

Universidade Federal do Rio de Janeiro

“O GRANDE POLVO DE MIL TENTÁCULOS”: A LEPRA EM
FORTALEZA (1920/1942).

Zilda Maria Menezes Lima

2007



UFRJ

**“O GRANDE POLVO DE MIL TENTÁCULOS”: A LEPRA EM
FORTALEZA (1920-1942)**

Zilda Maria Menezes Lima

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em História Social.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Luiz Lima Salgado Guimarães.

Rio de Janeiro
Novembro / 2007

“O GRANDE POLVO DE MIL TENTÁCULOS”: A LEPRA EM
FORTALEZA (1920-1942).

Zilda Maria Menezes Lima

Manoel Luiz Lima Salgado Guimarães

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em História Social.

Aprovada por:

Prof. Dr. Manoel Luiz Lima Salgado Guimarães – Orientador

Prof. Dr. Jackson Coelho Sampaio

Profª. Drª. Dilene Raimundo do Nascimento

Profª. Drª. Nísia Trindade Lima

Prof. Dr. Carlos Ziller

Novembro / 2007

Dedico este trabalho a todos os que enfrentaram uma grande enfermidade e, em especial, aos leprosos de ontem e aos hansenianos de hoje.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha família, com quem sempre pude contar em todos os momentos. Incondicionalmente. Não existem palavras que possam exprimir a minha gratidão ao meu pai, minha segunda mãe, meu irmão, minhas irmãs e muito particularmente à minha irmã Marize, pelo suporte que me deu no decorrer destes quatro longos anos. Não poderia deixar também de agradecer aos meus cunhados, cunhada, sobrinho, tios, primos, enfim a toda essa “grande família”. A cada um particularmente meus eternos agradecimentos.

Ao meu orientador, Professor Dr. Manoel Salgado pelo apoio no decorrer de todo o trabalho e muito particularmente na conclusão do mesmo, em virtude de imprevistos com os quais não contávamos. Agradeço aos Professores Doutores André Luiz Vieira Campos e Carlos Ziller que aceitaram compor a Banca de Qualificação deste trabalho e ofereceram contribuições valiosas para o desenvolvimento do mesmo.

Ao meu “velho” mestre e hoje mais que colega, amigo, Gisafran Nazareno Mota Jucá, pelo apoio e sugestões na primeira fase desta pesquisa e em toda minha vida acadêmica e profissional meu muito obrigada. Agradeço aos amigos conquistados ainda na graduação e que continuam grandes amigos, alguns dos quais trabalham hoje comigo na mesma Universidade. Dentre estes, destaco o Prof. Dr. Altemar da Costa Muniz, pelos vinte anos de amizade e por me mostrar que é possível uma agradável convivência em meio a diferenças aparentemente inconciliáveis. Não poderia deixar de citar a Prof. Dra. Noelia Alves de Sousa, pela solidariedade no período em que vivemos no Rio de Janeiro e em vários outros momentos nesta trajetória.

Aos colegas da UECE que se tornaram posteriormente grandes amigos: meus queridos Ruberval Ferreira, Gérson Júnior, Olivenor Chaves, Francisco Damasceno,

Tarcileide Bezerra e Cibele Gadelha. Do mesmo modo agradeço aos funcionários da minha instituição de origem: Elda, Vianilde e Ananias, bem como aos alunos que tornaram-se também amigos: Fabiano, Iza, Dália, Lucélia, Cristina, Gilka, Ronaldo, Pontes Neto e todos os ex-alunos que, em mais de uma década de ofício, me fizeram compreender que fiz a escolha profissional correta, apesar de tudo.

Às minhas amigas Rosilda, Vandinha, Aila e Mariane que vivem longe dos muros acadêmicos, mas que nem por isso, torceram menos pela conclusão deste trabalho. Ao meu querido Egberto Melo, muito obrigada por tantos anos de amizade e carinho.

A Carminha, por toda a solidariedade, generosidade e amizade que me dedica no que é plenamente correspondida. Ao Sérgio, que me apresentou o Rio de Janeiro que não está nas manchetes e por ter me cercado de tantas gentilezas e carinho agradeço de coração. Meu agradecimento mais que especial aos queridos Neidinha, Romildo, João Rameres e Maria José pelas “noites cariocas”. Ao Edilberto, pelas nossas incursões a “outros” Rios de Janeiro que eu desconhecia. Um agradecimento carinhoso ao Rogério Rosa, meu “anjo capixaba” por tudo.

Não poderia deixar de lembrar meu médico oftalmologista e aprendiz de poeta Dr. Breno Holanda. Por mais incrível que pareça, esse pernambucano “arretado” foi um dos meus maiores interlocutores na produção deste trabalho. Em muitos momentos, minhas consultas transformaram-se em verdadeiros debates sobre meu tema de estudo, em prejuízo da paciência e do tempo dos seus clientes. Meus agradecimentos pelo interesse e tempo dedicados nesses “colóquios”.

É impossível não fazer uma menção especial aos profissionais do ICC (Instituto do Câncer do Ceará) que me assistiram durante este difícil ano, com grande competência e profissionalismo. Ao meu mastologista, Dr. Marnewton Pinheiro, à Dra. Rosane Sant’ana, minha oncologista, Dr. Edilberto Feitosa, meu clínico geral, Dr. Renato Pierre, meu

radiologista e suas assistentes técnicas Liduina e Lucilene. A todas as técnicas e enfermeiras do setor de quimioterapia que me prestaram grande auxílio profissional e solidariedade, meus eternos agradecimentos. À postura de todos, diante de pacientes em delicada situação física e psíquica facilitaram muito o enfrentamento das várias fases do tratamento.

Sou também muito agradecida a Socorro Monte, ao meu primo Cláudio e ao Antônio Elder pela companhia divertida quando era acometida de estresse e desânimo em virtude das várias ordens de dificuldades enfrentadas nesta trajetória. Esses momentos foram fundamentais para a manutenção da minha “sanidade” psicológica.

Meus agradecimentos aos funcionários do Instituto Histórico do Ceará, do Setor de Micro-Filmagem da Biblioteca Pública, da Academia Cearense de Letras, Leprosário Antônio Justa, Faculdade de Medicina da UFC. No Rio de Janeiro, aos funcionários do CPDOC, COC, Biblioteca Nacional, Gabinete Real Português de Leitura, Academia Nacional de Medicina. Muito abrigada ao Professor Holanda que fez a revisão redacional deste trabalho e à Myrcea Haward pelo abstract.

