde se encontra presente com as maiores taxas de prevalência: América do Sul, Ásia e África.
Fonte: OMS.

Distribuição das UFs segundo níveis endêmicos Brasil 2002



FONTE: ATDS/DAB/SPS/MS; SES; IBGE

Figura 22 – Mapa assinalando as regiões do país com as taxas de prevalência encontradas em 2002. A partir de 2004, a metodologia para a verificação desta taxa mudou, alterando também o seu resultado. Embora hoje algumas regiões apresentem índices mais baixos de prevalência, o Brasil vem mantendo o número de casos na mesma proporção.



Figuras 23 e 24 –
Adolpho Lutz (1855-1940) e
Emílio Ribas (1862-1925).
Lutz foi um dos precursores
no Brasil da pesquisa
laboratorial da lepra que
atuou em São Paulo,
enquanto que Ribas
promoveu reformas de
saúde pública naquele
Estado.
Acervo da COC/Fiocruz.



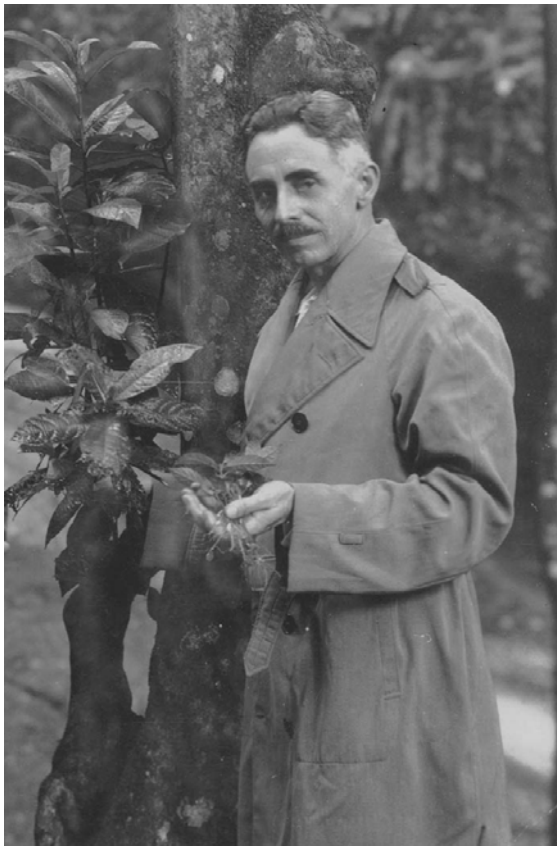


Figura 25 – Heraclides César de Souza-Araújo (1886-1962): discípulo de Adolpho Lutz, leprologista e precursor da pesquisa laboratorial em lepra no Instituto Oswaldo Cruz na década de 1920. Aqui ele se encontra retratado ao lado de um pé de chaulmoogra.

Acervo da COC/Fiocruz.



Figura 26 – Menino apresentando sinais da lepra lepromatosa, muito provavelmente paciente de Souza-Araújo que fazia atendimento a pacientes no Hospital de Manguinhos.

Acervo da COC/Fiocruz.

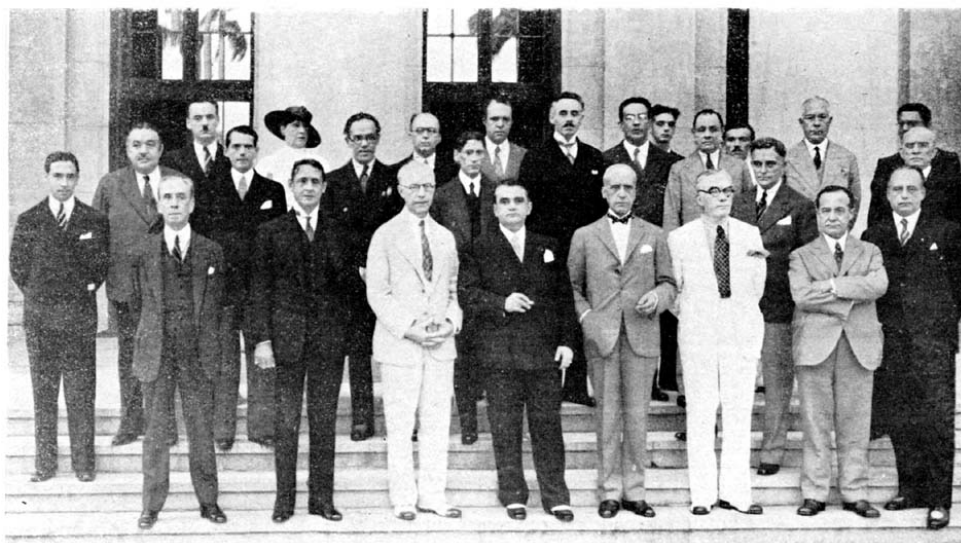


Figura 27 – Inauguração do Centro Internacional de Leprologia, no Rio de Janeiro, 20/4/1934. Na primeira fila, da esquerda para a direita, Carlos Chagas, diretor; Guilherme Guinle, mantenedor; Etienne Burnet, delegado da Liga das Nações; Washington Pires, Ministro da Educação e Saúde; Pimentel Brandão, Ministro do Exterior; R. D'Almeida Magalhães, diretor de Saúde e Eduardo Rabello, leprologista, segundo e último diretor do Centro.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H.C. *História da lepra no Brasil, período republicano, Vol. II, 1889-1946*. Estampa 66, foto 1.

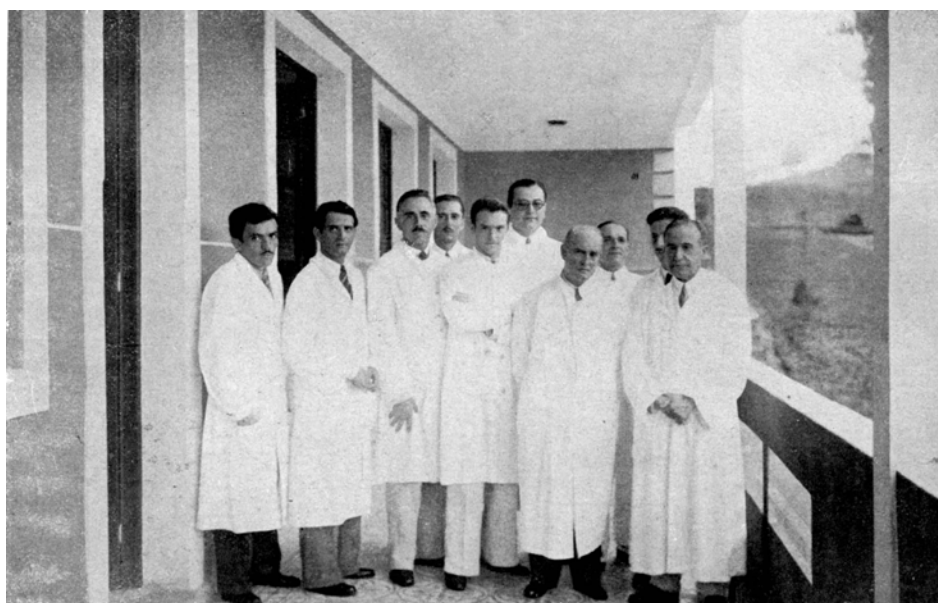


Figura 28 – Grupo de leprologistas no Pavilhão de Terapêutica Experimental, do Centro Internacional de Leprologia, em abril de 1935. Da esquerda para a direita, o terceiro é Souza-Araújo, seguido de Henrique Rocha e Hildebrando Portugal, pesquisadores do Centro; Cardoso Fontes, diretor do IOC e Eduardo Rabello, diretor do Centro.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil, cit.* Estampa 66, foto 2.

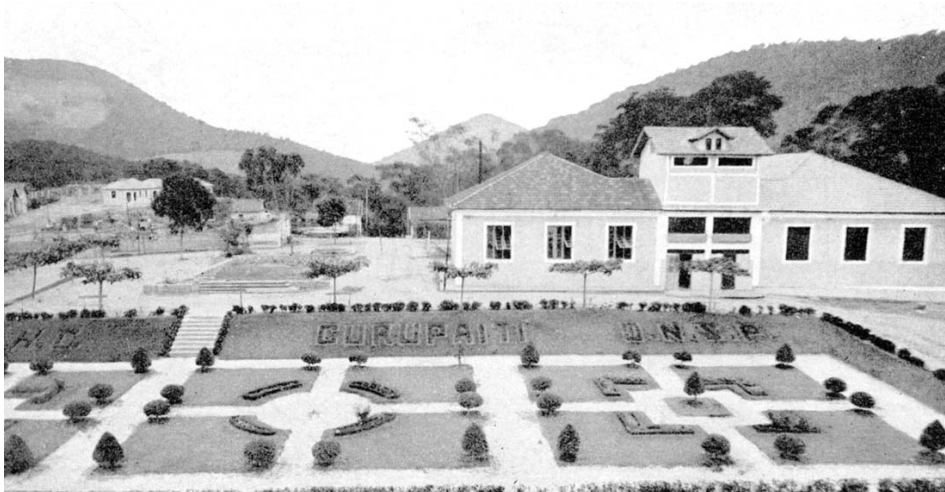


Figura 29 – Aspecto da parte central do Hospital de Curupaity, vendo-se, à direita, o pavilhão de serviços gerais e à esquerda obras iniciais da igreja do leprosário.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit. Estampa 82, foto 3.



Figura 30 – Banda de música do Hospital de Curupaity, composta pelos internos. A dedicação às artes, de modo geral, era uma estratégia utilizada pelos pacientes com o intuito de resgatar algum aspecto lúdico da vida nos leprosários.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit. Estampa 85, foto 2.



Figura 31 – Premiação do primeiro concurso de monografias do SNL em 11 de fevereiro de 1943. Gabinete do Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, a seguir Nelson de Souza Campos; Lauro de Souza Lima; Humberto Cerruti; Luiz Marino Bechelli; Oswaldo de Freitas Julião; Armando Berti (Pseudônimo *Lucas*) e Antonio Carlos Horta (Pseudônimo *Basilus*).

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit. Estampa 70, foto 2.

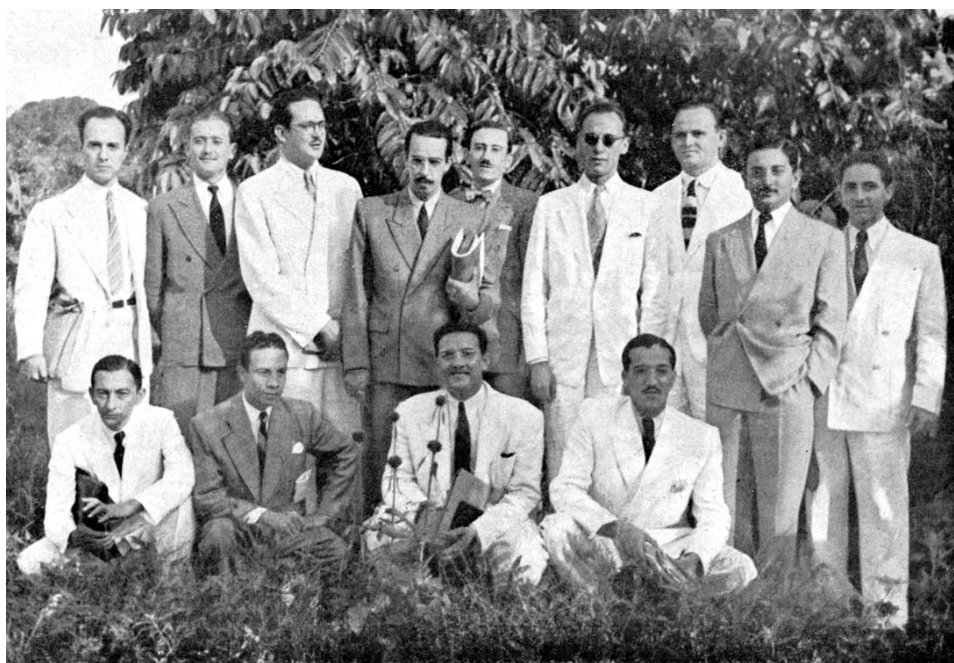


Figura 32 – Primeira turma do Curso de Especialização em Leprologia, promovido pelo Serviço Nacional de Lepra, 11 de novembro de 1942, visitando o Instituto Oswaldo Cruz.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit. Estampa 70, foto 1.



Figura 33 – “Esta robusta criança, descendente de leprosos, um dos filhos adotivos de D. Margarida Galvão, representa a garantia duma nova geração hígida”.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil*, cit. Estampa 52, foto 2.

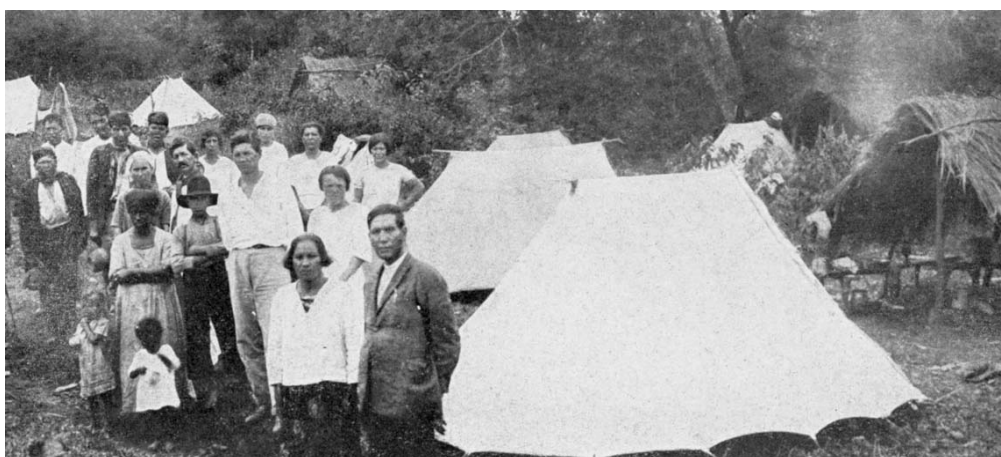


Figura 34 – Um acampamento de leprosos erguido às margens de estrada em São Paulo, antes da agressiva política de construção de leprosários no Estado. **Fonte:** SOUZA-ARAÚJO, *História da lepra no Brasil* cit. Estampa 52, foto 1.

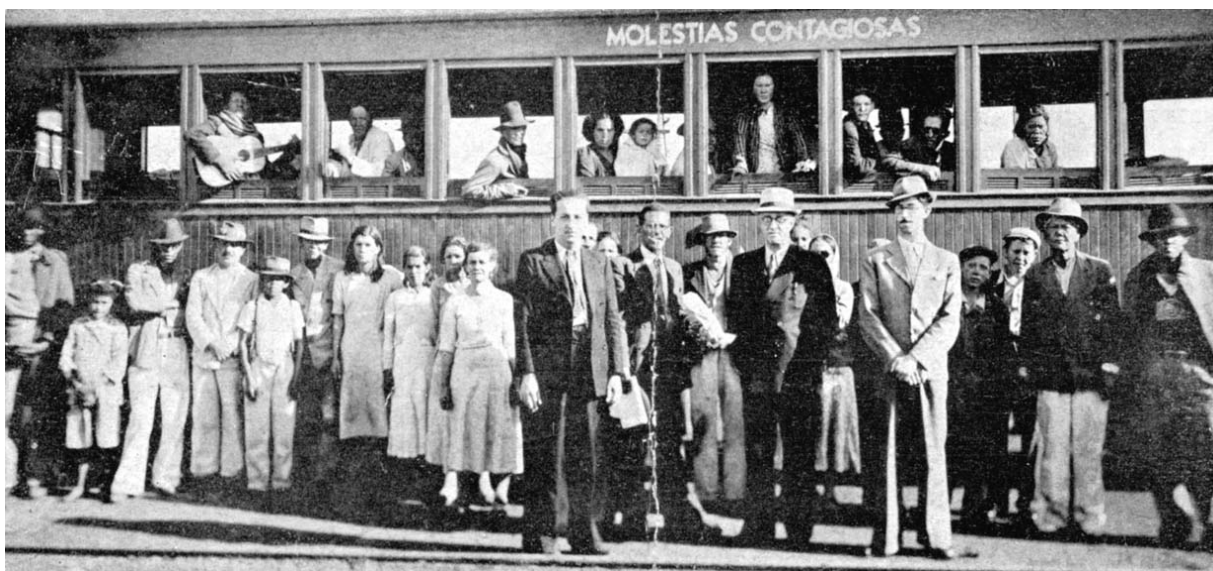


Figura 35 – Transferência de leprosos do Asilo de Abadia, em Uberaba, para o Leprosário de Santa Isabel, em junho de 1942. O Estado de Minas Gerais possuía a Rede Mineira de Viação para Leprosos, composta de três vagões sanitários que fazia este transporte nos limites do Estado.

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H. C. *História da lepra no Brasil*, Estampa 158, foto 1.