RESUMO

“O GRANDE POLVO DE MIL TENTÁCULOS”: A LEPRA EM FORTALEZA (1920-1942)

Zilda Maria Menezes Lima

Manoel Luiz Lima Salgado Guimarães

Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em História Social, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em História Social.

Este trabalho objetivou discutir como a sociedade cearense mobilizou-se para enfrentar a problemática da *lepra*, focalizando especialmente as ações filantrópicas e oficiais na profilaxia e tratamento da enfermidade. Procurou-se identificar até que ponto a doença foi tratada como uma questão de saúde pública. Buscou-se evidenciar que o Governo Federal e os Estados promoveram uma política de segregação apresentada como a única medida possível de promoção de cura dos doentes assim como de proteção às pessoas saudáveis. No Ceará, acredita-se que, partir da década de 1930, ocorreu um maior planejamento e racionalização nas ações das instituições públicas de saúde, possibilitadas por três reformas (1931,1933,1939) que construíram um cenário favorável para alguns melhoramentos nesta área, embora, estes tenham acontecido ancorados nos consórcios com o Governo Federal. Porém, pretendeu-se esclarecer que a profilaxia e o tratamento da *lepra* neste Estado deu-se, de modo geral, muito mais por meio de práticas filantrópicas e assistencialistas que oficiais, pelo menos até meados da década de 1930. Após o Estado Novo, com a ampliação da esfera de controle e ação da União no campo da saúde e muito particularmente no setor do combate à lepra com o Plano de Construção de Leprosários de 1935, foi possível um reajustamento na agenda do combate ao Mal de Lázaro a partir do investimento financeiro propiciado pelo Governo Federal.

Palavras-chave: Lepra
Doença
Saúde Pública
Política

Rio de Janeiro Novembro / 2007

ABSTRACT

“THE GREAT OCTOPUS OF A THOUSAND TENTÁCULOS”: THE LEPROSY IN FORTALEZA (1920-1942).

Zilda Maria Menezes Lima

Manoel Luiz Lima Salgado Guimarães

Abstract of the Thesis of Doutorado submitted to the Program of After-Graduation in Social History, Social Institute of Philosophy and Sciences, the Federal University of the River of January - UFRJ, as part of the necessary requirements to the attainment of the heading of Doctor in Social History.

This work aimed at discussing the ways society from Ceará was mobilized to face the problem of leprosy, especially focusing on the philanthropic and official actions in the preventions and treatment of the illness. It will also look to identify to what extent the disease was treated as public health issue. The paper will search for evidence that the Federal Government and States promoted a segregation policy as the only possible measure of curing the sick and protecting the healthy people. In Ceará, it is believed that starting from the decade of the 1930's, larger planning and rationalization in the actions of public health institutions were made possible by three reforms in 1931, 1833 and 1939. These reforms built a favorable setting for some improvements in this area, although these were anchored in partnership with the Federal Government. However, this work intended to explain that prevention and treatment of leprosy in this state, was given in general, much more through philanthropic practices, rather than government officials, until the middle of the 1930's. After this time period, the New State, with greater power and action of the Union in the health field, particularly in the area of combating leprosy with the Construction Plan of Leper Colonies of 19035 and financial investment of the Federal Government, made it possible for adjustments to the plan of combating leprosy.

Word-key: Leprosy
Illness
Public health
Politics

Rio de Janeiro Novembro / 2007

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DGSP	-	Departamento Geral de Saúde Pública
LPS	-	Liga Pró-Saneamento
SPR	-	Serviço de Profilaxia Rural
SSPR	-	Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural
DSR	-	Diretoria de Saneamento Rural
DNSP	-	Departamento Nacional de Saúde Pública
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
CSFCE	-	Comissão Sanitária Federal de Combate às Epidemias
IPL	-	Inspetoria de Profilaxia da Lepra
ILDV	-	Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas
CMC	-	Centro Médico Cearense
SPLDV	-	Serviço de Proteção Contra a Lepra e Doenças Venéreas
DPL	-	Departamento de Profilaxia da Lepra
LSC	-	Liga das Senhoras Católicas
UMC	-	União dos Moços Católicos
SPL	-	Serviço de Profilaxia da Lepra
DESP	-	Departamento Estadual de Saúde Pública
SPMLC	-	Sociedade Protetora e Mantenedora do Leprosário da Canafistula
SPMLAD	-	Sociedade Protetora e Mantenedora do Leprosário Antônio Diogo.
LEC	-	Liga Eleitoral Católica
LCL	-	Liga Contra a Lepra
SALeDCL	-	Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra e Lepra

- SCALeDCL - Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra
- FSALeDCL - Federação Das Sociedades De Assistência Aos Lázaros E Defesa Contra a Lepra
- CIL - Centro Internacional de Leprologia
- CSF - Centro de Saúde de Fortaleza
- SNL - Serviço Nacional da Lepra
- CNS - Conferência Nacional de Saúde
- MESP - Ministério Da Educação e Saúde Pública
- MES - Ministério da Educação e Saúde
- DNSAMS - Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social
- PNCL - Plano Nacional de Combate a Lepra
- PCL - Plano para Construção de Leprosários
- DSP - Diretoria de Saúde Pública

LISTA DE TABELA

Tabela 1	- Curas pelo Chalmoogra	69
Tabela 2	- Matrícula dos <i>leprosos</i> no Ceará.....	84
Tabela 3	- Censo dos Leprosos em sete Estados Brasileiros	122
Tabela 4	- Instituições de combate à Lepra	123
Tabela 5	- Verbas para melhoramento dos Leprosários (1932-1934).....	158
Tabela 6	- Construção de leprosários (1931-1934).....	158
Tabela 7	- Casos recenceados	165
Tabela 8	- Casos não recenceados	166
Tabela 9	- Casos de lepra no Ceará (1934-1938)	190
Tabela 10	- Verbas para construção e ampliação de leprosários (1934-1937).....	194
Tabela 11	- Verba para construção de novos leprosários	194
Tabela 12	- Verbas da União para o Centro Internacional de Leprologia	198
Tabela 13	- Números da Lepra no Ceará (1936-1938)	204
Tabela 14	- Distribuição de verba para leprosários pela União (1936-1939)	205
Tabela 15	- Regiões de Localização das Delegacias Federais de Saúde	220
Tabela 16	- Verba para o Censo da Lepra nos Estados (1938-1939)	222
Tabela 17	- Novas construções para leproso (1937-1940)	226
Tabela 18	- Organograma do Departamento Estadual de Saúde Pública.....	231
Tabela 19	- Censo de 1942 nos Estado do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pará, Goiás, Amazonas e Mato Grosso.	239
Tabela 20	- Quadro da Lepra no Brasil em 1942	240
Tabela 21	- Verba destinada do Ceará pela União para a construção do novo leprosário e preventório	246
Tabela 22	- Movimento da Colônia Antonio Diogo em 1942	247
Tabela 23	- Movimento da Colônia Antonio Justa em 1942.....	248
Tabela 24	- Quadro das Altas no Brasil por Estado entre 1942 e 1945.....	250

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	09
LISTA DE TABELAS	11
INTRODUÇÃO	14
PARTE I: TEMPO DE CAMPANHAS (1920-1930)	24
CAP. 01: A CONFORMAÇÃO DE UMA AGENDA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NO CEARÁ	25
1.1 SAÚDE, HIGIENE E SANEAMENTO: A SALVAÇÃO DA NAÇÃO BRASILEIRA	25
1.2 A CONFORMAÇÃO DE UMA AGENDA DE SAÚDE NO CEARÁ	29
1.3 A <i>LEPRA</i> NA AGENDA DA SAÚDE PUBLICA.....	42
CAP.02: A <i>LEPRA</i> EM DEBATE: CONTROVÉRSIAS E INCERTEZAS	48
2.1 O SURGIMENTO DA <i>LEPRA</i>	48
2.2 AS CAUSAS PRODUTORAS DA <i>LEPRA</i> : O DEBATE CIENTÍFICO NO BRASIL	51
2.3 TENTATIVAS DE PROFILAXIA E TRATAMENTO.....	59
CAP.03: O “TREMENDO FLAGELO DA <i>LEPRA</i> ” EM FORTALEZA.....	72
3.1 OS PRIMEIROS REGISTROS DA <i>LEPRA</i> EM FORTALEZA.....	72
3.2 EM DEBATE: O ISOLAMENTO COMPULSÓRIO E A EDIFICAÇÃO DO LEPROSÁRIO CEARENSE	85
3.3 ONDE CONSTRUIR O LEPROSÁRIO CEARENSE	98
CAP. 04: OS PRIMEIROS ESPAÇOS DE SEGREGAÇÃO ANTI-LEPRÓTICA E AS PRIMEIRAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO AOS SÃOS.....	111
4.1 PRIMEIROS ESPAÇOS SEGREGADORES.....	111
4.2 O DECRETO 16.300 A PROFILAXIA DA <i>LEPRA</i>	115
4.3 O LEPROSÁRIO ANTÔNIO DIOGO: INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO.....	124

PARTE II: TEMPO DE REFORMAS (1930-1942).....	142
CAP. 01: AS REFORMAS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA (1930-1934).....	143
1.1 O CEARÁ NA CENA POLÍTICA DO MOVIMENTO DE 1930	143
1.2 AS REFORMAS NA SAÚDE PÚBLICA E SEUS REFLEXOS NO COMBATE À <i>LEPRA</i> NO CEARÁ (1930-1933).....	155
1.3 A REFORMA PELLON: UM NOVO ORGANOGRAMA PARA A SAÚDE NO CEARÁ	174
CAP. 02: AMPLIAÇÃO DO DEBATE E DAS AÇÕES EM TORNO DA QUESTÃO DA <i>LEPRA</i> NO BRASIL E NO CEARÁ	180
2.1 A CONFERÊNCIA PARA UNIFORMIZAÇÃO DA CAMPANHA CONTRA A <i>LEPRA</i> (1933)	180
2.2 O PLANO DE COMBATE À <i>LEPRA</i> OU PLANO DE CONSTRUÇÃO DE LEPROSÁRIOS?	191
2.3 REBELIÃO NA LEPROSARIA ANTÔNIO DIOGO	207
CAP.03 NOVAS REFORMAS E EXACERBAÇÃO DAS MEDIDAS AUTORITÁRIAS NO CAMPO DA SAÚDE	218
3.1 A REFORMA DE 1937: REFLEXOS NO CAMPO DA SAÚDE	218
3.2 A CONFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA AOS LÁZAROS E DEFESA CONTRA A <i>LEPRA</i> (1939)	226
3.3 A REFORMA DE 1941: DESDOBRAMENTOS NO ÂMBITO DA SAÚDE NO CEARÁ	230
CONSIDERAÇÕES FINAIS	253
FONTES	274
BIBLIOGRAFIA	281
ANEXOS	292
ANEXO I: INFORMES EPIDEMIOLÓGICOS HANSENÍASE	293
ANEXO II: FOTOS	301

INTRODUÇÃO

“Ao regressar ao Ceará, depois de uma longa ausência, o meu primeiro cuidado foi rever os velhos companheiros de infância. Entre eles era o Henrique um dos que mais se me afeiçoara e um dos mais distinguidos pela minha amizade. Uma surpresa horrível estava reservada ao meu coração: o Henrique ficara leproso e vivia abandonado num velho casebre, morto de fome e de frio. Ainda assim, fui procurá-lo. Não o reconheci: era uma carcaça, no fundo de uma rede imunda, quase nos últimos estertores da vida. Não me reconheceu também. Ao dizer-lhe quem era chorou muito, desdobrando diante dos meus olhos o quadro horroroso da sua moléstia, desde os seus primórdios. Ao despedir-me, disse-me – Anselmo, vou confiar-te um trabalho meu, são minhas memórias. Se encontrares, algum dia, os meus filhos, entrega-as para que vejam o quanto sofri! Em caso contrário, dá-lhes o fim que te aprouver. Não encontrei os filhos do querido amigo. Li as memórias e fiquei realmente impressionado. Assim, resolvi publicar as memórias do meu infeliz amigo e oferecer o produto de sua venda em favor da leprosaria que o governo cearense, inspirado no mais sã e humano dos patriotismos pretende construir para fazer a verdadeira campanha de profilaxia contra a doença da morte. Aí fica o meu pequeno contingente, já que a fortuna não quis permitir que oferecesse coisa de maior valia. Entrego-o ao coração generoso dos meus conterrâneos”. (Memórias de um Leproso - Anselmo Fraga).

Encontrei o livro intitulado “Memórias de um Leproso” na Biblioteca da Academia Cearense de Letras em julho de 2003. Classificada como uma obra de Memória (póstuma) a narrativa apresenta a cidade de Fortaleza como cenário verossímil para o drama particular de Henrique, um jovem médico que, nos primeiros anos da década de 1920, descobriu-se leproso. O período em que ocorre a narrativa de Henrique e sua publicação pelo amigo Anselmo Fraga, coincidem exatamente com o momento em que foi amplamente veiculada pela imprensa local a expansão da *moléstia de lázaro* na capital cearense.