O Leproso – Miguel Torga⁶³²

Foi no Doiro, numa cava. Ao meio dia, a Margarida veio trazer o jantar, e embora a sardinha salgada e o caldo de gravaços tirassem a coragem ao mais pintado, a cara da rapariga desanuviava os horizontes.

Era nova, sadia, alegre e de resposta sempre na ponta da língua. Por isso sabia bem dar-lhe um apertão, passar-lhe sornamente o braço pela cintura, e ouvir-lhe depois os protestos vivos e desembaraçados.

- Ó seu alma do diabo, você cuida que isto é comida de cães?

Todo o eito se ria, a moça continuava a distribuir tigelas, e a fome, a fadiga, a injustiça, e as demais inclemências da natureza e dos homens, ficavam esquecidas por um momento.

- Toma lá tu, meu pinga-amor!

Era a vez do Julião, e o rapaz, que de fato olhava a Margarida com olhos de carneiro mal morto, não resistiu à tentação de lhe tocar no seio com as costas da mão.

- Ó meu leproso dos infernos! Olha que eu atiro-te o cesto ao focinho!

Houve um largo riso de galhofa, mas houve também um estalo na consciência do Julião. Leproso!

A sua íntima inquietação, a sua desconfiança contínua e já velha, ouviam pela primeira vez uma resposta, trágica como uma sentença de condenação: leproso!

Havia muito que qualquer coisa em si medrava como o fungo nas espigas verdes. Cresciam-lhe na cara gomos de carne dura, insensível e vermelha. Desconhecia, porém, a gravidade do mal, e ninguém, até ali, tivera a crueldade de lho nomear. Amofinado de angústia, estudava ao espelho, com minúcias de investigador, as sutis modificações da expressão, a transfiguração progressiva do rosto, mas o chamadoiro da sua desgraça era um mistério. E o que o coração temia sem saber, o que a razão não descobrira claramente, estava ali irreparável e cruel: leproso.

Calou-se, engoliu a custo duas garfadas, foi pôr a malga quase intacta no cesto, e sentou-se a uma sombra, a bater estupidamente com um pedaço de pedra no moirão da ramada.

- Ó Julião, tu parece que não esperavas pela resposta? – gracejou um companheiro.

⁶³² TORGA, Miguel. 'O leproso', in *Novos Contos da Montanha*. Lisboa: Dom Quixote, 1999, pp. 63-79, edição original de 1944. Miguel Torga é pseudônimo do médico Adolfo Correia da Rocha (1907-1995), nascido em Trás-os-Montes, autor de romances, peças teatrais e contos.

- Não...

Eram todos amigos, daquela amizade possível entre gente rude e sacrificada, sem licença para aventuras intensas do coração e do entendimento. Escravos de uma terra hostil e de uma sociedade hostil, simples e toscos instrumentos de produção nas mãos injustas da vida, como poderiam eles descer à grande fundura dos sentimentos limados e gratuitos? Gostavam dele como de um camarada de suor, prontos evidentemente a abandoná-lo se lhes disputasse a bica de água ou a sombra do descanso.

- Não faça caso, homem!

Mas também eles tinham ouvido a palavra reveladora, e também eles acordavam para uma compreensão exata do seu significado. E ao despertar, à noite, havia já em todos um sentimento de cautela, de resguardo, que insensivelmente os ia afastando dele como de coisa imunda e contagiosa.

- Hoje na cava, à hora do almoço, a Margarida chamou leproso ao Julião. E se, calhar, aqueles nascidos na cara...

- Leproso?! Santíssimo Sacramento! E a gente a comer com ele do mesmo prato!

Era um toque a rebate de cima a baixo, uma instintiva solidariedade de defesa da tribo.

- Jesus, Maria! Lepra?!

E abruptamente, da noite para o dia, o Julião encontrou-se só, danado, excomungado, olhado como um inimigo repelente.

- Então vossemecê não precisa da gente para a malhada?

- Não. Já tenho.

- E de um homem que lhe roce o mato?

- Também não. Este ano remedeio-me assim.

Batiam-lhe com a porta na cara, sem piedade, cruel e friamente.

- Tu chega-te para lá! - gritou-lhe o Travassos, em plena feira, quando ele se aproximava de uma saca de pão.

Ainda lhe passou pelos olhos um relâmpago de sangue. Mas acabou por reconhecer que, desgraçadamente, o outro tinha razão. O seu mal pegava-se e era a praga mais negra que se podia rogar a alguém. E, em vez de reagir, começou a miná-lo uma tristeza resignada, apática e cheia de perdão. Ou da fraqueza que sentia, ou da doença, ou a malucar na sorte, passava os dias deitado ao sol, numa aceitação mansa da condenação.

- Então tu ficas assim, não dás um passo para te tratar?

Foi um velho, o Januário, que teve a humanidade destas palavras. Talvez porque a vida já lhe pesava pouco e começava a ver o destino de cada alma a uma luz transcendente, rompeu a muralha de nojo, que a povoação construía à volta do infeliz, e chegou-se a ele com este bálsamo.

- Vai ao médico, homem! Pode nem ser o que dizem... E se for, trata-te. Hoje cura-se muita coisa. Dás entrada num hospital...

O Julião ouvia-o como se as palavras que dizia tivessem um som doirado e viessem de mundos só de paz e de amor. Há muito que se esquecera da antiga e natural voz humana, quente e aproximadora. Só se lembrava do gume das últimas ofensas, do círculo de rumor hostil que o rodeava.

- Ó ti Januário, bem haja! Bem haja!

O outro partiu, e ele ficou a relembrar a doçura do conselho, a encostar todas as chagas à suavidade daquela ternura.

- E é que vou mesmo! – disse por fim com decisão, como se quebrasse corajosamente invisíveis amarras que o prendessem.

Estava fraco e maltrapilho. Mas, com as fracas forças e a fraca roupa, lá se arrastou a Sanfins e bateu à porta do doutor, que o atendeu da janela.

- Queria consultar vossa senhoria...

- Muito bem, desço já.

Antes mesmo de se queixar, leu a sentença nos olhos arregalados e perscrutadores do médico.

- Onde é você?

- De Loivos.

- É curioso que nunca lá vi casos destes... Há quanto tempo isto lhe apareceu?

- Sempre é lepra?

O médico olhou-o, coçou a cabeça, pôs-se a mexer nos papéis da mesa, e acabou por dizer a triste verdade.

- Pois é, é... Infelizmente, é.

Nem falaram de remédios, nem de hospital, nem de nada. Despediram-se o mais tristemente possível, sem o doente perguntar quanto devia e sem o médico indicar o que era conveniente fazer. Ambos se resignavam sem luta àquela fatalidade monstruosa. O doutor ficava com o nome miraculoso e com a sabedoria inútil; o gafado ia mostrar ao mundo, de mão estendida, a sua repugnante desgraça.

Propriamente em Loivos davam-lhe pouco. O fato de ser da terra, um testemunho, portanto, de que nela cresciam tão negros males, e um sentimento estranho de defesa irracional impediam-nos de qualquer ato generoso para com ele. Mas os povos em volta, precisamente por razões opostas, recebiam-no caridosamente, solidários com uma dor que não lhes envergonhava o berço e os comovia apenas durante os segundos de um padre-nosso.

Uma estranha mudança se operava entretanto na alma de Julião. À medida que o tempo passava e que a doença se tornava mais evidente, nascia-lhe um maior apego à vida. E também, com o andar dos tempos, uma raiva funda a Loivos lhe crescia no peito. À primeira aceitação pacífica e humilde da reação

desumana do povo, sucedera-se uma consciência clara e pungente de aviltamento injusto. Uma fatalidade superior a todas as forças escolhera-o para vítima indefesa. E os amigos, os vizinhos, a gente com quem nascera, brincara, mourejara de manhã à noite, corriam-no do afeto e das portas como um cão danado!

Ódio. Ódio era o que lhe pedia hora a hora o coração, outrora limpo e generoso, e agora a empurrar um sangue podre e abjeto. E entre este rancor aos que no passado amara, e a procura contínua de qualquer remédio impossível que o livrasse da pesada cruz, passava o tempo.

- Você já experimentou azeite? – perguntou-lhe um dia em S. Cibrão uma velhota. – Dizem que é como quem dá um talhadoiro. Tem é de se tomar um banho nele.

A economia de pedinte que o Julião organizara metodicamente permitira-lhe já ensaiar mil mezinhas, um ror de drogas, e consultar até a santa de Nogueiredo. Melhoras nenhuma, infelizmente. Mas, quanto mais a via fugir, mais amava a vida. Caíra-lhe ainda há pouco o polegar direito, a cara, inchada, nodulosa e deformada, dava-lhe um estranho e horrível ar de bicho, não sentia pedaços inteiros do corpo. Amava, contudo, o mundo e queria continuar seu filho. Do fundo do poço onde dia a dia iam ficando enterrados, os seus olhos cada vez gostavam mais de ver a clara nitidez do sol.

- E que azeite é? – perguntou, com a sofreguidão que punha sempre em cada esperança nova.

- Azeite natural, da comida. Azeite.

A colheita do ano fora escassa e a região de Loivos não era rica em olivais. O Julião porém, com manha, lamúrias e algum dinheiro, lá conseguiu que em Paradela lhe cedessem um cântaro dele. E já na semana seguinte pôde usar a receita.

Foi em plena serra e no tanque da fonte da Senhora da Agonia que fez a aplicação. Esvaziou o depósito de pedra, tapou-o, deitou-lhe dentro o líquido milagroso, e despiu-se, seguro que ninguém o surpreenderia, porque escolhera a hora da sesta e a capela ficava num ermo. Só ele e a santa podiam olhar aquele monte de carne a apodrecer, a despegar-se, e ao mesmo tempo a dar uma impressão grotesca de renovo, numa proliferação desconforme.

Do mocetão que fora há pouco tempo ainda, restava agora um trambolho, engelhado aqui, balofo adiante, comido de mal da raiz à ponta. Os pés eram patorras informes, onde não se viam unhas nem veias; as pernas, ulceradas, pareciam pinheiros cascalhudos, sangrados sem piedade; no peito, medravam a esmo caroços, sôfregos como cogumelos num toco caruncho. Mas no rosto é que os estragos da devastação se mostravam mais cruéis. Dir-se-ia que lhe tinham colado à cara natural bocados toscos de barro vermelho, numa tentativa demoníaca de caricatura impiedosa. Nenhuma imaginação humana, por mais rica e ruim, seria capaz de deformar tanto a fisionomia dum ser.

Mas ainda assim o Julião teve fé. Olhou-se compassivamente, deixou que duas lágrimas rolassem vagarosamente dos olhos inflamados por sobre os tortulhões dos mlares, e meteu-se dentro da pia.

O azeite fino de Paradela brilhava ao sol como um loiro e delido mel. E o corpo podre, daí a nada, coberto dele, era uma estranha fonte, a deixar escorrer em cascata fios leves e ligeiros, que a luz tornava quase irreais.

Infelizmente, as chagas e os bubões da lepra foram insensíveis ao banho purificador. E o Julião, depois de alguns dias de esperança, incerteza e desilusão, esqueceu-se de si e da sua tragédia, para começar a pensar noutra coisa: reaver os cinqüenta mil réis que dera pelo remédio enganador.

Na mesma vasilha onde o trouxera de Paradela, aí o tinha ele, um pouco mingüado, é certo, mas transparente e perfumado. Quem seria capaz de lho comprar?

Pensou, pensou, e o ódio cada vez mais vivo que tinha a Loivos mostrou-lhe a solução do caso. O Nunes, pois quem havia de ser?

Pela calada da noite, meteu-se a caminho. E quando o dia rompia fresco e limpo, estava ele à porta do vendeiro a oferecer a mercadoria.

- Não compro coisas roubadas – disse o Nunes, com a alma de traficante a fazer contas ao lucro.

- À salvação que não é roubado! Foram-me dando umas pingas, juntei-as, e agora vendo-o por inteiro. Há-de faltar pouco para um cântaro...

- Ora deixa lá ver...

- É fino, que lho digo eu...

- É de azeitonas, olha a riqueza! E não chega à medida... Se queres trinta mil réis... E é se me garantes...

- Então se eu o fosse roubar, não roubaria o cântaro inteiro? Valha-o Deus!...

Os trinta escudos entraram no bolso sujo do Julião, o líquido sumiu-se na fundura de uma talha, e a vida continuou.

Mas depois de o azeite consumido no caldo verde que Loivos comeu nessa semana, sem se saber de onde vinha nem de quem, uma notícia aterradora começou a correr de boca em boca:

- O Julião tomou banho num almude de azeite e vendeu-o depois ao Nunes...

- Ó mulher, nem a rir me digas isso!

- É verdade!

Ficavam como petrificados, invadidos de nojo, agoniados, a deitar contas à última almotolia que tinham comprado. E no fim, quando a dura certeza se lhes impunha, queriam arrancar o estômago, as entranhas, purificar-se da peçonha, vomitar no mesmo instante a lepra de que já se sentiam contaminados.

- Excomungado seja ele nas profundas dos infernos! Que nem os ossos lhe tenham descanso na sepultura! Que nem a terra o coma!

Eram pragas desmedidas, impotentes, saídas de todas as bocas e de todos os corações. Ninguém se lembrava de fazer um exame de consciência a ver se alguma razão poderia atenuar as culpas do desgraçado. Cegamente e instintivamente, atiravam-lhe as piores pedradas que podiam, somente a espumar e a ranger os dentes.

Passada essa hora de pânico, começou a devassa cautelosa ao número exato dos consumidores do veneno. Prudente, a terra queria saber ao certo quem era puro ou impuro.

Para agradar aos mais poderosos, que melhor o podiam defender da ira dos outros, o Nunes ia revelando à boca pequena o nome de alguns fregueses a quem vendera da negada mixórdia. E cada denúncia aumentava o monturo intangível dos condenados. Até que ao fim de pouco tempo contavam-se pelos dedos as exceções. Ou porque o Nunes mentia, ou porque os sujos queriam conspurcar os limpos, ou porque é uma natural tendência dos homens baralhar o jogo, e morra Sansão e quantos aqui estão, segue-se que em breve já não se sabia verdadeiramente quem em Loivos estava maculado ou não. E o recurso era vigiarem-se mutuamente, e cada qual a si mesmo, calados, sorrateiros e apavorados. Esperavam todos pelo brotar da semente maldita que a mão excomungada semeara neles.

Mas como ninguém viu, ao fim de um espaço que lhes parecer de pesadelo, apareceu com sinais do mal, e como as sachas, as regas, as malhadas e as romarias podiam mais do que uns simples litros de óleo engolidos e digeridos, a luz do caso começou a apagar-se.

Estava contudo cada vez mais aceso o rancor ao Julião e as romarias. Ao labéu infamante do seu mal nado e criado no povo, juntara-se o pecado mortal do atentado contra a existência de cada um. E a terra inteira, irreduzivelmente, determinou que aquele filho vil nunca mais lhe pisasse o chão.

Cada vez mais repugnante, o leproso continuava a esmolar pelas redondezas. Depois das crianças, eram agora os adultos que lhe fugiam horrorizados. E a esmola vinha-lhe na ponta dos dedos, ou caía das varandas na copa furada do chapéu. Mas insistia em viver, agradado dos montes, da neve, das árvores, da vida, afinal. A consciência do que fizera àqueles que por ser infeliz o renegaram, arredava-o, temeroso, dos termos do lugar nativo. Olhava de longe a povoação e, embora odiasse os homens, sentia uma ternura singular pelos pardieiros onde o tempo pusera uma beleza que não encontrava em mais parte nenhuma. Fugia contudo dela como de uma perdição.

- De onde é você?

- De Loivos.

E continuava a caminhar no sentido oposto das palavras.

Não estava velho ainda. Se o dedo do destino não lhe tivesse tocado, seria agora um homem no vigor dos anos, cheio de seiva madura e de serena esperança. Mas desmantelado pela gangrena, putrefato e repelente, via a morte aproximar-se dele minuto a minuto.

Foi num Agosto quente, seco, que sentiu a sombra da sua derradeira hora E, por mandato de uma força imperiosa, começou a arrastar-se em direção ao berço.

- Então vossemecê que tal vai? – perguntou-lhe no Fetal uma alma compassiva.

A laringe roída mal podia falar. Regougou:

- Malzinho. Na última.

E lá continuou a empurrar os cepos das pernas e a cabeça medonha e pesada, de abóbora porqueira criada em terra de ruim amanhã.

Entrou na povoação depois da merenda, quando todos regavam. Só a Zulmira lavava roupa no tanque do largo. Mas a rapariga deu tal grito ao vê-lo, chegou à Veiga tão espavorida, que daí a nada, por toda a parte corria gente a acudir. Largavam a água ao deus-dará, deixavam os milhos a estornicar ao sol, e galgavam paredes, saltavam valados, cegos atrás do nome do leproso.

O Julião, entretanto, tivera a noção do perigo em que se metera. E, embora viesse ao encontro da sepultura, por um instinto rudimentar de conservação, virou de rumo e sumiu-se o mais depressa que pôde nos matagais da Bouça.