Real ou fictícia, mais do que tornar de domínio público a dor, abandono e segregação de um homem acometido pela lepra, a obra citada, publicada em 1925, é reveladora de outras intenções. Questões como a necessidade do isolamento dos doentes, a sugestão de medidas estatais de controle da doença e a crença no caráter contagioso da enfermidade, já se encontravam desenhadas na narrativa do “leproso” Henrique e por ele introjectadas e defendidas no transcorrer do seu relato, o que leva o leitor, de certo modo, a desconfiar da veracidade de tais “Memórias”.

As supostas Memórias do Dr. Henrique expressam, com riqueza de detalhes, todo o processo de evolução da doença de que foi vítima e o incipiente tratamento a que foi submetido. Nesse sentido, pode-se também destacar o caráter didático da obra no sentido da profilaxia da doença, ou melhor, do que se considerava à época como prevenção e tratamento para a “Moléstia de Lázaro”. Também não é possível descartar o sentido “filantrópico” da publicação das “Memórias” visto que está explícito na apresentação da obra que o provável lucro obtido, com a venda do livro, seria revertido para auxiliar na construção do leprosário cearense, medida considerada necessária na narrativa do Dr. Henrique¹.

As imagens da enfermidade, que a obra descortina, não são menos alarmantes que aquelas sugeridas pela imprensa cearense e muito particularmente pelo jornal *O Nordeste* durante as décadas de 1920, 1930 e 1940, principalmente em Fortaleza. Esse periódico, de propriedade da Igreja Católica, publicava com regularidade denúncias sobre “a situação de penúria a que estavam submetidos os pobres lázaros a perambular pelas principais artérias da cidade.”² Tal interesse na sorte dos leprosos estava em sintonia com um dos princípios que cabia à Igreja: zelar pelos infelizes e abandonados. Por outro lado, cuidar de leprosos constituiu-se quase numa tradição de várias Ordens Religiosas (particularmente a franciscana) que secularmente desempenharam este papel. No entanto, observou-se que a Igreja Católica Cearense, aparentemente, viu suas hostes ampliadas em virtude da sua “opção pelos leprosos”.

Como assinalou Diana Torres Obregon,³ certas enfermidades conseguiram gerar substantivos que identificavam o paciente com a doença tais como epilético, sífilítico, tuberculoso, contribuindo assim para a segregação daqueles que sofriam dessas doenças para

¹ Além das Memórias acima citadas, encontrei ainda um romance de cordel com a temática da lepra produzido na cidade de Aracati (antiga cidade colonial cearense), publicado no final do século XIX e doado à Academia Cearense de Letras.

² Jornal *O Nordeste*, Fortaleza, março/1922, p. 02.

³ OBREGON, Diana Torres. **Batallas contra la Lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colômbia**. Medellín: 2002, Fondo Editorial/Universidad Eafit, p. 21.

o conjunto da sociedade. No caso do *leproso*, tal denominação remontava à moléstia bíblica descrita no Levítico e à tremenda segregação que seus portadores sofreram. A história dramática de uma doença, como a *lepra*, revela, através dos tempos, uma enfermidade que aliou o horror dos sintomas e o pavor de um sentimento de impotência por um lado, e por outro, a sensação de culpabilidade individual e coletiva pelas mesmas razões acima aventadas.

No que concerne às chamadas doenças contagiosas e de grande poder letal na sua forma endêmica ou epidêmica, adquirem estas características de desordem, desorganização da vida social, sugerindo um certo desequilíbrio entre o corpo e o meio exterior e mais ainda, um desequilíbrio na relação dos enfermos com o meio social. A lepra, no século XII ou no século XIX, parece ter desempenhado este trágico papel.

Historicamente, as doenças foram contempladas ora como fruto de invasão do organismo por matéria estranha, ora em termos do corpo tomado por fantasmas e até como fruto de ritos mágicos. Os povos primitivos entendiam as doenças como ações de forças adversas humanas ou sobre-humanas, resultantes de algo misterioso introduzido no corpo da vítima ou como decorrência de atos mágicos.

A Hipócrates deve-se a primeira tentativa no sentido de eliminar as causas mágicas das doenças, atribuindo a elas causas naturais. Para Hegemberg,⁴ Hipócrates marca o início da abordagem científica das doenças. Sua Teoria Humoral – segundo a qual a saúde resultaria do equilíbrio entre os quatro humores encontrados no corpo humano – marcou o início de uma tentativa de rompimento com as explicações sobre-humanas para as enfermidades. A obra denominada “Corpus Hipocrático”, atribuída a Hipócrates, exerceu grande influência na medicina e teria se mantido em voga até o século XVIII.

No século XVIII, com as autópsias, pareceu aos estudiosos que as doenças resultavam de alterações nos órgãos. Acreditava-se inclusive que as doenças agudas deviam-

⁴ HEGEMBERG, Leônidas. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1998, pp 18-19.

se a certas condições espasmódicas e as crônicas decorriam da ausência de resistência ou de elasticidade de algum órgão. Ainda no século XVIII, as maneiras de conceber as doenças eram várias, mas o pensamento dominante ainda era aquele que compreendia a doença como uma entidade independente que atacava ou acometia as pessoas.

No século XIX, as doenças passaram a ser vistas como consequência da invasão de micro-organismos no corpo. Assim, após meados deste século, as enfermidades passaram a ser entendidas em termos de desvio da normalidade. Deste modo, o doente seria aquele que se afastava do modelo considerado “normal.” Destarte, as doenças passaram a ser vistas na sua dimensão biomédica, ou seja, enquanto processo químico que afeta o corpo individual.

De qualquer modo, as atitudes em face das doenças pouco se alteraram. Se de um lado, a medicina científica não cessou de alcançar vitórias, por outro, as crenças na eficácia da magia, orações, ervas e nos milagreiros e curandeiros permanecem ainda, pois cada civilização e cada época convive com a racionalidade e com o sobrenatural.

Por outro lado, todo conhecimento científico está intimamente ligado às formas de pensamento dominante do seu tempo. Dito de outro modo, todo conhecimento médico ou técnico-científico é inerente ao seu tempo e é indubitavelmente social, não só pelas circunstâncias de sua produção, mas por sua própria condição. Assim, as noções de saúde e doença são também construções sociais, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com os critérios e modalidades que ela fixa. Isso implica a existência de determinados saberes também articulados ao social, que constroem diagnósticos, tomando como ponto de partida as sensações desagradáveis descritas pelos “doentes” (os sintomas) e os aspectos objetivamente constatados pelos médicos chamados de “sinais”⁵.

⁵ FERREIRA, Jaqueline. O Corpo Sínico. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1994, pp. 25-26.

O estudo dos sintomas e sinais diz respeito à semiologia médica, uma disciplina no campo da medicina destinada ao estudo dos métodos e procedimentos do exame clínico de modo a buscar o corpo como gerador de signos. Os sintomas dizem respeito exclusivamente ao doente: é o caráter invisível da doença. São sensações que o indivíduo experimenta e só pode expressar por meio de palavras. Já o sinal é uma manifestação que faz parte do aspecto visível da doença e diz respeito principalmente ao domínio médico, pois se constitui da sua observação e do exame físico.

Deste modo, a doença deixou de ser encarada como aspecto do destino dos seres humanos para transformar-se em objeto de uma ciência específica, a patologia, a qual compete analisar as facetas empíricas dos fenômenos provocados pelos males.

A noção de doença depende de uma anterior concepção de doença, ou seja, uma idéia do que ela representa ou significa para o ser humano. O que a doença pode significar para um ser humano depende em larga margem do pensamento dominante naquele momento em relação à questão ou dito de outro modo: os conceitos de doença ou saúde estão vinculados às experiências vivenciadas por determinadas sociedades em diferentes épocas pautadas nas suas experiências históricas e culturais. Assim, cada concepção de doença foi vinculada a determinadas características que as diferentes épocas e as diferentes sociedades lhe emprestaram⁶.

A doença pertence à História, em primeiro lugar, porque as doenças são mortais pois atingem a humanidade.⁷ Uma compreensão da doença, enquanto objeto de conhecimento histórico, não passaria somente pela história dos progressos tecnológicos e científicos, mas também e, principalmente, pela história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações e às mentalidades. Como afirmou

⁶ SONTAG, Susan. **A Doença como Metáfora**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984, p. 32.

⁷ LE GOFF, Jacques. **As Doenças tem História**. Lisboa: Editora Terramar, 1997, p. 18/19.

Obregon⁸, as doenças não são entidades cuja biografia se possa escrever como se fossem instituições ou pessoas, embora exista uma historicidade nas doenças que estiveram e estão ligadas aos acontecimentos humanos.

As doenças e suas implicações sociais foram durante muito tempo um capítulo negligenciado pela História. Sabe-se hoje que a análise da dimensão social, que as doenças historicamente alcançaram, pode servir como instrumento de observação da eficiência ou ineficiência das estruturas administrativas e pode-se ainda, através da compreensão do alcance das enfermidades, entender os conflitos sociais, políticos e morais que em muitos momentos as mesmas causaram. O estudo das doenças pode ainda fornecer numerosos esclarecimentos sobre as articulações e as mudanças da sociedade⁹.

O campo da pesquisa da história das doenças tem apresentado, nos últimos anos, expressiva expansão. Seu estudo engloba as doenças crônicas, endêmicas e epidêmicas e as implicações sociais e políticas advindas das suas manifestações nos vários continentes, os entendimentos sobre a doença e seus cuidados em diferentes contextos sociais, o ponto de vista dos pacientes e os instrumentos de controle médico e social.

A expansão, pela qual passa a história das doenças, deve-se ao alargamento das fronteiras da História, possibilitado pelo florescimento de áreas como a história demográfica, a antropologia social, a história da cultura material e mental e, porque não dizer, de um novo viés da história política¹⁰. No entanto, no Brasil, as pesquisas que envolvem as práticas médicas têm se destacado, por abordarem, geralmente, duas óticas de investigação: a relação com a experiência da enfermidade e a mediação das relações familiares com o doente. Os

⁸ OBREGON, Diana. De arbor maldito” a “enfermedad curable”: Los Médicos y la construcción de la lepra em Colômbia (1884-1939). In CUETO, Marcos. **Salud, Cultura y Sociedad em América Latina – Nuevas Perspectivas Históricas**. Lima: IEP, 1996, p. 161.

⁹ SILVEIRA, Ana Jackeline; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando História: uma historiografia das doenças. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**. COC-FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 2004, pp. 97-98.

¹⁰ SLACK, Paul e RANGER, Terence (org). **Epidemic and Ideas: Essays on the historical perception of pestilence**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, pp. 1-2.

estudos, voltados para uma história das doenças ou de uma doença particularmente, ainda são pouco visíveis na historiografia¹¹.

Este trabalho pretendeu estabelecer alguns níveis de compreensão acerca do combate à *lepra*, que mobilizou vários setores da sociedade cearense a partir da década de 1920, mais especificamente na cidade de Fortaleza. Nesse estudo, procurou-se dar ênfase às políticas nacionais e locais engendrados pelos poderes e saberes para o trato com uma das enfermidades mais estigmatizadas de toda a história humana. Objetivou-se possibilitar um entendimento acerca das ações desenvolvidas pelos vários segmentos que lidaram com essa enfermidade em Fortaleza e até que ponto essas ações foram resultantes da agenda estabelecida pelo Governo Federal no combate à doença. Nessa perspectiva, as práticas oficiais e filantrópicas de combate à *lepra* serão analisadas.

Deste modo, propôs-se uma análise que, inicialmente partindo da agenda sanitária do Governo Federal dos anos de 1920 e das tentativas do Estado do Ceará de inserir-se nessa agenda, procurou compreender o papel ocupado pela endemia leprótica no âmbito das questões de saúde pública no Ceará, a partir das primeiras ações encetadas para o combate à doença. Assim, abordou-se o tema desde as denúncias na imprensa acerca do surgimento dos primeiros casos da enfermidade, às campanhas para a edificação dos leprosários e preventórios, passando pelas tímidas ações governamentais dos primeiros anos da década de 1920 até a década de 1930.

Na segunda parte desta investigação, discutiram-se algumas transformações mais efetivas ocorridas no Ceará no campo da saúde pública a partir de 1933, bem como os indícios

¹¹ Na produção historiográfica brasileira, ainda afigura-se em pequeno número (ou são pouco conhecidos) os trabalhos que abordam a lepra como objeto de pesquisa. Dentre os mesmos pode-se citar cinco dissertações de mestrado e uma tese de doutorado (elencadas na bibliografia), além do trabalho de Ítalo Tronca *As Máscaras do Medo: lepra e aids*, que merece especial destaque em virtude de portar uma análise cultural do fenômeno das duas enfermidades, explorando a conexão entre literatura e doença.

de um maior entrosamento entre os poderes local e federal na perspectiva da promoção de ações de saúde mais eficientes. É também perceptível após 1935 e principalmente após o Estado Novo, a ampliação dos recursos financeiros enviados ao Ceará para o setor da saúde pública e, mormente, para o combate à *lepra*. Nesse sentido, ocorreram melhoramentos no Leprosário Antônio Diogo, ampliação do Dispensário Oswaldo Cruz bem como, posteriormente, a construção do Leprosário Antônio Justa e do Preventório Eunice Weaver, instituições modelares no tratamento e profilaxia do *Mal de Lázaro* em terras alencarinhas.