- Que direção levava?

- Ia pela rua acima – gritava a cachopa, ainda a tremer.

Farejavam desvairados pelos soutos, pelas vinhas, como quem procura um lobo culpado de mil crimes.¹ Armados de forquilhas e de enxadas, batiam maciços, procuravam nas minas, numa excitação raivosa de cães de caça.

- Ele aí está! – denunciou por fim, triunfante, o Carvalhosa, que tinha sido companheiro do Julião nos dias longínquos do Doiro, e que havia comprado de certeza do azeite infernal.

- Aonde?

- Ali!

Não se via vulto nenhum. Apenas o mexer contínuo e linear das urgueiras pelo monte fora revelava a passagem por entre elas de alguém que caminhava lentamente.

- Corram alguns pelo ribeiro e outros subam ao barranco!... – gritou o Lúcio, que os comandava.

- É escusada esta trabalhadeira toda – disse então sinistramente o Ambrósio. – Liquida-se o caso de outra maneira. Quem tem fósforos?

- Eu – respondeu o Alípio sem pensar.

- Dá cá.

Só então compreenderam claramente as intenções do outro. Nos seus corações não estava o castigo tão definido. Mas nenhum quis dar provas de fraqueza ou mostrar falta de zelo pelo bem de Loivos. De resto, a primeira carqueja ardia já.

E foi uma embriaguez de vingança e de animalidade. Uma vez que a fogueira se erguera, todos a queriam atear mais, cegos de calor e de irresponsabilidade. Os codessos desapareciam devorados pela boca das chamas, nuvens de fumo levantavam-se e abriam-se em clarões, e os homens uivavam, gritavam, praguejavam, possessos de crueldade.

- Depressa! Acende ali!

Atrás do Julião o rio de lume rolava como uma avalanche. E o leproso fugia àquele castigo terrível com as forças que lhe restavam, a espetar o toco dos pés nos tojos arnais.

Com ramos secos acesos iam rodeando o monte de pequenas labaredas, que começavam indecisas, fumarentas, e acabavam por se levantar fortes e devoradoras.

- Está cercado! – exclamou por fim o Ambrósio, seguro do êxito, ao ver a roda de lume a apertar a encosta. – Pode correr e saltar, que já não foge.

Alguém, na aldeia, sem ordem do prior, tocava os sinos a rebate. Um alarido de festa circundava o incêndio, que até no céu refulgia abrasador.

- Agora que encomende a alma a Deus...

Exausto, sem uma aberta de esperança, sufocado, o Julião lutava sempre. Células aparentemente mortas acordavam, os nervos destruídos pareciam sentir e reagir, e os olhos, quase cegos, abriam-se num esforço derradeiro para descortinarem um caminho de salvação. O mar de labaredas, porém, era redondo. E quando a fogueira lhe apertou o garrote, deixou-se finalmente cair.

Apesar da palavra maldita que ouvira na mocidade, nunca esperava uma morte assim. Contudo, aceitava agora em paz que ela viesse coroar uma luta tão dura e sem perdão.

- Pronto! – gritou o Ambrósio, num remate que exprimia o alívio de todos. – Já está.

A derradeira ilha de mato acabara de arder e a multidão correu insofrida sobre o chão ainda a fumegar.

Mas o corpo do Julião não estava inteiramente desfeito como desejavam. Era um grande e negro tição, que dificilmente se distinguia do tronco de um sobreiro mal queimado.

Lázaros - Olavo Bilac⁶³³

De todas as enfermidades, de todas as podridões que abatem e roem esta miserável máquina do corpo humano, nenhuma excita em mais alto grau a minha piedade do que a morfêia.

Só!... No meio da agitação da vida, só, entre os que amam, só entre os que riem, só entre os que choram, só entre todos, insulado pela sua hedionda moléstia, o lázaro vive mais abandonado em plena comunhão social do que se estivesse no ermo absoluto do mais inexplorado areal africano. A repugnância de todos, forma, em torno do seu corpo maldito, um como cordão sanitário inviolável. Não poder dar um passo sem propagar em torno o mesmo sentimento de nojo, o mesmo involuntário arrepio geral, o mesmo movimento de recuo! E caminhar pela vida como uma lesma, deixando no chão um rastro viscoso de lodo, - ignóbil massa de cousas ascosas, decomposição ambulante, morto-vivo que passa...

Há quatro anos convivi por espaço de 15 dias com um lázaro, na comunhão de bordo, fechado com ele dentro de um navio, em mar alto. Ainda hoje quando reavivo a recordação desses 15 dias, uma angústia sem nome me esmaga o coração.

Vejo-o ainda... Alto, magro, sempre bem vestido. Sob a deformação das linhas da face, engrossadas pela moléstia, percebia-se-lhe certa distinção. É o que havia de mais triste para mim, na piedade que ele me inspirava, era ver que a deformidade não tornava só repulsiva a sua fisionomia. Tornava-a cômica, de um cômico macabro, diabólico, horrível. Era a fisionomia de um ébrio triste, de um bêbado melancólico.

Alargava-se-lhe o nariz, cujos rebordos inchados e úmidos se reviravam extravagantemente. As maçãs do rosto tingiam-se de um vermelho sujo. Os beiços, medonhamente grossos, uniam-se mal, movendo-se a custo, quase paralisados, entre-abertos sempre, como os de um cadáver, num rictus perpétuo: dentes brancos e perfeitos, fulgurando, entre essas duas postas de carne túrgida, aumentavam ainda a sinistra expressão dessa máscara. Quase nada de sobrancelhas e de pestanas, já. Os olhos pareciam assim maiores, sempre molhados, sempre tristes. E era uma verdadeira máscara de carnaval, meio rindo, meio chorando, numa mistura indefinível de sarcasmo e de dor.

O lázaro, com a consciência do asco que inspirava, andava mal, acanhado, tropeçando, não sabendo o que fazer das mãos, que, quase sempre, lhe pendiam inertes ao longo dos quadris, - mãos enormes, de dedos intumescidos, nós violáceos de articulações perras, unhas que começavam a desapegar-se da carne.

No primeiro dia de viagem, não aparecera. Havia a bordo uma centena de passageiros de primeira classe, gente de toda a espécie, mocinhas trêfegas cujas risadas enchiam a vastidão do mar largo, *toilettes* claras esplendendo ao sol; americanos ricos, em roupas de flanela branca, faixas largas de seda rubra à

⁶³³ BILAC, Olavo. "Lázaros", in *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*. São Paulo: Ano I, nº 3, 30 de junho de 1929, pp. 7-9.

cinta, gorros extravagantes à cabeça, grossos brilhantes ao dedo, e um grande ar de rastaquauerismo em toda a pessoa magestática e presumida; matronas que começavam já a enjoar, sentadas à tolda em largas cadeiras de vime e lona, mulheres de vida airada que regressavam à Europa, a gozar do dinheiro que lhe rendera, no Rio ou em Buenos Aires, a venda do corpo, ou, em viagem de comércio, a contratar nos mercados europeus noviças inexperientes para as suas casas de pensão; militares que deixavam, por *chic*, de usar a farda, mas que davam sempre a impressão de quem vive a arrastar esporas e espadas, caixeiros viajantes, cujas graçolas pesadas animavam todo o navio; uma população heterogênea, misturada ao acaso, travando em um só momento relações que pareciam logo, pela intimidade datar de anos, homens de toda a categoria, agitando-se, rindo, preparando-se para, do melhor modo, ver correr os 15 dias longos de viagem encetada, - longe de terra e da possibilidade de socorro e ajuda, com a necessidade absoluta de considerar amigos inseparáveis pessoas que nunca tinham visto e nunca mais veriam talvez ao cabo dessa quinzena de convivência forçada.

Ao segundo dia, quando todos os viajantes já se conheciam, quando o acanhamento das primeiras horas já se havia dissipado, foi que o lázaro apareceu, na tolda, às duas da tarde, à hora em que os beliches ficam desertos, em que o calor convida à sonolência deliciosa nas *chaises-longues* de lona, com um livro que se não lê às mãos, e o olhar perdido ao longe, no infinito azul do mar e do céu, ou à palestra viva, em grupos espaçados, com a *flirtation* acompanhada de jogos de prendas, de maledicências inofensivas, de anedotas picantes, de controvérsias fúteis.

Subiu a escada e caiu em plena tolda, de repente. Parou um pouco. Fez um cumprimento às pessoas que achou mais próximas, à entrada. Uma comoção sacudiu todos os grupos. Um medo, pânico, cobarde e cruel, torceu todas as faces. E todas as cadeiras se afastaram um momento. Foi como se a própria morte houvesse aparecido...

Ele, compreendendo, hesitou. Esteve um momento a pensar se desceria ou continuaria a passeio, dando volta ao navio. Por fim, decidiu-se a prosseguir. E, de cabeça baixa, humilhado, olhando o chão, adiantou-se no meio de um silêncio de morte. Quando passou por mim, vi-lhe os olhos mais úmidos que de costume, a face mais triste, na sua dolorosa hediondez de máscara ridícula. Quando o pobre desapareceu, descendo a escada oposta, os comentários correram, indignados, a toda.

Levantavam-se protestos contra a Companhia, que permitia a entrada daquilo nos navios. A quando e quando, uma senhora intervinha, comovida, em favor o desgraçado, lastimando-o. Mas, a sua piedade era talvez mais cruel que o rancor dos homens, tal era a expressão de nojo com que a face acompanhava as frases de dó.

Desde esse dia em diante, começou o verdadeiro exílio do pobre homem, a bordo. Tornou-se absoluta a sua solidão. Exílio negro e tremendo, numa aglomeração de mais de 100 pessoas... Naquele navio, a cuja sorte estavam tantas vidas confiadas, e dentro de cujo perímetro a sensação do perigo, o medo do naufrágio, o instinto de conservação uniam todas as almas, todos os

interesses, dos defeitos e todas as virtudes num mesmo laço apertado de solidariedade completa, o lázaro sentiu crescer a animosidade de todos, pouco a pouco, até se transformar em ódio franco, em franca hostilidade agressiva expandindo-se à larga, em gestos evidentes de asco, em frases claras de maldição.

Passou a comer embaixo, no beliche, por cuja porta ninguém passava sem precauções extraordinárias, evitando o contato da aldraba que as suas mãos contaminavam.

E ninguém pronunciava o seu nome: também ninguém o sabia. Dizia-se *aquilo*, aquela coisa, aquela chaga, aquela podridão... O lázaro não saía mais do camarote. E, livre da sua presença, a indignação geral se foi abrandando. Afinal, 6 ou 7 dias passados, já ninguém pensava nele. Foi como se tivesse aparecido a bordo um doente, que morto e atirado ao mar, não houvesse deixado o mínimo vestígio da sua aborrecida demora no meio daquela gente que se divertia, que corria à Europa a ganhar dinheiro ou a gastá-lo, com a alma livre de cuidados e o corpo livre de doenças, tonificado pelo ar puro do mar largo, robustecido pela alimentação farta, repousado pela ausência completa de preocupação e de paixões.

Hoje um concerto, amanhã uma quermesse, e os dias corriam. E só eu, às vezes, pensava no mísero exilado que se via só, no meio do mar, entre as quatro paredes de um beliche negro, cheirando a graxa e azeite, roendo consigo mesmo o seu tédio, a sua melancolia, o seu abandono, o seu desespero...

Uma noite, o lázaro reapareceu. Foi a última vez que o vi.

O navio saíra de Dakar. E uma tempestade fortíssima rebentou. Ao anoitecer, era impossível estar na tolda: o vento soprava ríspido, impetuoso, arrastando tudo consigo. Trovões estalavam, com um eco infinito. E tudo negro. Adivinhava-se, pelo ouvido apenas, que o mar estava ali, temeroso e agitado. Ao relampejar, avistavam-se montanhas altíssimas de água, que desabavam com fragor, retorcendo espumaradas bravias. Todas as senhoras se haviam recolhido aos camarotes. Dos homens, meteramo-nos uns vinte na sala de jogos e, entre o fumo dos charutos e o aroma do punch, organizávamos uma roda de lansquenet.

O jogo animou-se. Já ninguém prestava atenção ao barulho da tormenta lá fora.

No entanto, todo o navio tremia, sacudido, vibrando a cada choque de onda irritada.

As vidraças do *fumoir*, abaixadas, tiniam de minuto a minuto. E sucediam-se os trovões, os relâmpagos. Era preciso que o mar estivesse pavorosamente agitado, para que aquele colossal transatlântico em que estávamos, desse os saltos que dava, obrigando-nos a segurar os luizes de outros das paradas e as cartas que dançavam sobre o pano verde da mesa.

Repentinamente, não sei porque, entre duas sortes felizes, lembrei-me do lázaro.

E, levantando os olhos não pude conter um movimento brusco, de sobressalto, vendo-o à porta da saleta de jogo, olhando para nós com uma fixidez ansiosa de olhar, que nunca mais esquecerei...

Li nesse olhar indefinível tamanho desespero, tão sobre-humana angústia, tão aterradora amargura, que fiquei a olhá-lo, carinhosamente, com um sorriso à boca, sem falar, para não chamar a atenção dos outros. Todos entregues à comoção do jogo, estavam incapazes de reparar em coisa alguma. Fiquei imóvel, sorrindo para o pobre condenado. E a fisionomia dele me dizia tudo: o terror de se ver sozinho, naquela noite de espanto e de mistério, o cansaço da alma fraca demais para suportar o peso formidável da solidão, e um agradecimento claro à minha piedade, ao meu dó, à minha carícia de irmão, toda a sua vida aos meus pés, para me pagar o consolo do sorriso que eu lhe concedera...

Chegara a minha vez de dar cartas. Abaixei os olhos para a mesa. Sentia-me feliz, sabendo-o perto e consolado. Não nos falava, mas ouvia-nos, via-nos, estava junto de homens, e não era repelido... E esse momento só de convivência por incompleta e enganadora que ela fosse, apagava-lhe todos os vestígios da incompreendida agonia dos dias passados.

Quando levantei de novo o olhar, vi que ele se aproximara de uma mesa de jogo vazia, do lado oposto ao nosso.

E, distraidamente, certo sem pensar no que fazia, pôs-se a revolver nas mãos inchadas e vermelhas um baralho de cartas. Mas, justamente nesse instante, um dos parceiros o avistou. Com o grito de contrariedade que deu, voltaram-se todos. Oh!Pegar em cartas de que todos usavam!...

Um murmúrio de indignação cresceu entre os jogadores, subiu, mudou-se em saraivada de doestos, e exclamações injuriosas.

Recolheram-se as paradas. As moedas de ouro retiniram, embolsadas à pressa.

Ele, por um momento, parou. Fugiu depois, correndo para o beliche...

De longe, vi-lhe ainda por algum tempo as costas sacudidas por soluços.

Desde esse dia o *lansquenet* só se fez a bordo com baralhos novos em folha. Mas, também, desde esse dia o lázaro não saiu do camarote.

Procurei vê-lo várias vezes, em vão. Insisti, bati-lhe à porta. A porta só se abria par ao criado que lhe levava a comida. E cheguei a Lisboa, sem que uma palavra do meu amor e da minha piedade pudesse dar algum alívio, ao seu desespero...

Anos depois, em Ouro Preto, encontrei outro morfético, em circunstâncias igualmente enternecedoras.

Era fora da cidade, numa estrada larga que margeia um morro antigamente explorado pelos mineiros.

Quase noite. Já tudo desaparecia, confusamente na escuridão. De espaço a espaço, eu via abrir-se mais negra, na no negro flanco do morro, a boca de uma mina abandonada. E, nessas escavações se sucediam regularmente, atupidas de trevas.

Mas de uma delas jorrou de repente uma claridade fraca. Parei, espantado de que entes humanos vivessem na umidade e no horror daquela fumaça.

Com efeito, vozes abafadas conversavam lá dentro. E estava a indagar de mim mesmo que miséria imensa forçaria homens a buscar a abrigo em covas de que até mesmo lobos fugiriam, quando senti que alguém se aproximava.

Era uma menina, miseravelmente vestida. Vinha de cima, do morro; e, sobre o fundo rubro-pálido do céu, a sua figurinha se destacava tristemente, saiate esburacado, pés nus, cabelo louro despenteado. Passou perto de mim, tão perto, que pude ver que levava às mãos dois pratos em que fumegava comida. Chegou. Desapareceu no covil habitado.

Aproximando-me, examinei o interior da mina. Ardia no chão um fogo escasso de gravetos, alumando vagamente as paredes negras, que suavam umidade. Ao fundo, havia uma cama feita de molhos de capim mirrado. Roupa lavada secava, estendida em cordas.

E, recebendo o jantar que lhe levava a menina, vi o habitante da sinistra casa, vestido de uma sorte de comprida camisola de pano grosso.

Era um lázaro. Era um homem a quem a enfermidade hedionda impunha a dolorosa obrigação de poupar ao resto dos homens o contato do seu corpo apodrecido, e forçava a transformar-se num selvagem, habitando, como Caliban da epopéia shakespereana, uma caverna rude, no seio da Natureza piedosa.

Ah! Felizmente para aqueles que têm a carne infiltrada de sânie, as plantas verdes ligam menos importância do que os homens à matéria miserável, que é a mesma nos lábios da mulher que beijamos e na corolla da rosa que cheiramos! E, mais indiferentes à podridão humana e mais generosa do que nós, as árvores não escorraçam da sua convivência os leprosos, com medo de que o contágio da lepra lhes manche com placas de gangrena as túnicas triunfais de que se cobrem, e lhes intoxiquem a seiva de que se alimentam...

O texto abaixo é reprodução de propaganda veiculada pela Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Foi encontrado em vários números do periódico *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*, como também em alguns livros publicados e divulgados por ela. A citação desta página foi retirada da quarta capa de HOFFMAN, M. H. *O tratamento precoce da lepra*, editado por aquela Sociedade, no ano de 1931, época em que pequenos livros para leitura fácil, rápida e dinâmica eram veiculados por ela servindo à educação sanitária da população.

“O vós que possuis um lar; que viveis abençoados pelo carinho das criaturas cuja companhia escolheste; que tendes, todos os dias, um sol bom que vos vivifica; que descobris, na natureza, toda a poesia que vosso coração reclama, descei um olhar à estrada castigada ou ao tugúrio e encontrareis, então, corpos rendados de chagas, corações picados de sofrimento.

A morfêia lhes dificultou a aquisição, pelo trabalho, do pão necessário e os atirou para além das fronteiras do mundo onde tudo lhes é negado.

Reabilitai esses vossos irmãos, não pela piedade que amesquinha, pela caridade que humilha, mas pela solidariedade que nobilita.

Ressuscitai, na vossa ternura, tantas bondades escondidas, inteligências ensombradas por um serial de penas, energias estacadas.

Auxiliai, enfim, pela Raça e pelo Brasil, a obra da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra”.

Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941

Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério Educação e Saúde, e dá outras providências.

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 180 da Constituição, decreta:

Art. 1º Ao Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministro da Educação e Saúde, compete:

a) promover a realização de inquéritos, pesquisas e estudos sobre as condições da saúde, sobre as questões de saneamento e higiene, e bem assim sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento;

b) superintender a administração dos serviços federais nados à realização das atividades mencionadas na alínea anterior, e ainda das que tenham por objetivo promover, de qualquer maneira, medidas de conservação e melhoria da saúde, assim como, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças;

c) estabelecer a 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;

d) organizar cursos de aperfeiçoamento sobre assuntos médicos e sanitários.

Art. 2º O Departamento Nacional de Saúde compor-se-á dos seguintes órgãos:

I. Serviço de Administração.

II. Divisão de Organização Sanitária.

III. Divisão de Organização Hospitalar.

IV. Instituto Oswaldo Cruz.

V. Serviço Nacional de Lepra.

VI. Serviço Nacional de Tuberculose.

VII. Serviço Nacional de Febre Amarela.

VIII. Serviço Nacional de Malária.

IX. Serviço Nacional de Peste.

X. Serviço Nacional de Doenças Mentais.

XI. Serviço Nacional de Educação Sanitária.

XII. Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

XIV. Serviço de Saúde dos Portos.

XIV. Serviço Federal de Águas e Esgotos.

XV. Serviço Federal de Bioestatística.

XVI. Sete Delegacias Federais de Saúde.

Art. 3º São feitas nas repartições ora existentes e incluídas no âmbito do Departamento Nacional de Saúde às seguintes modificações:

1) Ficam extintos o Gabinete do Diretor Geral e o Serviço de Expediente, passando suas atribuições a ser exercidas pelo Serviço de Administração, ora criado.

2) Ficam extintas a Divisão de Saúde Pública e a Divisão de Assistência Hospitalar, passando as funções que ora lhes cabem a ser desempenhadas pelos seguintes órgãos, ora criados: Divisão de Organização Sanitária, Divisão de Organização Hospitalar, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Malária e Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina. A Divisão de Organização Sanitária e a Divisão de Organização Hospitalar ficarão afetas, respectivamente, além do problema da organização geral dos serviços sanitários e hospitalares do país, as atividades de superintendência de quaisquer serviços incluídos na ação federal e para cuja realização não exista o competente órgão especializado.

3) Ficam incorporados e fundidos no Serviço Nacional de Malária, o Serviço de Malária da Baixada Fluminense e o Serviço de Malária do Nordeste. Este último terá, todavia, organização separada do Serviço Nacional de Malária, enquanto permanecer sob a administração Contratada da Fundação Rockefeller.

4) Ao Instituto Oswaldo Cruz competirá além da realização dos trabalhos de pesquisa pura e de ciência aplicada e da fabricação de produtos de aplicação na medicina preventiva e curativa, a execução dos exames de laboratório necessários às exigências dos serviços federais de saúde e à ação em geral do Departamento Nacional de Saúde.

5) Ficam extintas a Divisão de Assistência a Psicopatas e o Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, passando as suas atribuições e atividades a ser exercidas pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, ora criado.

6) O Serviço de Propaganda e Educação Sanitária passa a denominar-se Serviço Nacional de Educação Sanitária.

7) Ao Serviço Federal de Águas e Esgotos caberá, além das atribuições de caráter nacional que lhe forem fixadas em regimento, a execução das atividades reservadas à administração federal quanto aos serviços de águas e de esgotos do Distrito Federal.

8) A Secção de Bioestatística, a que se refere o art. 134 da lei nº 378, de 13 de janeiro de 1.937, passa a constituir Serviço Federal de Bioestatística.

9) É o território nacional, para efeito da administração das atividades gerais do Departamento Nacional de Saúde, dividido em oito regiões, a saber: 1ª Região, constituída pelo Distrito Federal e pelos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo; 2ª Região constituída pelo Território do Acre e pelo Estado do Amazonas; 3ª

Região, constituída pelos Estados do Pará, e Maranhão; 4ª Região, constituída pelos Estados do Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte; 5ª Região, constituída pelos Estados da Paraíba, Pernambuco e Alagoas, 6ª Região, constituída pelos Estados de Sergipe, Baía e Espírito Santo; 7ª Região, constituída pelos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; 8ª Região, constituída pelos Estados de Goiás e Mato Grosso. A sede da 1ª Região é o Distrito Federal e nela operarão diretamente as Divisões de Organização Sanitária e de Organização Hospitalar. As sedes das outras regiões serão, respectivamente, Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, São Salvador, Porto Alegre e Cuiabá. Às delegacias federais de saúde competirá fazer, na medida em que isto for julgado conveniente, pela direção geral do Departamento Nacional de Saúde, inspeção sobre o funcionamento das atividades executadas diretamente pelos órgãos especiais a que se refere o art. 2º, ns. IV a XV, e bem assim executar as atividades que se tornarem necessárias à efetivação do disposto no art. 1º alínea c.

10) Ficam extintas a Inspetoria dos Serviços Especiais e a Inspetoria de Engenharia Sanitária do antigo Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, transferido à administração municipal.

Art. 4º Passarão a ser executadas, a partir de 1 de janeiro de 1942, pelo Estado do Rio Grande do Sul, as atividades ora a cargo do Serviço Antivenéreo das Fronteiras.

Parágrafo único. O Presidente da República, ouvido o governo estadual, fixará anualmente, para o ano seguinte, a contribuição financeira federal para a execução das atividades sanitárias de que trata o presente artigo.

Art. 5º O Departamento Nacional de Saúde terá um diretor geral, padrão R, nomeado em comissão. Os Serviços Nacionais de Malária, de Peste, de Tuberculose e de Lepra e o Serviço Federal de Águas e Esgotos serão dirigidos por diretores, padrão P, nomeados em comissão. As Divisões componentes do Departamento Nacional de Saúde, o Serviço Nacional de Doenças Mentais, o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, o Serviço de Saúde dos Portos e o Serviço Federal de Bioestatística serão dirigidos por diretores, padrão N, nomeados em comissão. Os estabelecimentos hospitalares constitutivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais serão dirigidos por diretores, padrão L, nomeados em comissão.

§ 1º Ficam criados os seguintes cargos em comissão: 1 diretor geral do padrão R, 4 diretores do padrão P, 6 diretores do padrão N e 1 diretor do padrão L.

§ 2º Fica criada a função de chefe do Serviço de Administração, com a gratificação anual de 6:000\$0 (seis contos de réis).

Art. 6º Ficam extintos os seguintes cargos em comissão: o de diretor geral do Departamento Nacional de Saúde (do padrão P), os de diretores do Serviço de Malária do Nordeste (do padrão O), das Divisões de Saúde Pública, de Assistência Hospitalar e de Assistência a Psicopatas, do Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, do Serviço de Malária da Baixada Fluminense (todos do padrão N), do Laboratório de Saúde Pública (do padrão M), e o de inspetor da Inspetoria dos Serviços Especiais (do padrão M).

Art. 7º Fica aberto o crédito especial de 381:600\$000 (trezentos e oitenta e um contos e

seiscentos mil réis) para atender, ao corrente exercício, às despesas de pessoal, correspondentes aos cargos e à função, criados no presente decreto-lei.

Art. 8º Este decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 2 de abril de 1941, 120º da Independência e 53º da República.

Getúlio Vargas

Gustavo Capanema

Francisco Campos

A. de Souza Costa

DECRETO Nº 968, de 7 de maio de 1962

Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País e dá outras providências.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE MINISTROS, usando das atribuições que lhe confere o artigo 18, Inciso III do Ato Adicional,

Resolve baixar as seguintes Normas Técnicas Especiais relativas ao Combate à Lepra no País, de acordo com os artigos 24 e seus parágrafos e 131 do Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961 e obedecendo o dispositivo do artigo 8º do mesmo,

Decreta:

Art. 1º A profilaxia da lepra será realizada:

I - Mediante a execução das seguintes tarefas, de responsabilidade dos serviços especializados:

- 1 - Estudos e pesquisas;
- 2 - Preparo de pessoal técnico;
- 3 - Inquéritos epidemiológicos;
- 4 - Procura sistemática de doentes;
- 5 - Tratamento;
- 6 - Educação sanitária;
- 7 - Assistência social;
- 8 - Limitação dos movimentos das fontes de contágio;
- 9 - Vigilância sanitária.

II - Através de medidas gerais preventivas de caráter sanitário ou extra-sanitário executadas pela administração pública, visando a elevação do nível de saúde das populações.

Parágrafo único. 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.

Art. 2º O Governo, incentivará, auxiliará e manterá o funcionamento de centros de estudos e pesquisas sobre a lepra, objetivando preferencialmente armas específicas contra a referida doença.

Art. 3º Caberá ao Governo a realização de cursos e estágios leproológicos para médicos, enfermeiros, laboratoristas e outras auxiliares, com o fim de prepará-los e aperfeiçoá-los técnica e administrativamente.

§ 1º De acordo com o presente artigo, os que forem diplomados por esses cursos terão preferência no preenchimento de cargos e funções relacionados com o problema.

§ 2º O preparo do pessoal técnico o administrativo será feito sem colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública e as a ela equiparadas ou a as reconhecidas.

§ 3º Os serviços de lepra estimularão a inclusão do ensino da leprologia nas disciplinas em que a matéria deva ser estudada.

Art. 4º A procura sistemática dos doentes de lepra será realizada, principalmente, mediante:

- a) Vigilância sanitária dos contatos e suspeitos;
- b) Verificação de denúncias e notificações;
- c) Exames em coletividades;
- d) Investigação de focos.

§ 1º Os contatos de lepra serão obrigatoriamente submetidos a exames leproológicos, periódicos, com intervalos máximos de um ano.

§ 2º Os exames dos comunicantes se estenderão por um prazo não inferior a 6 anos, contados a partir da data do último contato com a fonte de infecção.

§ 3º A juízo da autoridade sanitária, poderão ser dispensados dos exames os contatos de doentes com bacteriscopia reiteradamente negativa, bem como os lepromino-positivos (++ e +++).

§ 4º A prática de notificações será incentivada por meios adequados, junto à classe médica, sendo conservado em sigilo o nome do notificante.

§ 5º Todos os casos de denúncias ou notificações serão obrigatoriamente examinados e investigados.

§ 6º Os exames em coletividades serão realizados em grupos populacionais do interesse epidemiológico.

§ 7º A autoridade sanitária procurará, com o fim de descobrir casos novos de lepra, interessar todas as organizações oficiais, autárquicas para-estatais e particulares que possam vir a ter conhecimento de doença do mal de Hansen.

§ 8º O hábito dos exames periódicos de saúde deverá ser estimulado pelos Serviços de Lepra.

§ 9º Os serviços de lepra deverão realizar completa investigação epidemiológica de todos os casos de lepra a qual consistirá essencialmente na colheita de todos os dados e informações possíveis de valor epidemiológico referentes ao doente, aos seus comunicantes e à fonte de contágio, no registro delas em fichas adequadas, e na verificação e providências posteriores.

Art. 5º É obrigatório o tratamento específico dos doentes de lepra, tendo também em vista a aplicação das seguintes medidas:

a) prevenção das deformidades pelos métodos não cirúrgicos.

b) correção cirúrgica das deformidades permanentes.

§ 1º O tratamento será feito em domicílio, em dispensário ou em sanatório para doentes de lepra e gratuitamente quando realizado por entidades oficiais.

§ 2º Para efeito de controle de tratamento os doentes de lepra serão obrigados a se submeter a exames pelo menos, de três (3) em três (3) meses.

§ 3º Será incentivado o tratamento em clínicas universitárias e em instituições oficiais e particulares, com o fornecimento de medicamentos específicos, com orientação técnica e fiscalização do Serviço de Lepra, mediante o que fôr ajustado.

§ 4º O Serviço Nacional de Lepra expedirá instruções sobre a metodologia dos ensaios terapêuticos com relação à lepra.

Art. 6º A educação sanitária será exercida junto aos doentes, suas famílias, comunicantes e, principalmente por intermédio dos líderes declarasse, à população em geral.

Art. 7º O Estado prestará a devida assistência social aos doentes de lepra e aos seus dependentes.

§ 1º Aos doentes internados ou não, quando necessário, será promovida a sua recuperação ocupacional, sua readaptação e sua reintegração social.

§ 2º Os doentes de lepra serão divididos em quatro categorias do ponto de vista de seus estigmas:

a) os incapacitados seriamente para tomar parte ativa na vida.

b) os que sofrendo deformidades, possam produzir trabalhos de valor econômico sob condições especiais.

c) os que são forçados a abandonar sua antiga ocupação e necessitam habilitar-se para novo emprego.

d) os que apenas precisam de auxílio para encontrar trabalhos, não constituindo estorvo os estigmas da doença.

§ 3º A assistência social aos doentes isolados em leprocômios terá por fim criar, nesses estabelecimentos, condições de vida digna e confortável e que se aproxime, tanto quanto possível do convívio na sociedade.

§ 4º O Estado somente prestará assistência judiciária e extra-judiciária, gratuita, aos doentes de lepra internados em leprocômios e aos seus dependentes, de modo a lhes resguardar os interesses patrimoniais e familiares perante as autoridades e particulares.

Art. 8º Será assegurado aos enfermos de lepra, portadores de formas clínicas contagiantes, o direito de movimentação, que poderá, entretanto, sofrer limitações nas eventualidades:

a) de não possuir o enfermo as condições econômicas que garantam sua subsistência na forma requerida pelo seu estado de saúde.

b) de não possuir o enfermo domicílio que satisfaça os requisitos mínimos de proteção aos demais conviventes.

c) de o enfermo, embora satisfazendo os itens anteriores não acatar as determinações relativas ao seu tratamento regular e as recomendações que visem a eliminar os riscos da disseminação.

§ 1º Os estabelecimentos mantidos por particulares serão registrados nos serviços de lepra e ficarão subordinados à sua fiscalização.

§ 2º Em circunstâncias especiais, a juízo da autoridade sanitária competente, os casos de lepra, passíveis de se tornarem rapidamente não bacilíferos, poderão ser internados em hospitais gerais ou em casas de saúde, desde que alojados em acomodações adequadas e observadas as instruções baixadas pelo Serviço Nacional de Lepra.

§ 3º A manutenção dos doentes em leprocômios oficiais será gratuita; nesses estabelecimentos poderá haver alojamentos especiais para doentes contribuintes, que ficarão, entretanto, sujeitos à disciplina e ao regime neles em vigor.

§ 4º A limitação dos movimentos a que se refere o presente artigo será praticada mediante internação em leprocômios oficiais ou particulares.

§ 5º Os doentes de lepra contagiantes e os passíveis de se tornarem infectantes não poderão desempenhar qualquer emprego ou profissão que os ponham em contato direto com o público, nem residir em habitações coletivas.

§ 6º A proibição constante do parágrafo anterior só será aplicada após o estudo detalhado de cada caso e somente em situações que possam concorrer para a disseminação da moléstia.