No tocante à documentação, os jornais propiciaram o entendimento do papel da Igreja e das associações de caridade no trato com a *moléstia*. A documentação oficial do MESP (relatórios, boletins, regimentos, regulamentos, estatutos) foram fundamentais para o entendimento da rede burocrática que envolvia as ações de saúde propostas pela União. Os Relatórios dos Presidentes de Estado, Interventores e Diretores dos órgãos de Saúde Pública - possibilitaram a compreensão dos acordos efetuados entre o Governo Federal e do Estado do Ceará, para as ações de combate à *enfermidade bíblica*. No tocante à profilaxia e tratamento da doença, os artigos e revistas médicas permitiram visualizar a percepção dos vários especialistas e as controvérsias acerca da etiologia da *lepra* bem como as melhores formas de combatê-la¹². Algumas entrevistas foram realizadas e embora não constituam peças importantes para o *corpus* do trabalho como um todo, propiciaram alguns níveis de compreensão para algumas questões não compreendidas na aproximação com as demais fontes.

A periodização definida para esta investigação (1920-1942) está ligada a dois eixos. É por volta de 1920 que têm início as primeiras notícias sobre a *lepra* em Fortaleza e

¹² A documentação oficial propicia uma leitura das políticas encetadas pelo Governo Federal no combate à doença e sua repercussão nos estados, enquanto os jornais oferecem a possibilidade de se observar a aplicação dessas mesmas políticas. Os jornais médicos, no entanto, trazem à tona a fragilidade dos tratamentos e profilaxia da enfermidade, único momento em que percebe-se uma certa contradição entre o discurso médico e o discurso do estado, sempre afinados em relação ao trato com a doença.

durante toda a década, observou-se uma certa movimentação da sociedade civil no sentido de encontrar alternativas para o trato com a doença. Já os anos 1930 representaram algum avanço na perspectiva do interesse “oficial” pela enfermidade e são marcados (principalmente após 1935) por um razoável esforço do Governo Federal para construir novos leprosários e propiciar melhorias nos já existentes, ancorado na perspectiva que o isolamento era a única forma de manter a segurança dos cidadãos indenes. Os dois primeiros anos da década de 1940 são importantes, em virtude da Reforma do MES (Ministério da Educação e Saúde) de 1941 e da inauguração do Leprosário Modelo do Ceará em 1942. Assim, o período situado entre os primeiros anos da década de 1920 bem como os primeiros da década de 1940 foram cruciais para a história dessa endemia no Ceará e para o entendimento da montagem das primeiras estruturas de saúde pública no Ceará.

Nos últimos anos, historiadores, demógrafos, antropólogos, cientistas sociais de modo geral, enfim, têm descoberto que as enfermidades podem representar grandes possibilidades de compreensão da experiência histórica. Entende-se que as doenças carregam um repertório de práticas e construções discursivas que refletem a história intelectual e institucional da medicina, bem como podem representar uma grande oportunidade para desenvolver e legitimar políticas públicas, facilitar e justificar o uso de certas tecnologias ou ainda podem possibilitar o conhecimento das condições materiais de existência de um determinado grupo, na medida em que sanciona uma interação entre enfermos e gestores de saúde pública¹³.

Em síntese: acredita-se que esse trabalho pôde estabelecer alguns níveis de compreensão acerca do impacto que causou na população fortalezense a convivência com o *Mal de Lázaro*, bem como possibilitou o conhecimento das estratégias utilizadas pelos

¹³ ARMUS, Diego. **Entre Médicos y Curanderos: Cultura, História y Enfermedad em la América Latina Moderna**. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002, p. 12.

poderes e saberes para o trato com a enfermidade. Permitiu também uma compreensão dos processos que engendraram a instalação dos primeiros aparatos em saúde pública no Ceará e em que medida esses mecanismos foram ou não importantes para a profilaxia e tratamento da *lepra* no Estado¹⁴.

¹⁴ É importante esclarecer que neste trabalho utiliza-se o vocábulo *lepra* para designar a enfermidade hoje conhecida como hanseníase, embora no período em estudo várias patologias da pele pudessem ser diagnosticadas como *lepra*. Assim, não se faz uso do termo hanseníase ou hanseniano para não incorrer em anacronismo, embora a palavra apareça no corpo do texto em itálico bem como a palavra *leproso*.

PRIMEIRA PARTE
TEMPO DE CAMPANHAS (1920-1930)

CAPÍTULO I: A CONFORMAÇÃO DE UMA AGENDA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NO CEARÁ

1.1 Saúde, higiene e saneamento: a salvação da nação brasileira

O período situado entre o final do Império e 1930 é fundamental para analisar o surgimento de agências estatais centralizadas com o objetivo de tratar das questões de saúde no Brasil. O fracasso das ações públicas na promoção da saúde não deve ofuscar o fato de que houve efetivamente, ao longo do período, constituição de poder público e aumento da capacidade de seu exercício sobre as elites e a população em todo o país via políticas de assistência à saúde e de saneamento, com impacto sobre o sistema político, sobre os grupos envolvidos com o problema e sobre a própria capacidade do Estado de produzir políticas durante a Primeira República. Deste modo, as políticas de saúde pública¹⁵ tiveram um papel central na criação e no aumento da capacidade do Estado brasileiro de intervir sobre o território nacional e efetivamente integrá-lo, independentemente de uma avaliação dos resultados dessa política sobre a saúde da população¹⁶.

Um dado importante para a compreensão da necessidade de organização de uma agenda de saúde pública no Brasil na primeira república está intimamente ligado ao processo de constituição de uma ideologia de nacionalidade:¹⁷ a construção de uma identidade nacional. A campanha pela reforma da saúde pública e pelo saneamento dos sertões alcançou repercussão nacional e objetivava estabelecer uma crítica à oligarquização da república, especialmente ao princípio da autonomia estadual que impedia uma ação federal coordenada

¹⁵ Entende-se por políticas de saúde pública, ações estatais que visavam preservar a saúde de determinadas parcelas da população.

¹⁶ HOCKMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da Interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, vol 6, n 11, 1993, p. 46 a 61.