Art. 10 As crianças nascidas em leprocômios serão imediatamente afastadas da genitora e colocadas de preferência em meio familiar em pupileiras comuns e na sua falta em estabelecimentos especializados.

Parágrafo Único. As crianças nascidas em focos da lepra serão afastadas de acordo com a situação de cada caso e a critério da autoridade sanitária competente.

Art. 11. A prática dos testes lepromínicos e de recursos que possam provocar a resistência nos indivíduos face à infecção leprosa e ao desenvolvimento da doença será estabelecida em instruções expedidas pelo Serviço Nacional de Lepra.

Art. 12. A vigilância sanitária sobre os doentes de lepra não internados será efetuada principalmente mediante:

a) visitas periódicas nos seus domicílios por médicos, enfermeiros, visitantes, guardas sanitários e outros servidores, com o fim de verificar se são cumpridas as determinações da autoridade sanitária com relação ao tratamento e à condições em que vivem os doentes e dos que com eles residem;

b) reexames clínicos e laboratoriais;

c) verificação de suas ocupações para que não sejam exercidas as que forem

vedadas.

Art. 13. O Governo poderá atribuir a entidades particulares, quando integradas na luta contra a lepra, a responsabilidade da prestação total ou parcial de assistência social aos doentes e seus dependentes, quando as referidas entidades submetidas à orientação e fiscalização da autoridade sanitária.

Art. 14. As Leis sociais com respeito à lepra deverão ser revistas e adaptadas aos novos conceitos da leprologia, pelo menos, de cinco em cinco anos.

Parágrafo único. Não deverão constituir motivo para aposentadoria ou reforma os casos de lepra tuberculóide tórpida e os indeterminados lepromino-positivo (++ e +++), mediante parecer da autoridade sanitária especializada.

Art. 15. Aos doentes internados em leprocômios deverão ser proporcionados meios para aprendizagem profissional necessária à sua readaptação, bem como aos não hospitalizados que dela careçam.

§ 1º A readaptação deve ser processada desde o internamento do doente, seguindo-se durante o tratamento e terminando com o estabelecimento do indivíduo em uma atividade estável e apropriada a seu estado. Do mesmo modo quanto ao doente não internado, desde o início do seu tratamento.

§ 2º Todo processo de readaptação do doente deve ficar, no curso de sua execução, sob o controle médico com o fim de evitar ou desaconselhar atividade física ou intelectual incompatível com seu estado de saúde.

§ 3º O doente internado, desde que lavrado o laudo de "Transferência para Dispensário", não poderá permanecer no leprocômio, devendo o serviço de assistência social prestar toda a cooperação para sua reintegração na comunidade.

Art. 16. É atribuição das Unidades Federativas e execução de luta contra a endemia leprótica.

§ 1º As medidas de combate à lepra poderão ser realizadas através de unidades não especializadas de saúde pública, orientadas e fiscalizadas, para garantir a homogeneidade, continuidade e eficiência dos trabalhos, por serviços especializados.

§ 2º Às Unidades Federativas será facultado entregar ao Serviço Nacional de Lepra, mediante acordo bilateral, a execução, parcial ou total, das tarefas de profilaxia de lepra.

Art. 17. Para execução de atividade visando o combate à lepra, o Serviço Nacional de Lepra expedirá instruções para a suspensão, parcial ou total, temporária ou definitiva, das medidas sanitárias a que estão sujeitos os pacientes de lepra.

Art. 18. O Serviço Nacional de Lepra elaborará as instruções necessárias à perfeita aplicação destas Normas.

Art. 19. Ficam revogados os artigos 133 e 183 do Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

Art. 20 Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

'Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade' –

Uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)

Laurinda R. Maciel

Brasília, DF, em 7 de maio de 1962; 141º da Independência e 74º da República.

Tancredo Neves

Souto Maior

Lei nº 9.010, de 29 de maio de 1995

Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O termo "Lepra" e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros.

Art. 2º Na designação da doença e de seus derivados, far-se-á uso da terminologia oficial constante da relação abaixo:

Terminologia Oficial	Terminologia Substituída
Hanseníase	Lepra
Doente de Hanseníase	Leproso, Doente de Lepra
Hansenologia	Leprologia
Hansenologista	Leprologista
Hansênico	Leprótico
Hansenóide	Lepróide
Hansênide	Lépride
Hansenoma	Leproma
Hanseníase Virchoviana	Lepra Lepromotosa
Hanseníase Tuberculóide	Lepra Tuberculóide
Hanseníase Dimorfa	Lepra Dimorfa
Hanseníase Indeterminada	Lepra Indeterminada
Antígeno de Mitsuda	Lepromina
Hospital de Dermatologia	Leprosário, Leprocômio
Sanitária, de Patologia	
Tropical ou Similares	

Art. 3º Não terão curso nas repartições dos Governos, da União e dos Estados, quaisquer papéis que não observem a terminologia oficial ora estabelecida, os quais serão imediatamente arquivados, notificando-se à parte.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

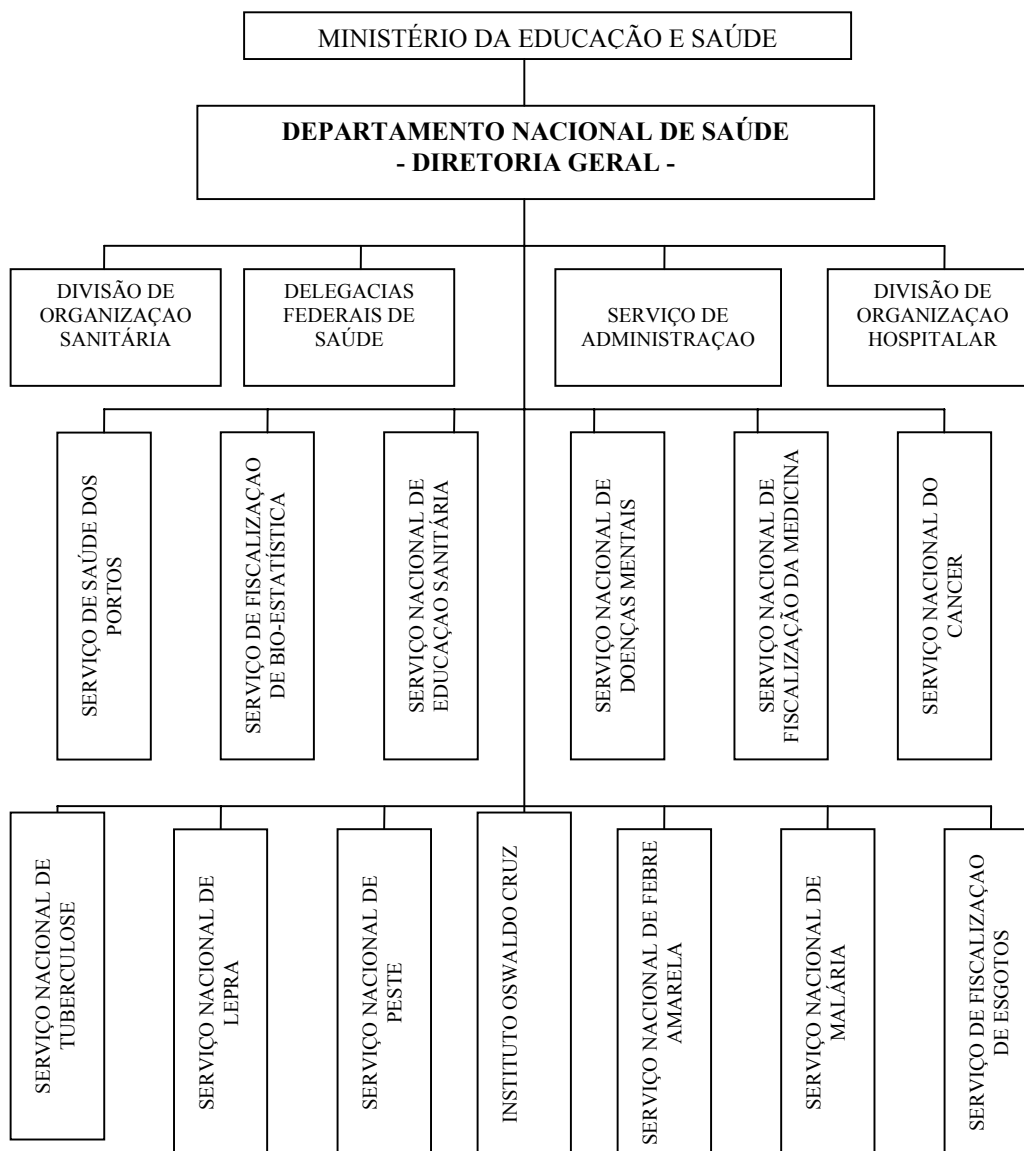
Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 29 de março de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene

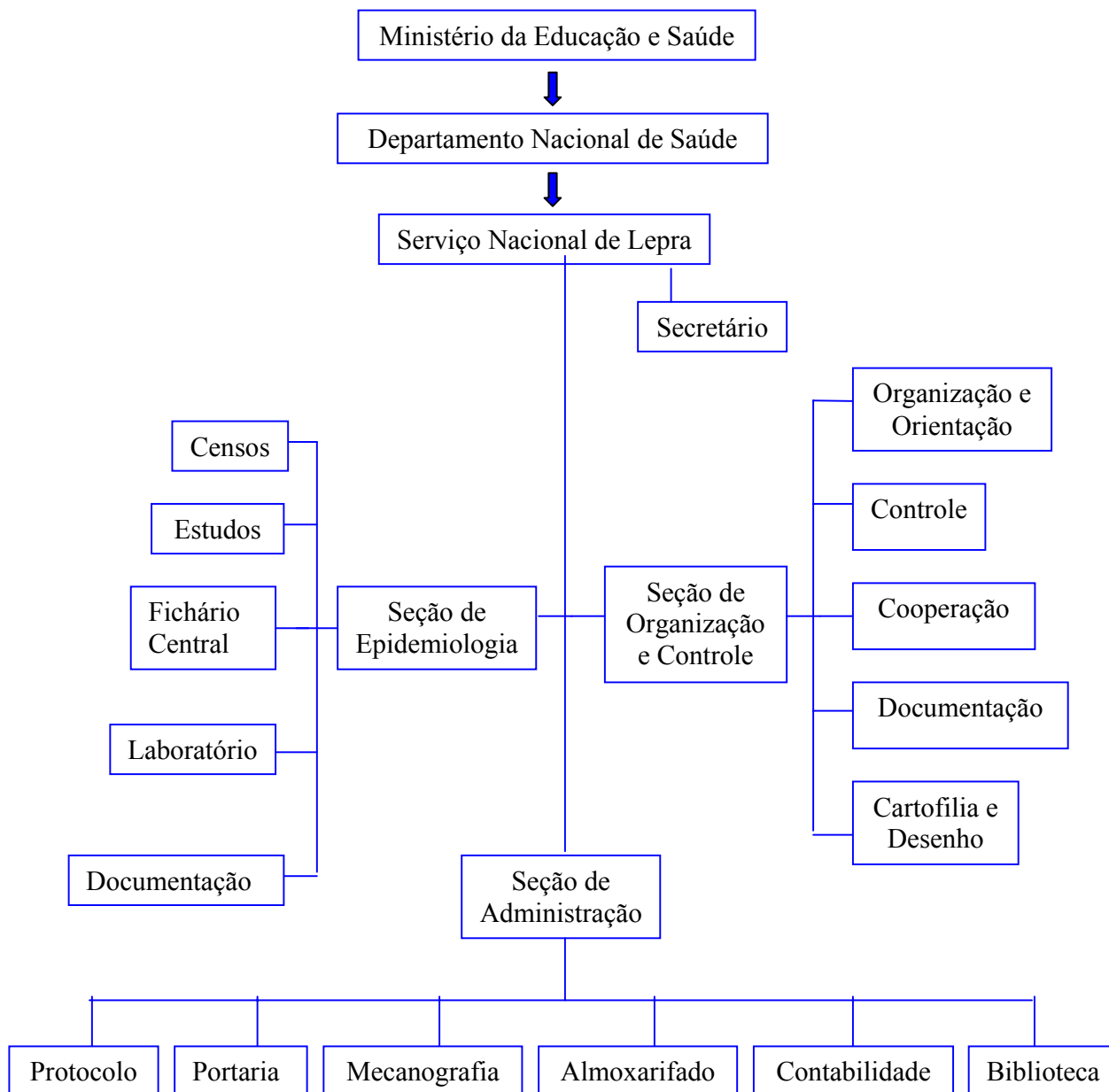
Organograma do Departamento Nacional de Saúde – 1942



Fonte:

BARRETO, João de Barros. "A organização da saúde pública no Brasil", in *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XII, nº 2, pp. 169-215, 1942.

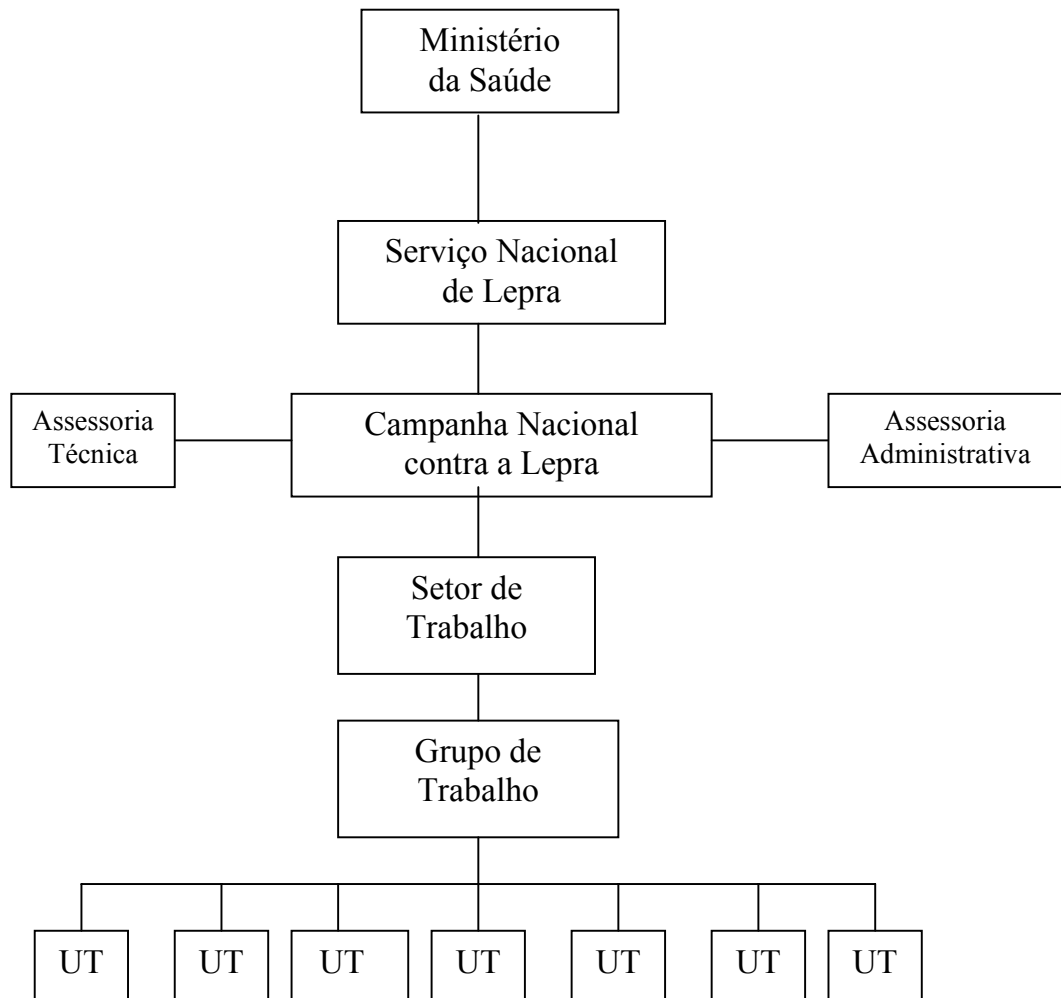
Organização do Serviço Nacional de Lepra em 1944



Fonte:

AGRICOLA, Ernani. "SERVIÇO NACIONAL DE LEpra - Relatório das suas atividades no ano de 1944", in *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano III, nº 1, 1945, pp. 7-237.

Organograma da Campanha Nacional contra a Lepra



UT = Unidade de Trabalho

FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FONTES ARQUIVÍSTICAS

Arquivos da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

Fontes Textuais

Fundo IOC – Departamento de Medicina Tropical – Laboratório de Hanseníase

Arquivo Pessoal - Belisário Penna

Arquivo Pessoal - Carlos Chagas Filho

Arquivo Pessoal - Família Chagas

Arquivo Pessoal - Heraclides César de Souza-Araújo

Fontes Iconográficas

Fundo IOC – Arquivo Iconográfico

Fundo Souza-Araújo – Arquivo Iconográfico

Fontes Filmográficas

Hospital Colônia de Curupaity para hansenianos – novas instalações; 1939.

Educandário Santa Maria e o combate ao Mal de Hansen; 1943.

Visita presidencial ao Pavilhão do Educandário Carlos Chagas, preventório para filhos de hansenianos em Juiz de Fora, Minas Gerais; 1945.

O combate à lepra no Brasil; 1946.

Colônia de Mirueira: Vila dos hansenianos; sem data.

Os melhores anos de nossas vidas; 2002. Documentário de Andrea Pasquini; distribuição Fiocruz Vídeo, formato DVD, 65 minutos.

Fontes Oraís –

Fundo Casa de Oswaldo Cruz - Acervo sonoro da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Projeto de pesquisa: *Memória e história da hanseníase no Brasil através de seus depoentes (1960-2000)*

Abraão Rotberg - maio de 2002, quatro fitas.

Adilson Pereira dos Santos - julho de 2004, duas fitas.

Fuad Abílio Abdala - maio de 2002, duas fitas.

Luis Aurélio Alves Orsini – novembro de 2001, uma fita.

Lygia Madeira César de Andrade - agosto de 2001 e abril de 2003, três fitas.

Maria Eugênia Noviski Gallo - fevereiro de 2005, duas fitas.

Maria Leide Wan-Del-Rey de Oliveira - dezembro de 2004, quatro fitas.

Osmar Mattos - outubro e dezembro de 2002, três fitas.

René Garrido Neves - outubro de 2002, cinco fitas.

Rubem David Azulay - outubro de 2002, três fitas.

Arquivo do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/ Fundação Getúlio Vargas (CPDoc/FGV)

Arquivo Pessoal Gustavo Capanema.

FONTES IMPRESSAS

Artigos

“A propaganda educativa, grande arma no combate à lepra’ (Resolução da Conferência Internacional de Leprologia, realizada em Manila – 9 a 27 de janeiro de 1931)”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s.e., Ano IV, nº 37, abril de 1932, p. 12.

“Academia Nacional de Medicina – Sessão comemorativa do seu 102º aniversário – Um belo discurso de Miguel Couto”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s.e., Ano III, nºs 27 e 28, junho e julho de 1931, pp. 36-38.

“Ante-projeto do Regulamento Sanitário – Elaborado pela Seção Técnica de Saúde Pública da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência, com a cooperação de comissões de especialistas, dentro do prazo fixado no artigo 15 do decreto 24 814, de 14/7/1934, e entregue ao Exmo. Sr. Ministro da Educação e Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Ano V, nº 2, dezembro de 1935, pp. 115-228.

“Associação Brasileira de Leprologia – V Reunião dos Leprólogos Brasileiros – Curitiba, maio, 1953”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XII, nº2, junho de 1953, pp. 186-193.

“Atribuições do Serviço Nacional de Lepra e programa de ação”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano II, nº 2, junho de 1943, pp. 5-7.

“Comentários e relatórios”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano II, nº 2, abril de 1941, pp. 133-138.

- “Conclusões do Seminário sobre a Profilaxia da Lepra - Belo Horizonte, 30/06 a 07/07 de 1958”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XIX, nº 1, Janeiro de 1959, pp. 3-12;
- “Conclusões finais aprovadas pela segunda Conferência Pan-Americana de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VI, nº 4, outubro de 1946, pp. 177-193.
- “Constituição da congregação das servas de Jesus flagelado”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IX, nº 3, setembro de 1950, pp. 83-95.
- “Cultura de plantas antilépticas, atividades experimentais e outros estudos”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano II, nº 2, junho de 1943, pp. 87-88.
- “Editorial”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: Ano I, nº 1, 30 de abril de 1929, p. 3.
- “Editorial”. *Revista de Leprologia de São Paulo*. São Paulo: Ano IV, nº 1, março de 1936, p. 3.
- “Exposição do dr. Orestes Diniz, Diretor do Serviço Nacional da Lepra, perante os Parlamentares na Câmara dos Deputados, em torno do Anteprojeto de Lei criando a Campanha Nacional contra a Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVIII, nº 1, janeiro de 1958, pp. 4-40, publicado ainda no Diário do Congresso Nacional, de 14 de junho de 1957, pp. 3797-3803.
- “Instruções de Serviço – Expedidas pela Directoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-social”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Ano V, nº 1, junho de 1935, pp. 153-190.
- “Na capital da terra branca – O leprosário de Aymorés”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s.e., Ano IV, nºs 31 e 32, Outubro e novembro de 1931, p. 28.
- “Noticiário – A União e o problema da lepra”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: Ano IV, nº 3, setembro de 1936, pp. 391-392.
- “Noticiário - II Conferência Panamericana de Lepra - Regimento”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VI, nº 3, julho de 1946, pp. 143-146.
- “Noticiário - Medidas práticas para melhor articulação dos serviços e estabelecimentos de combate à lepra com a Seção de Epidemiologia visando manter atualizado o Fichário Central do SNL”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano IX, nº 2, abril de 1949, pp. 123-127.
- “Noticiário - Reunião dos Leprólogos Brasileiros e Argentinos – A classificação Sul-Americana de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VI, nº 2, abril de 1946, pp. 87-89.
- “Noticiário - Sobre o emprego do BCG em lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XX, nºs 3 e 4, setembro e dezembro de 1961, pp. 175-184.

- “Noticiário – V Congresso Internacional de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VIII, nº 2, abril de 1948, pp. 165-193.
- “Noticiário – VI Congresso Internacional de Leprologia”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XIII, nº4, outubro de 1953, pp. 322-324.
- “Noticiário - Visita do Dr. H. W. Wade – Impressões preliminares em torno do problema da classificação”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, Ano 19, setembro de 1938, nºs. 1 e 2, pp. 69-77.
- “O Brasil será visitado pelo maior leprologista do mundo”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s. e., Ano IV, nºs 31 e 32, outubro e novembro de 1931, p. 38.
- “Relatório da Campanha Nacional contra a Lepra”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: vol. 22, nºs 1/2, 1963, p. 112.
- “Serviço Nacional de Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano IV, nº 1, janeiro de 1944, pp. 59-63.
- “Sessão de 27-4-938 da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: setembro de 1938, nºs 1 e 2, pp. 51-52.
- “Transcrições – VI Congresso Internacional de Leprologia”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XIII, nº1, março de 1954, pp. 26-48.
- “Um pouco de brasilidade – O Brasil nas Conferências Internacionais”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IX, nº1, março de 1950, pp. 5-9.
- “V Reunião de Leprólogos Brasileiros em Cambuquira e Sanatório Santa Fé”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVII, nº3, julho de 1957, pp. 245-250.
- “VII Congresso Internacional de Leprologia – Tóquio – Novembro – 1958”. *Revista Brasileira de Leprologia*: São Paulo, Vol. 27, nº1, janeiro-março de 1959, pp. 39-66.
- AGRÍCOLA, Ernani. “Situação da lepra no Brasil – Organização do fichário central”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano II, nº 2, junho de 1943, pp. 45-59.
- _____. “Atividades do SNL em 1943 (Trechos do relatório apresentado ao Diretor Geral do DNS)”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 1, março de 1945, pp. 52-65.
- _____. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1944”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano III, nº 1, 1945, pp. 7-238.
- _____. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1945”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. IV, nº 1, junho de 1946, pp.11-186.

- _____. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1948”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. VII, nº 2, dezembro de 1946, pp. 7-98.
- _____. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1947”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. VII, nº 1, maio de 1949, pp.7-137.
- _____. “Métodos administrativo e pessoal convenientes às campanhas contra a lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XII, nº 3, setembro de 1953, pp. 199-206.
- _____. “Instituto de Leprologia – Um pouco de sua história”. *Instituto de Leprologia – Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Lepra, 1970, pp. 9-10.
- ALMEIDA, Theophilo de. “O papel da educação sanitária na prophylaxia da lepra”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 1, nº 1, 1927, pp. 175-185.
- ALMEIDA, Waldemar de. “Medicamentos novos”. *Archivos Brasileiros de Medicina*. Rio de Janeiro: vol. II, nº 1, 1912, p. 81.
- ALONSO, Avelino Miguez. “A assistência social ao doente de lepra, (palestra ao microfone da PRA2, do MES, em 13/9/45)”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 83-86.
- ANDRADE, Raymundo Sylla Castro de. “A importância do dispensário na Campanha de profilaxia da lepra (palestra ao microfone da PRA2, do MES, em 11/10/45)”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 90-92.
- ARAÚJO, Sebastião Ferreira de. “Relatório dos serviços executados no município de Guia Lopes pelo dr. Sebastião Ferreira de Araújo, médico recenseador do SNL”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte, Ano III, nº 2, abril de 1943, pp. 119-123.
- ARAÚJO, Oscar da Silva. “Profilaxia da lepra e das doenças venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano I, nº 2, 1927, pp. 195-254.
- BAETA, João Damasceno. “Campanha Nacional contra a Lepra – Relatório de 1957”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. XVII, nº 4, dezembro de 1958.
- BARRETO, João de Barros e FONTENELLE, J. P. “O sistema dos centros de saúde no Rio de Janeiro”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 5, nº 1, 1935, pp. 83-115.
- BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano V, nº 1, junho de 1935, pp. 119-130.

- _____. “Problemas Regionais – Distrito Federal – Lepra”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano V, nº1, junho de 1935, pp. 139-140.
- _____. “A III Conferência Pan-Americana de Directores Nacionais de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VI, nº2, agosto de 1936, pp. 135-179.
- _____. “Exposições e resumos – Problemas Nacionais – Lepra”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº 1, 1937, pp. 131-146.
- _____. “Normas para uma organização estadual de Saúde Pública – Conferência proferida na Associação Médica do Paraná, em 20 de novembro de 1937”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº 2, novembro de 1937, pp. 339-370.
- _____. “Serviços federais de saúde em 1937” *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VIII, nº 1, fevereiro de 1938, pp. 81-243.
- _____. “Organização moderna da luta contra a lepra: A campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VIII, nº 2, novembro de 1938, pp. 245-261.
- _____. “A Conferência de 1940 da Repartição Sanitária Pan Americana – Exposição apresentada ao Exmo. Sr. Ministro da Educação e Saúde pelo Delegado do Brasil, dr. João de Barros Barreto”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 11, nº 1, junho de 1941, pp. 183-215.
- _____. “As realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XII, nº 1, abril de 1942, pp. 7-300.
- _____. “A organização da saúde pública no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano XII, nº 2, agosto de 1942, pp. 169-215.
- _____. “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 13, nº 1, abril de 1943, pp. 7-444.
- _____. “O Departamento Nacional de Saúde em 1943”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 14, nºs 1 e 2, abril-agosto de 1944, pp. 7-574.
- _____. “O Departamento Nacional de Saúde em 1944”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 15, nºs 1 e 2, março-junho de 1945, pp. 5-551.
- BARROS, José Martins de. “Editorial”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo, vol. 30, nº 3, julho-setembro de 1962.
- BECELLI, Luiz Marino. “Simpósio sobre a epidemiologia e a profilaxia da lepra (1933-1953)”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: Sociedade Paulista de Leprologia, vol. 22, nºs 3 e 4, setembro e dezembro de 1954, pp. 157-230.
- BECELLI, Luiz Marino e QUAGLIATO, Reynaldo. “A importância do isolamento hospitalar dos doentes contagiantes na profilaxia da lepra – 2ª Conferência Panamericana, Rio, 1946.”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*: Rio de Janeiro, vol. V, nº 3, 1947, pp. 243-275.

- BELLO, Pedro de. “Considerações a respeito do registro de lepra em uma região do sudoeste do estado de Minas Gerais, no período de 1943-70” *Boletim da Divisão Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXX, n°s 1 e 2, 1971, pp. 87-90.
- CÂMARA, Jaime. “Integração do ex-hanseniano na vida diária em sociedade”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVII, n° 1, janeiro de 1957, pp.86-88.
- CAMPOS, Gil Garcia de. “A colônia de Mirueira – Moderno leprosário para doentes de lepra em Pernambuco”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano II, n° 3, setembro de 1943, pp. 23-27.
- CASTELO BRANCO, Fausto Gayoso. “Relatório das atividades do exercício de 1963”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXIII, n°s 1 a 4, 1964, pp. 77-202.
- CASTELO BRANCO, Fausto Gayoso. “Relatório do Diretor do Serviço Nacional de Lepra, sobre as atividades durante o ano de 1964”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXIV, n°s 1 a 4, 1965, pp. 163-279.
- CASTRO, Inácio de. “Classificação”. In: BRASIL. Serviço Nacional de Lepra. *Manual de Leprologia*. Rio de Janeiro: SNL, 1960, p. 78.
- CRUZ, Oswaldo. “Uma questão de higiene social”. *O imparcial*. Rio de Janeiro: n° 211, 3 de julho de 1913.
- DEL FAVERO, Wandyck. “Subsídios para o planejamento e programação das atividades de controle da lepra no Brasil”. *Boletim da Divisão Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: n°s 3/4, 1970, pp. 47-74.
- _____. “Integração das tarefas de controle da lepra nas unidades sanitárias não especializadas”. *Boletim da Divisão Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXX, n°s 1 e 2, 1971, pp. 69-86.
- DEL FAVERO, Wandyck; FONTE, Joir e BLUTH, Alfredo. “Integração de unidades sanitárias não especializadas no controle da lepra (Primeiros resultados da campanha-piloto no Estado do Rio de Janeiro)”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. XV, n° 3, 1956, pp. 217-241.
- DINIZ, Orestes. “Como intensificar a luta contra a lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*: Belo Horizonte, Ano XVII, n°3, julho de 1957, pp. 251-257.
- _____. “Novos moldes na luta contra a lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVIII, n°4, outubro de 1958, pp. 241-251.
- _____. “O controle da lepra nas áreas altamente endemizadas”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Serviço de Lepra de Minas Gerais, n° 2, abril de 1955, pp. 83-86.
- _____. “Exposição de motivos perante a Câmara de Deputados em torno do ante-projeto de lei criando a Campanha Nacional contra a Lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVIII, n° 1, Janeiro de 1958, pp. 4-40.

- _____. “Profilaxia da lepra no Brasil – Plano atual da campanha e sua execução”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: vol. XVII, nº 3, setembro de 1958, pp. 231-245.
- FAGET, G.H.; JOHANSEN, F.A. e ROSS, Hilary, sister. “Sulfanilamide in the treatment of leprosy”. *Public Health Reports*. USA: Vol. 57, nº 50, December 11, 1942. Republicado no mesmo periódico em November-december 1975, vol. 59, nº 6, pp. 486-489.
- FARINA, Roberto. “Cirurgia plástica e reparadora da cabeça na lepra”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: vol. 21, nº 4, dezembro de 1953, pp. 261-265.
- FONTE, Joir. “Um programa mínimo de propaganda e educação sanitária para a campanha de profilaxia da lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano III, nº2, junho de 1944, pp. 36-47.
- _____. “A assistência social ao doente de lepra (palestra ao microfone da PRA2, do MES, em 19/4/45)”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*: Rio de Janeiro, Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 79-82.
- _____. “Dr. Ernani Agrícola”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XIII, nº 1, março de 1954, pp. 5-6.
- FONTE, Joir Gonçalves da; PLASENCIA FILHO, Felix e GONZALEZ, José Pereira. “Noticiário - Reorganização do Serviço Nacional de Lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. 25, nºs 1/2, 1966, março-junho, pp. 59-62.
- FRAGA, Clementino. “Introdução ao relatório dos serviços do departamento nacional de saúde pública”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano II, nº 1, maio de 1928, pp. 203-209.
- FRÓES, Heitor Prager. “O Departamento Nacional de Saúde em 1946”; *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 17, nºs 3 e 4, setembro-dezembro de 1947, pp. 7-407, (publicado em 1949).
- _____. “O Departamento Nacional de Saúde em 1947”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 18, nºs 1 a 4, março-dezembro de 1948, pp. 7-237.
- HENRIQUES, Genaro. “Considerações sobre o valor da educação sanitária na zona rural”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*: Belo Horizonte, Ano I, nº 2, abril de 1941, pp. 99-102.
- HERMONT, Hylton. “Relatório dos trabalhos do Censo Extensivo de lepra no município de Alto Araguaia, Mato Grosso”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano V, nº 2, junho de 1946, pp. 23-59.
- HORTA, Antonio Carlos. “II Conferência Panamericana de Lepra – Reparos ao esquema da classificação Sul Americana”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano VI, nº4, outubro de 1946, pp. 165-169.
- LUTZ, Adolpho. “Sobre a lepra – Sessão de 2/10/1912”. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro: Ano I, nº 1, 1912, p. 51.