¹⁷ CASTRO SANTOS, Luis Antonio de. O Pensamento Sanitarista na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. In **Dados: Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: 1985, pp. 193-210.

capaz de promover o combate às epidemias e endemias e melhorias efetivas na saúde da população.

O “saneamento do Brasil” com ênfase no combate às endemias e epidemias rurais por meio de políticas de saúde pública trazia na sua gênese a perspectiva da “salvação da nação”. Orientados por um nacionalismo que objetivava resgatar as “coisas nacionais” e livrar o país dos males representados pelas doenças, renomados sanitaristas do período entendiam que aquelas eram o principal problema nacional¹⁸. Assim, o que estava em jogo era a formação de indivíduos com consciência cívica comprometidos com a construção de uma nação civilizada. Ao alistarem-se na “cruzada nacional” para estender as campanhas sanitárias aos sertões, acreditavam os sanitaristas brasileiros estar contribuindo para a retirada de milhares de brasileiros da obscuridade, do atraso e da ignorância. Tais reflexões estão incorporadas aos vários trabalhos¹⁹ que abordam direta ou indiretamente o tema da saúde pública na chamada “república velha” atualmente e tem constituído um ponto de partida para os estudos referentes a este tema.

A Liga Pró-Saneamento (LPS) e suas ações constituíram “a face organizada” do movimento sanitarista a partir de 1918 e foram responsáveis pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) aprovado em fins de 1919. Mas, a partir de 1918, as políticas de saúde já apontavam uma certa tendência para um processo de intervenção estatal posterior no país. O Serviço de Profilaxia Rural (SPR) vai constituir-se no instrumento da ação federal nos estados na área da saúde pública. Essa intervenção estatal foi ampliada com a criação do DNSP que coordenava as ações de saúde pública nos estados através dos serviços de saneamento rural.

¹⁸ 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 VENTURA, Ricardo (orgs). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1996, pp. 23-40.

¹⁹ Os trabalhos de Luis Antonio de Castro Santos, Nísia Lima Trindade e Gilberto Hochman apontam para a perspectiva acima aventada.

O DNSP foi uma agência maior, mais complexa e mais centralizada que o seu antecessor Departamento Geral da Saúde Pública (DGSP), cuja atuação era restrita aos portos e capital da República. O citado órgão incorporava, sob os auspícios de uma legislação sanitária, os serviços de higiene defensiva, a polícia sanitária, a profilaxia geral e a higiene domiciliária do Distrito Federal. Criado em 1897 e vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o DGSP tinha ainda como atribuições: a direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; os estudos sobre as doenças infecto-contagiosas; a organização de estatísticas demográficas e sanitárias e o auxílio aos estados, através de solicitação dos governos ²⁰.

Foram criados também no mesmo período o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela (SPFA) e o Regulamento Processual da Justiça Sanitária, que, sem dúvida, objetivavam ampliar a assistência aos estados e à população interiorana, mas, na prática, suas ações eram muito limitadas se comparadas às reais demandas de saúde pública no Brasil.

Desse modo, compreende-se que, a partir de 1920, o país assistiu a um lento processo de interiorização dos serviços de saúde, com o Estado como formulador e gestor da chamada política de “salvação nacional” por meio do saneamento e da saúde pública. Segundo os estudiosos do período, a reforma da saúde pública nas duas últimas décadas da primeira república foi caracterizada como um dos elementos mais importantes no processo de construção de uma ideologia na nacionalidade²¹, fundamental para a idéia da “invenção” da nação brasileira. Assim, a reforma sanitária foi o caminho para a construção da nação e a higiene, o instrumento por excelência de erradicação das várias doenças que grassavam no interior do Brasil.

²⁰ HOCKMAN, Gilberto. A Saúde Pública em Tempos de Capanema: continuidades e inovações. In BOMENY, Helena: **Constelação Capanema: intelectuais e políticos**. Editora da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro: 2001, pp. 130-131.

²¹ CASTRO SANTOS, Luis Antonio. O Estado e a Saúde Pública no Brasil (1889-1930). Rio de Janeiro: **Dados: Revista de Ciências Sociais**, vol 23, n 2, 1980, pp. 201-202.

O DNSP ampliou consideravelmente as atribuições legais do Governo Federal. Criado a partir do decreto n 3.987, de 02 de janeiro de 1920, podemos destacar, dentre as suas muitas responsabilidades: os serviços de higiene do Distrito Federal; profilaxia rural no Distrito Federal, Estados e Território do Acre; estudos e pesquisas científicas de interesse da saúde; produção, fornecimento e fiscalização de vacinas, soros e produtos congêneres; fornecimento de medicamentos oficiais; inspeção médica dos imigrantes; assistência a doentes que necessitem de isolamento no Distrito Federal; fiscalização de esgotos; fiscalização de produtos farmacêuticos postos à venda, dentre outros.

Deste modo, não é equivocado afirmar que, através do DNSP, o governo federal inaugurou uma política de aproximação com os estados, na medida em que ensaiava uma agenda de cooperação no âmbito da saúde pública que envolvia, grosso modo, os estados e a União. Essa política se caracterizou fundamentalmente pela criação dos SPR sob inspiração da LPS cujo objetivo principal era “sanear os sertões”. Através dos SPR o governo federal transferiu recursos aos estados para desenvolverem “ações de saúde” principalmente no combate às endemias.

O país adentrou o século XX diante de um quadro sanitário catastrófico. As chamadas endemias rurais, como a ancilostomose, a malária e a doença de chagas, grassavam pelo interior do Norte do país e nas periferias dos centros urbanos, ao mesmo tempo em que se registrava a presença avassaladora de doenças infecto-contagiosas, como a varíola, as doenças venéreas e a tuberculose, além dos refluxos da febre amarela.

Em resumo: os movimentos pela conformação de uma agenda de saúde pública tiveram um forte impacto sobre o crescimento do aparelho do Estado e sobre uma ideologia da construção nacional. Essas reflexões, de modo geral, dividiram o movimento sanitarista em dois momentos: o primeiro, que correspondeu à primeira década do século XX, foi marcado pela administração de Oswaldo Cruz à frente dos serviços públicos federais (1903-1909)

basicamente no Distrito Federal e nos Portos. A principal característica do período foi a prioridade dada aos serviços públicos na capital federal e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola. A segunda fase do movimento sanitarista (1910-1920) foi voltada para o “saneamento rural” em especial ao combate às endemias rurais (ancilostomíase, esquistossomose, malária e mal de chagas) a partir da descoberta dos sertões de seus habitantes abandonados e diante da perspectiva de curá-los e efetivamente integrá-los à comunidade nacional²². No período pós-1930 o movimento pela “redenção dos sertões” parece ter perdido o vigor da década anterior, pois as campanhas sanitárias adquiriram caráter mais localizado. A reforma administrativa no Ministério da Educação e Saúde em 1941 implicou na verticalização, centralização e ampliação das ações do governo federal²³.