- LUTZ, Adolpho; SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de; FONSECA, Olympio Oliveira Ribeiro da. “Viagem científica no Rio Paraná e a Assuncion com volta por Buenos Aires, Montevideo e Rio Grande”. *Memórias do IOC*. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, Ano X, nº2, 1918, pp.104-173.
- MACHADO, Cristiano. “A solução de um mal que é um flagelo”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano I, nº 1, janeiro de 1941, pp. 5-6.
- MARTINS, Inácio Tostes. “Relatório dos trabalhos desenvolvidos no município de Ipanema”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano V, nº 2, junho de 1946, pp. 80-92.
- _____. “Relatório de censo de leprosos – realizado no município de Raul Soares – Minas Gerais”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano VI, nº 1, março de 1947, pp. 35-40.
- MELO, Vicente Feijó de. “Atividades sanitárias contra a lepra no Brasil”. *Folha Médica*. Rio de Janeiro: 1942.
- NEVES, René Garrido e outros. “Alguns resultados práticos das pesquisas do Instituto de Leprologia”. *Boletim da Divisão Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXX, nºs 1 e 2, 1971, pp. 57-68.
- ONOFRE, Orlando José de Paiva. “Controle da lepra”. *Boletim da Divisão Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Vol. XXX, nºs 3/4, 1971, pp. 13-18.
- ORSINI, Olynto. “Visita ao Sanatório-Colônia de Trillo (Espanha) – Outubro de 1953”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XIV, nº2, abril de 1954, pp. 110-113.
- PARREIRAS, Décio. “Anotações acerca do isolamento nosocomial na lepra. A Colônia do Iguá (Estado do Rio)”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº 1, 1937, pp. 99-108.
- PEIXOTO, Perilo. “Editorial”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Vol. 22, nºs 1 e 2, 1947, pp. 5-7.
- _____. “Editorial”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Vol. 23, nº 1, março de 1948, pp. 67-68.
- _____. “Notícias e comentários – Editorial”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Vol. 23, nº 2, junho de 1948, pp. 143-144.
- PEREIRA, Antonio Carlos. “Método de profilaxia da lepra”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XX, nº 1, Janeiro de 1960, pp. 3-12;
- PORTUGAL, Hildebrando. “A orientação do tratamento da lepra em dispensário”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VI, nº 1, Abril de 1936, pp. 75-81.
- _____. “Diagnóstico da lepra pelo laboratório”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VI, nº 2, agosto de 1936, pp. 37-65.

- _____. “Notas epidemiológicas sobre a lepra no Distrito Federal (1934-1936)”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Ano VII, nº 2, novembro de 1937, pp. 277-293.
- _____. “O professor Rabelo leprólogo – Necrológio”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Ano XV, nº 3, 1940, pp. 190-194.
- RABELLO, Eduardo. “Noticiário – Visita do Dr. H. W. Wade – Impressões preliminares em torno do problema da classificação”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Rio de Janeiro: Ano XIII, nºs 1 e 2, setembro de 1938, pp. 69-77.
- RISI, João Baptista. “Comentário sobre o plano de experimentação terapêutica elaborado pelo Serviço Nacional de Lepra - Palestra proferida ao microfone da P.R.A.2 do Ministério da Educação e Saúde”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano IV, nº 4, dezembro de 1945, p. 9.
- _____. “O isolamento na profilaxia da lepra”. *Arquivos do Serviço Nacional da Lepra*: Rio de Janeiro, vol. IV, nº 1, junho de 1946, pp. 145-149;
- ROCHA, Henrique. “Aspectos da luta contra a lepra nos Estados do extremo norte do país, (palestra ao microfone da PRA2, do MES, em 25/10/45)”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro, Ano IV, nº 3, setembro de 1945, pp. 87-89.
- ROTBERG, Abraão. “Some aspects of immunity in leprosy and their importance in epidemiology, pathogenesis and classification of forms of the disease. Based on 1529 lepromin-tested cases”. *Revista Brasileira de Leprologia*: São Paulo: vol. V, nº 45, 1937.
- _____. “A doença de Hansen e a lepra”. *O Estado de São Paulo*, Atualidade Científica, 12/05/1968.
- _____. “‘Hanseníase’, novo nome oficial da ‘lepra’ em São Paulo, e seus resultados profiláticos”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXIX, nºs 1 e 2, março de 1970, pp.11-18.
- ROTBERG, Abraão e BECHELLI, Luiz Marino. “Proposições para a proteção social dos hansenianos, suspeitos e comunicantes”. *Revista Brasileira de Leprologia*. São Paulo: vol. XVII, nº2, junho de 1949, pp. 81-89.
- SCHEIDT, Ary. “Profilaxia da lepra”. *Boletim da Divisão Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XXIX, nºs 3 e 4, setembro-dezembro de 1970, pp. 85-96.
- SILVA, Cândido. ‘Etiologia’, In: BRASIL - Serviço Nacional de Lepra. *Manual de Leprologia*. Brasília: Serviço Nacional de Lepra, 1960, pp. 30-36.
- SMOLENS, Mitchell Sum. “Literatura leproológica nacional – Palestra realizada na P.R.A.2, do Ministério da Educação e Saúde, pelo dr. Mitchell Sum Smolens, em 4 de outubro de 1945”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano IV, nº3, setembro de 1945, pp. 93-95.
- SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. “O tratamento da lepra”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: s. e. Ano III, nº 25, abril de 1931, pp.1-2.

- SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. “Plano geral da campanha contra a lepra no Brasil”. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*. Ano XVI, nº 11, 1933, pp. 337-341.
- STANCIOLI, José e SALOMÃO, Abraão. “Considerações à margem do relatório da Comissão de Terapêutica do V Congresso Internacional de Lepra (Havana)”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano X, nº2, abril de 1950, pp. 108-112.
- STANCIOLI, José. “O papel dos dispensários em face dos modernos conhecimentos leproológicos”. *Arquivos Mineiros de Leprologia*. Belo Horizonte: Ano XVIII, nº 3, Julho de 1958, pp. 194-208;
- TERRA, Fernando. “Lepra e Nastina”. *Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia*. Rio de Janeiro: Ano I, nºs 1 a 3, 1912, p. 41.
- TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo. “O primeiro aniversário do Asylo-colônia de Santo Angelo”. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo: Heros Graphica Editora, Ano I, nº 2, 31 de maio de 1929, p. 3.
- TINOCO, Durval Guimarães. “Prevenção da lepra na infância”. *Boletim do Serviço Nacional da Lepra*. Rio de Janeiro: Ano XVII, nºs 3 e 4, setembro/dezembro de 1957, pp. 69-71.
- UZÊDA, Vergílio de. “Dificuldades na organização e direção dos serviços de saúde pública”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº1, maio de 1937, pp. 83-94.
- VIEIRA, F. Borges. “São Paulo – Plano de reorganização dos Serviços Sanitários apresentados pelo respectivo Diretor”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano V, nº1, junho de 1935, pp. 143-151.

Livros

- ALONSO, Avelino Miguez. *Lepra dimorfa – Fundamentos de sua conceituação*. Tese de livre docência, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado da Guanabara, 1966.
- Anais da Primeira Conferência Nacional de Assistência Social aos Leprosos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.
- SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. *História da lepra no Brasil – Volume III, Período Republicano (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LEPROLOGIA. *Simpósio sobre profilaxia da lepra*. Rio de Janeiro: IBGE, 1964.
- BRASIL – Serviço Nacional de Lepra. *Manual de Leprologia*. Rio de Janeiro: SNL, 1960.
- BRASIL – Associação Brasileira de Leprologia. *Simpósio sobre profilaxia da lepra*. Guanabara: s. e., 1964.

- BRASIL. *Instituto de Leprologia – Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Lepra, 1970.
- CAMPOS, Nelson de Souza; BECHELLI, Luiz Marino e ROTBERG, Abraão. *Tratado de Leprologia – Vol. 5: Epidemiologia e Profilaxia*. Rio de Janeiro: MES/DNS/SNL, 1944.
- CASTELO BRANCO, Fausto Gayoso. *Campanhas Sanitárias e Campanha Nacional Contra a Lepra*. Rio de Janeiro: s.e., 1965.
- CHAUSSINAND, Roland. *La Lèpre*. 2^{ème} edicion. Paris: ESF, 1950.
- DINIZ, Orestes. *Profilaxia da Lepra (Evolução e aplicação no Brasil)*. Rio de Janeiro: s.e., 1960.
- _____. *Nós também somos gente (Trinta anos entre leprosos)*. Rio de Janeiro: Livraria São José, 1961.
- HOFFMAN, M. H. *O tratamento precoce da lepra*. São Paulo: Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1931.
- JEANSELME, Edouard. *La lèpre*. Paris: Doin et C., 1934.
- KUBITSCHKEK, Juscelino. *Programa de Saúde Pública do candidato*. Rio de Janeiro: L. Niccolini S/A, 1955.
- NEIVA, Arthur. *Considerações sobre o problema da lepra – A lição de São Paulo: suas iniciativas e grande exemplo*. Rio de Janeiro: s. e., 1940.
- PINOTTI, Mario. *Programa de Saúde Pública do candidato Juscelino Kubitschek*. S.l., s.e., 1955
- ROCHA, Raul. *Da lepra, o essencial*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1942.
- ROGERS, Leonard e MUIR, Ernest. *Lepra*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1937.
- SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. *A prophylaxia rural no Estado do Paraná: esboço de geographia médica*. Curitiba: Livraria Econômica, 1919.
- _____. *A lepra – estudos realizados em 40 países (1924-1927)*. Rio de Janeiro: Tipographia do IOC, 1929.
- _____. *História da lepra no Brasil – Período Republicano (1890-1952) - Volume III*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.
- TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo Ribas. *Como eu vejo o problema da lepra e como me vêem os que o querem manter*. São Paulo: Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1934.

BIBLIOGRAFIA

Dicionários e obras de referência

BELOCH, Israel e ABREU, Alzira Alves de. *Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro – 1930-1983*. Rio de Janeiro: FGV, 1984.

HOUAISS, Instituto Antonio. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Livros

ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente – Da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ARMUS, Diego (org.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina*. Buenos Aires: Editorial Norma, 2002.

AZULAY, Rubem David. *De Moisés a abin – Contribuição judaica à história da medicina*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

BENCHIMOL, Jayme Larry (coord.). *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1990.

_____. *Dos micróbios aos mosquitos – Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.

BENEVIDES, Maria Vitória de Mesquita. *O governo Kubitschek – Desenvolvimento econômico, estabilidade política, 1956-1961*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

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

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2001.

BOUTIER, Jean e JULIA, Dominique. *Passados recompostos – campos e canteiros da História*. Rio de Janeiro: FGV/UFRJ, 1998.

BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Góes de. *Saúde e previdência – Estudos de Política Social*. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRITTO, Nara. *Oswaldo Cruz - A construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BROWNE, Stanley George. *A lepra na Bíblia – estigma e realidade*. Viçosa: Ultimato, 2003.

BURKE, Peter (org.). *A escrita da história - Novas perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1992.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

- CARDOSO, Ciro e VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da História – Ensaio de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo à Vênus – A luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados – O Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Cia. das Letras, 1999.
- CARVALHO, Maria Alice Rezende de (org.). *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2001.
- CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de e FARIA, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.
- CHARTIER, Roger. *A História Cultural - Entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.
- CLARO, Lenita Barreto Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CROSBY, Alfred W. *The columbian exchange – Biological and cultural consequences of 1492*. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1973.
- CUNNINGHAM, Andrew and WILLIAMS, Perry (ed.). *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão – Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- DANTES, Maria Amélia M. (org.). *Espaços da ciência no Brasil (1800-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- DEBROEY, Steven. *Nós, os leprosos*. São Paulo: Loyola, 1983.
- DEFOE, Daniel. *Um diário do Ano da Peste*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2002.
- DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente - 1300-1800 – Uma cidade sitiada*. São Paulo: Cia. das Letras, 1999.
- ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- ENGEL, Magali. *Os delírios da razão – Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ESCOBAR, Arturo. *Encountering Development – The making and unmaking of the third world*. New Jersey: Princeton University Press, 1995.
- FAUSTO, Boris. *A Revolução de 30 - Historiografia e História*. São Paulo: Brasiliense, 1970.
- _____. *Trabalho urbano e conflito social*. São Paulo: DIFEL, 1977.

- _____. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2003.
- FEE, Elizabeth e ACHESON, Roy M.. *A History of education in public health – Health that mocks the doctor's rules*. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- FERNANDES, Tania Dias. *Vacina Antivariólica – ciência, técnica e o poder dos homens*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.
- FERREIRA, Jorge. *Trabalhadores do Brasil: o imaginário popular*. Rio de Janeiro: FGV, 1997.
- FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (orgs.). *O Brasil republicano – O tempo do nacional-estatismo: do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FONSECA FILHO, Olympio da. *A Escola de Manguinhos – Contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil*. São Paulo: s.e., 1974.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- GARRETT, Laurie. *A próxima peste – Novas doenças num mundo em desequilíbrio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.
- GINZBURG, Carlo. *Mitos, emblemas, sinais - Morfologia e História*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.
- _____. *História Noturna – Decifrando o Sabá*. São Paulo: Cia. das Letras, 1991.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- _____. *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOMES, Ângela de Castro. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 1994.
- _____. (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- _____. *O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.
- _____. (org.). *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- GRMEK, Mirko D. *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale – Recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec préhistorique, archaïque et classique*. Paris: Payot, 1983.
- HERSCHMANN, Micael; KROPF, Simone e NUNES, Clarice. *Missionários do progresso – Médicos, engenheiros e educadores no Rio de Janeiro (1870-1937)*. Rio de Janeiro: Diadorim, 1996.

- HERZLICH, Claudine e ADAM, Philippe. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: EDUSC, 2001.
- HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego (orgs). *Cuidar, controlar, curar – Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento - As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.
- IBASE. *Saúde e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983.
- LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s.d.
- LEPARGNEUR, Hubert. *O doente, a doença e a morte – Implicações sócio-culturais da enfermidade*. Campinas: Papirus, 1987.
- LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil – Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: IUPERJ/Revan, 1999.
- LINHARES, Maria Yedda (org.). *História Geral do Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- LUZ, Madel. *Medicina e ordem política brasileira - Políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MACHADO, Roberto *et alii*. *Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MACIEL, Hortêncio Ribeiro e MIRANDA, Clélia Albino Simpson de. *O amor à vida não me faltou – trajetória de um ex-doente de hanseníase*. João Pessoa: Editora da UFPB, 2003.
- MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura (orgs). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.
- MAIO, Marcos Chor (org.). *Ciência, política e relações internacionais – Ensaio sobre Paulo Carneiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz e UNESCO, 2004.
- MARANHÃO, Carlos. *Maldição e Glória – A Vida e o Mundo do escritor Marcos Rey*. São Paulo: Cia. das Letras, 2004.
- MARTINS, Roberto de Andrade. *Contágio – História da prevenção das doenças transmissíveis*. São Paulo: Moderna, 1997.
- McNEILL, William H. *Plagues and peoples*. New York: Anchor Books Edition, 1989.
- MERHY, Emerson Elias. *A saúde pública como política. São Paulo, 1920-1948. Os movimentos sanitários, os modelos técnico-assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá – Lutas e ideais*. Rio de Janeiro: PLG, 1980.
- OLIVEIRA, Lúcia Lippi; VELLOSO, Mônica Pimenta e GOMES, Angela Maria Castro. *Estado Novo – Ideologia e Poder*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

- ORNELLAS, Cleuza Panisset. *O paciente excluído – História e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Revan, 1997.
- PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.
- PORTER, Dorothy. *The history of public health and the modern State*. Amsterdam-Atlanta, GA: Rodopi, 1994.
- PORTER, Roy e WEAR, Andrew. *Problems and methods in the History of medicine*. London: Croom Helm, s.d.
- QUEIROZ, Marcos de Souza e PUNTEL, Maria Angélica. *A endemia hansênica: Uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- RANGER, Terence e SLACK, Paul. *Epidemics and ideas: Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press: 1992.
- RIBEIRO, Maria Eurydice de Barros (org.). *A vida na Idade Média*. Brasília: UnB, 1997.
- RICHARDS, Jeffrey. *Sexo, desvio e danação – As minorias na Idade Média*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.
- RISSE, Guenter B. *Mending bodies, saving souls – A history of hospitals*. New York: Oxford University Press, 1999.
- ROGERS, Naomi. *Dirt and Disease: Polio before FDR*. New Jersey: Rutgers University Press, 1996.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Unesp; Rio de Janeiro/Abrasco, 1994, 2ª edição.
- ROSENBERG, Charles e GOLDEN, Janet (orgs.). *Framing disease – Studies in Cultural History*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992.
- ROSENBERG, Charles E. *Explaining Epidemics and Others Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- ROTBERG, Abraão. *Noções de hansenologia*. São Paulo: Fundação Paulista Contra a Hanseníase, 1977.
- SÁ, Dominichi Miranda de. *A ciência como profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- SANSARRICQ, Hubert (coord.). *La lèpre*. Paris: Ellipses, 1998.
- SEVCENKO, Nicolau. *Literatura como missão – Tensões sociais e criação cultural na Primeira República*. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- _____. (org.). *História da vida privada no Brasil - República: da Belle Époque à era do rádio*. São Paulo: Cia. das Letras, 1998.
- SHAPIN, Steven. *A social history of truth – Civility and Science in Seventeenth-Century England*. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.

- SILVA, Rebeca de Souza e DE MORELL, Maria Graciela González (orgs.). *Mário Magalhães da Silveira - Política Nacional de Saúde Pública – A trindade desvelada: economia-saúde-população*. Rio de Janeiro: Revan, 2005.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SOURNIA, Jean-Charles e RUFFIE, Jacques. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1986.
- STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira – Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova/Fiocruz, 1976.
- TALHARI, Sinésio; NEVES, René Garrido; PENNA, Gerson Oliveira e OLIVEIRA, Maria Leide Van-Del-Rey de. 4ª edição. *Hanseníase – Dermatologia Tropical*. Manaus, s.e., 2006.
- TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Banco de la Republica, Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.
- TRONCA, Italo A. *As máscaras do medo – Leproids*. Campinas: Unicamp, 2000.
- WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. *Reforma administrativa na era de Vargas*. Rio de Janeiro: FGV, 1983.
- WATTS, Sheldon. *Epidemics and History – Disease, Power and Imperialism*. New Haven and London: Yale University Press, 1997.
- WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar – Medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928*. Santa Maria/Bauru: Editora da UFSM e Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999.
- YEKUTIEL, P. *Erradication of infectious diseases – A critical study*. New York: Kanger, 1980.

Artigos de periódicos, capítulos de livros e manuscritos

- BENCHIMOL, Jaime e SÁ, Magali Romero. “Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 10 (supplement – Leprosy: a long history of stigma), pp. 49-93, 2003.
- BENCHIMOL, Jaime. “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 10, nº1, jan-abril 2003, pp. 13-83.
- BENEVIDES, Maria Vitória. “O governo Kubitscheck: a esperança como fator de desenvolvimento”. In: GOMES, Ângela de Castro (org.). *O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: FGV, 2002, pp. 21-38.

- BÉNIAC, Françoise. “O medo da lepra”. In: LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, s.d., pp. 127-145.
- BOURDIEU, Pierre. “O campo científico”. In: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu – Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983, pp. 122-155.
- CABRAL, Dilma. “A lepra e os novos referenciais da medicina brasileira no final do século XIX. O Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros”. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de e MARQUES, Rita de Cássia (orgs.). *Uma história brasileira de doenças – Vol. 2*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006, pp. 147-178.
- CAMPOS, André Luis Vieira de. “Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública”. In: GOMES, Ângela de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000, pp. 195-220.
- _____. “O Instituto de Assuntos Interamericanos e seu programa de saúde no Brasil: políticas internacionais, respostas locais”. *Transit Circle – Revista Brasileira de Estudos Americanos*. Vol. 4 (nova série), 2005, pp. 78-95.
- CARMICHAEL, Ann G. “Leprosy”. In: *The Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge University Press, 1999, pp. 834-839.
- CARVALHO, Maria Alice Rezende de e LIMA, Nísia Trindade. “O argumento histórico nas análises de saúde coletiva”. In: FLEURY, Sônia (org.). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, pp.117-142.
- CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. “O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, IUPERJ, vol. 28, nº 2, 1985, pp. 193-210.
- _____. “A reforma sanitária ‘pelo alto’: O pioneirismo paulista no início do século XX”. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, IUPERJ, vol. 36, nº3, 1993, pp. 361-392.
- _____. “Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica”. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego (org.). *Cuidar, controlar, curar – Ensaio histórico sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp.249-293.
- CUNHA, Vivian da Silva. “As certezas biomédicas na lepra”. Mimeo, 2004.
- _____. “Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra: Ciência, Saúde e Relações Internacionais no Brasil do Entre-Guerras”. Projeto de Tese de Doutorado. Mimeo, 2005.
- CUNNINGHAM, Andrew. “Transforming plague – The laboratory and the identity of infectious disease”. In: CUNNINGHAM, Andrew and WILLIAMS, Perry (ed.). *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp. 209-243.

- DIAS, Ivone Marques. “Alguns aspectos sobre a lepra na Idade Média em Portugal”. In: RIBEIRO, Maria Eurydice de Barros (org.). *A vida na Idade Média*. Brasília: UnB, 1997, pp. 94-121.
- DWYER, Ellen. “Stories of epilepsy, 1880-1930”. In: ROSENBERG, Charles e GOLDEN, Janet (orgs.). *Framing Disease – Studies in Cultural History*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992, pp. 248-272.
- FARO, Clovis de e SILVA, Salomão L. Quadros da. “A década de 1950 e o Programa de Metas”. In: GOMES, Ângela de Castro (org.). *O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: FGV, 2002, pp. 67-105.
- FARIA, Lina Rodrigues de. “A intervenção federal na saúde pública durante a Primeira República”. In: CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio e FARIA, Lina Rodrigues de (orgs.). *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: Edusf, 2003, pp. 19-100.
- FERRO, Edson Ribeiro e FONSECA, Pedro Henrique Miranda. “A educação sanitária na luta contra a hanseníase”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*. Rio de Janeiro: Ano 61, nº 5, 1987, pp. 343-345.
- FONSECA, Cristina M. Oliveira. “A saúde da criança na política social do primeiro governo Vargas”. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS, Vol. III, nº 2, 1993, pp.97-115.
- HAMILTON, Wanda e FONSECA, Cristina. “Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 10, nº 3, pp. 791-825, set-dez. 2003.
- HOCHMAN, Gilberto. “A saúde pública em tempos de Capanema: Continuidades e inovações”. In: BOMENY, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV, 2001, pp. 127-151.
- HOCHMAN, Gilberto. “Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945)”. *DYNAMIS, Acta Hisp. Med. Sci. Hist.*, 2005, 25, pp. 199-226.
- HOCHMAN, Gilberto e LIMA, Nísia Trindade. “Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da primeira República”. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996, pp.23-40.
- HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo”. In: GOMES, Ângela de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.
- HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Teresa Bandeira de e SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. “A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 9, suplemento especial, 2002, pp. 233-273.

- JORDANOVA, Ludmilla. "The social construction of medical knowledge". *Social History of Medicine*. Oxford, Oxford University Press, vol. 7, nº 3, 1995, pp. 361-381.
- LIMA, Nísia Trindade. "O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões". In: FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, pp. 23-116.
- LIMA, Nísia Trindade e HOCHMAN, Gilberto. "'Pouca saúde e muita saúva': sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais". In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego (orgs.). *Cuidar, controlar, curar – Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 493-533.
- LITSIOS, Socrates. "Malaria control, the Cold War, and the Postwar Reorganization of International Assistance". *Medical Anthropology*. India: OPA, vol. 17, 1997, pp. 255-278.
- MACIEL, Laurinda Rosa. *A hanseníase e a saúde pública: a comissão de profilaxia da lepra (1915-1919)*. Mimeog., 2001.
- MACIEL, Laurinda; OLIVEIRA, Maria Leide W.; GALLO, Maria Eugênia N.; DAMASCO, Mariana Santos. "Memories and history of Hansen's disease in Brazil told by witnesses (1960-2000)". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Vol. 10, Supplement I, *Leprosy: a long history of stigma*, 2003, pp. 308-335.
- MACIEL, Laurinda Rosa. "'A solução de um mal que é um flagelo' – Notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XX". In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo e CARVALHO, Diana Maul de (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004, pp. 109-125.
- MANCUSO, Maria Inês Rauter. "O estigma da lepra: a experiência da exclusão". *Teoria & Pesquisa*. São Carlos: UFSCar, nºs 16-17, janeiro-junho de 1996, pp. 34-44.
- MARKOWITZ, Gerald and ROSNER, David. "The Illusion of Medical Certainty: Silicosis and the politics of industrial disability, 1930-1960". In: ROSENBERG, Charles e GOLDEN, Janet (orgs.). *Framing Disease – Studies in Cultural History*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992, pp. 185-205.
- MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. "História da saúde pública no Estado de São Paulo". *Revista da Saúde Pública*. São Paulo, USP, vol. 40, nº 1, pp. 3-9, 2006. Edição original em 1973.
- MATTOS, Hebe Maria e GRINBERG, Keila. "Lapidário de si: Antonio Rebouças e a escrita de si". In: GOMES, Ângela de Castro (org.). *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: FGV, 2004, pp. 27-50.
- MONOT, Marc *et alli*. "On the origin of leprosy". *Science*, vol. 308, 13 may 2005, pp. 1040-1042.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. "Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio

- de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Vol.10, Supplement 1 - *Leprosy: a long history of stigma*, 2003, pp. 95-121.
- NAVON, Liona. "Beggars, metaphors, and stigma: A missing link in the social history of leprosy". *Social History of Medicine*, Oxford, Oxford University Press, Vol. 11, nº 1, abril de 1998, pp. 89-105.
- OLIVEIRA, Lúcia Lippi. "Sinais da modernidade na era Vargas: vida literária, cinema e rádio". In: FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (orgs.). *O Brasil Republicano – o tempo do nacional-estatismo – do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp.323-349.
- PACKARD, Randall M. e BROWN, Peter J. "Rethinking Health, Development, and Malaria: Historicizing a Cultural Model in International Health". *Medical Anthropology*. Índia: OPA, vol. 17, 1997, pp. 181-194.
- PANDYA, S. Shubhada. "The first International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Vol. 10, Supplement 1 - *Leprosy: a long history of stigma*, 2003, pp. 161-177.
- PEGO, Raquel Abrantes. "A indústria farmacêutica no Brasil". In: IBASE. *Saúde e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1983, pp. 93-103.
- PELLING, Margaret. "Contagion/Germ theory/specificity". In: BYNUN, W. F. e PORTER, Roy (ed.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*. London/New York: Routledge, 1993, pp. 309-334.
- PÔRTO, Ângela Araújo e OLIVEIRA, Benedito Tadeu de. "Edifício colonial construído pelos jesuítas é lazareto desde 1752 no Rio de Janeiro". *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Vol. 2, nº 3, nov.1995-fev.1996, pp. 171-180.
- QUEIROZ, Marcos de Souza. "Hanseníase no Brasil: Uma perspectiva histórica dos paradigmas e modelos institucionais de enfrentamento da doença". In: CANESQUI, Ana Maria (org). *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: FAPESP/Hucitec, 2000, pp. 134-150.
- ROTBERG, Abraão. "O pejorativo 'lepra' e a grande vítima de grave erro médico-social-histórico: a indefesa América-Latina". *Revista Histórica*. São Paulo: Vol. 51, nº 101, jan.-mar. 1975, pp. 295-304.
- SANTOS FILHO, Lycurgo. "A medicina no período imperial". In: HOLANDA, Sergio Buarque de (org.). *História Geral da Civilização Brasileira, Tomo II. O Brasil Monárquico. 3º volume. Reações e Transações*. São Paulo: Difel, 1976, pp. 476-489.
- SPENCER, S. e BORBOREMA, C. A. "Hanseníase no Estado do Amazonas: histórico e desativação do leprosário". *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro, Vol. 56, nº 3, 1981, pp. 179-84.

- TEIXEIRA, Luiz Antonio. “Comentário - Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo”. *Revista da Saúde Pública*. São Paulo, USP, vol. 40, nº 1, pp. 17-19, 2006.
- THIELEN, Eduardo Vilela e SANTOS, Ricardo Augusto dos. “Belisário Penna: notas fotobiográficas”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 9, nº 2, 2002, pp. 387-404.
- TRONCA, Ítalo. “História e doença: a partitura oculta (A lepra em São Paulo, 1904-1940)”. In: RIBEIRO, Renato Janine (org). *Recordar Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1985, pp. 136-143.
- VELLOSO, Mônica Pimenta. “Os intelectuais e a política cultural do Estado Novo”. In: FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (orgs.). *O Brasil Republicano – o tempo do nacional-estatismo – do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, pp. 145-179.
- WEINDLING, Paul. “As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920-1940”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, vol. 13, nº 3, julho-setembro de 2006, pp. 555-570.

Teses e dissertações

- ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. *As parcelas (in)visíveis da saúde do trabalhador: uma contribuição à história da medicina do trabalho no Brasil (1920 à 1950)*. Tese de Doutorado em História, UFF, Niterói, 2004.
- ALMEIDA, Marta de. *República dos invisíveis – Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*. Dissertação de Mestrado em História, USP, 1998.
- AZULAY, Rubem David. *Hanseníase – da Imunologia a Imunopatologia*. Tese de Livre Docência em Medicina, UFRJ, 1978.
- BRAGA, Andréa Baptista Freitas. ‘*O que tem de ser tem força*’: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955). Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde. COC/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.
- CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde. COC/Fiocruz, 2005.
- CURI, Luciano Marcos. *Defender os sãos e consolar os lázaros – Lepra e isolamento no Brasil (1935-1976)*. Dissertação de Mestrado em História, Universidade Federal de Uberlândia, 2002.
- FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX*. Tese de Doutorado em História, USP, 1996.

- FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Local e Nacional: dualidades da institucionalização da saúde pública no Brasil (1930-45)*. Tese de Doutorado em Ciência Política. IUPERJ, 2005.
- GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. *A lepra – Uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização*. Tese de Doutorado em Antropologia, UFMG, 1970.
- GOMIDE, Leila Regina Scalia. 'Órfãos de pais vivos' – *A lepra e as instituições preventoriais no Brasil: estigmas, preconceitos e segregação*. Dissertação de Mestrado em História. USP, 1991.
- IGNOTTI, Eliane. *Abandonos ou abandonados? Aspectos da hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.
- KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Tese de Doutorado em História, UFF, 2006.
- MACIEL, Laurinda Rosa. *A loucura encarcerada – Um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1896-1927)*. Dissertação de Mestrado em História, UFF, 1999.
- MEDINA, Rosbinda Nuñez. *História da campanha de erradicação da malária na década de 50: Contribuição para o estudo do modelo campanhista*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. IMS/UERJ, 1988.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social. Universidade de São Paulo, 1995.
- MOREIRA, Tadiana Maria Alves. *As campanhas de hanseníase no Brasil*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.
- NASCIMENTO, Heleno Braz do. *A lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941)*. Dissertação de Mestrado em História, Universidade Federal do Mato Grosso, 2001.
- OLIVEIRA, Maria Leide Wand-Del-Rey de. *Articulação docente-assistencial: o caso do programa de controle de lepra no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Dermatologia. UFF, Faculdade de Medicina, Niterói, 1990.
- PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. 'Os escolhidos de São Francisco': *Aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã (1930-1940)*. Dissertação de Mestrado em História, PUC, Rio Grande do Sul, 2005.
- SANGLARD, Gisele Porto. *Entre os salões e o laboratório: Filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940*. Tese de Doutorado em História das Ciências e da Saúde. COC/Fiocruz, 2005.

SILVA, Renato da. *Abandonados e delinquentes: a infância sob os cuidados da medicina e do Estado – O Laboratório de Biologia Infantil (1935-1941)*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde. COC/Fiocruz, 2003.

Legislação

Decreto nº 23658, de 28 de Dezembro de 1933 - Concede crédito especial para a instalação e custeio do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra a funcionar na Capital Federal, sob os auspícios da Liga das Nações.

Decreto-lei nº 24438, 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.

Decreto-lei nº 24814, 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.

Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 - Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

Decreto-Lei nº 3171, de 02 de abril de 1941 - Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências.

Decreto nº 15484, de 8 de maio de 1944 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde.

Decreto nº 20354, de 8 de janeiro de 1946 – Altera disposições do Regimento do Serviço Nacional de Lepra, aprovado pelo Decreto nº 15484, de 8 de maio de 1944.

Decreto-lei nº 9387, de 20 de junho de 1946 - Institui a Campanha Nacional contra a Tuberculose e dá outras providências.

Lei nº 3542, de 11 de fevereiro de 1959 - Institui a Campanha Nacional contra a Lepra e dá outras providências.

Decreto nº 49974-A, de 21 de janeiro de 1961 - Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2312, de 3 de setembro de 1954, de Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde.

Decreto nº 968, de 7 de maio de 1962 - Baixa as normas técnicas especiais para o Combate à Lepra no País e dá outras providências.

Lei nº 5026, de 14 de junho de 1966 – Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Lei nº 5511, de 15 de outubro de 1968 – Submete a Campanha Nacional contra a Lepra ao regime previsto na Lei nº 5026, de 14 de junho de 1966, e dá outras providências.

'Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade' –

Uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)

Laurinda R. Maciel

Decreto nº 76078 de 4 de agosto de 1975 – Altera a denominação de órgãos do Ministério da Saúde e dá outras providências.

Lei nº 9010, de 29 de março de 1995 - Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências.

INTERNET

www.bvsalut.coc.fiocruz.br (Acesso em 4 de setembro de 2006)

www.cpdoc.fgv.br (Acesso em 4 de setembro de 2006)

www.rj.saude.gov.br (Acesso em 24 de agosto de 2006)

www.datasus.gov.br (Acesso em 1 de janeiro de 2007)

www.opas.org.br (Acesso em 2 de janeiro de 2007)