A constituição de um aparato estatal na área da saúde iniciou-se efetivamente nos anos de 1920, ganhando caráter nacional e acelerando-se na década seguinte. O Código Sanitário de 1920 efetivamente deu maior poder ao governo federal para intervir nos estados. Em poucos meses onze estados haviam firmado acordos com o governo federal para a criação de postos de profilaxia. Sete, eram das regiões norte e nordeste²⁴ e dentre esses o Ceará. No entanto, em que medida esse “esforço saneador” foi encampado pelos poderes locais? A instauração dos postos de profilaxia e a ação do SPR representaram alguma alteração no quadro da saúde pública no Ceará? Pode-se falar efetivamente em conformação de uma agenda de saúde pública no Ceará na década de 1920?

²² HOCKMAN, Gilberto. A Saúde Pública em Tempos de Capanema: continuidades e inovações. In BOMENY, Helena (org). **Constelação Capanema: intelectuais e políticos**. Editora da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro: 2001, pp. 130-131.

²³ LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Editora da Fiocruz, Rio de Janeiro: 2002, pp. 31-32.

²⁴ BRAGA, José Carlos. **A Questão da Saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública**. Campinas, Unicamp, 1978, pp. 31-32.

1.2 A Conformação de uma Agenda de Saúde no Ceará

A instalação dos primeiros aparatos de saúde pública no Ceará é lento, devido a uma série de questões. Do ponto de vista econômico, somente a partir do século XIX, o Ceará foi inserido na lógica do comércio internacional, em virtude da produção algodoeira. Com o crescimento desta, marcado pela grande procura do produto no mercado internacional, tornou-se viável um sensível crescimento da capital da Província, que vai experimentar um relativo desenvolvimento urbano. As questões referentes à saúde pública, no entanto, encontravam-se inseridas no âmbito da filantropia e/ou nos auxílios emergenciais do governo federal em momentos de calamidade. Do ponto de vista político, as oligarquias encasteladas nos cargos de mando no Estado, não priorizaram ações de higiene ou estabeleceram efetivamente uma agenda de saúde pública em período anterior à década de 1920. Por outro lado, não pode-se desconsiderar o peso da medicina popular e as desconfianças da população em geral em relação à medicina científica que buscava ainda seu espaço e legitimação nos rincões dos sertões cearenses.

Os vários aparatos urbanos criados para Fortaleza na transição do século XIX para o século XX, não puderam alterar o quadro nosológico²⁵ marcado pela frequência de endemias e epidemias. Apesar das medidas de limpeza e da eliminação dos focos de miasmas em meados do século XIX, uma grande epidemia de febre amarela invadiu a cidade em 1851 e na década seguinte, o cólera²⁶ atingiu dois terços da população em todo o Ceará. Durante o

²⁵ Nosológico: referente à NOSOLOGIA. Nosologia é a parte da medicina que trata da classificação das doenças. In BUENO, Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. Editora FTD, São Paulo: 2001, p. 543.

²⁶ BUENO, Silveira. Cólera: doença infecciosa aguda, contagiosa, em geral epidêmica. O mesmo que cólera-mórbus. Op. Cit. p. 176.

período em questão, constata-se a ocorrência de pelo menos seis surtos epidêmicos, dentre os quais, o de varíola²⁷, ocorrido em 1878, de efeitos intensos e devastadores²⁸.

Durante todo o período imperial, foi tarefa das Câmaras Municipais responsabilizar-se pela saúde da população. Tal atribuição cabia mais diretamente ao Médico da Pobreza que tinha entre as suas funções fiscalizar, inspecionar e atuar na Clínica da Pobreza. Tais serviços eram o que se podia denominar de Saúde Pública por todo o século XIX no Ceará e em Fortaleza. O auxílio às províncias, através de solicitação dos governos estaduais ocorria somente em momentos de calamidade. Quando as epidemias atingiam a capital ocasionando centenas de óbitos, as “solicitações” eram atendidas através de recursos financeiros para que fossem montados os Distritos Sanitários e Enfermarias Provisórias, além da distribuição gratuita de medicamentos. Debelada a crise, os poderes locais voltavam ao improvisado que constituía sua prática de longas datas, no que concernia à saúde da maioria da população²⁹.

Nas duas primeiras décadas do século XX no Ceará, eram comuns ainda o Paludismo³⁰, que, via de regra, era encontrado ao longo da região litorânea, a varíola que reincidia constantemente em vários recantos distantes do Ceará (embora atacada com uma estratégia de vacinação razoável), o Trachoma³¹, que atingia sobremaneira a população sertaneja idosa e as doenças venéreas, principalmente a Sífilis³², cujas maiores vítimas eram as mulheres³³. Para além dessas questões, as autoridades ligadas à saúde pública reclamavam

²⁷ BUENO, Silveira. Varíola: doença infecciosa, contagiosa, caracterizada por febre alta com erupção cutânea que deixam cicatrizes. Op. Cit. p. 789.

²⁸ BARBOSA, José Policarpo. **História da Saúde Pública no Ceará – da Colônia a Vargas**. Fortaleza: Edições UFC, 1994, pp. 62-63.

²⁹ BARBOSA, Carlos Jacinto. **A Experiência dos Moradores de Fortaleza com a Saúde e a Doença**. Tese de Doutorado em História. PUC/São Paulo. São Paulo: 2003, mimeo, pp. 22-23.

³⁰ BUENO, Silveira. Impaludismo ou Malária: infecção produzida por protozoários. É também chamada de febre intermitente, maleita e sezão. Op. Cit. p. 499.

³¹ BUENO, Silveira. Trachoma, hoje tracoma, doença infecciosa da córnea ocular e pálpebra. Op. Cit. p. 762.

³² BUENO, Silveira. Sífilis: doença contagiosa transmitida pelo *treponema pallidum*. Op. Cit. p. 714.

³³ Almanaque do Ceará: Estatístico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário para o ano de 1922. Fortaleza, 1922, pp. 88-89.

a falta de um *vaccinogêneo*, o que dificultava mormente o serviço de profilaxia das doenças contagiosas, principalmente.

Em 1920, foram criados os SPR no Ceará, cuja função principal seria, por meio de medidas sanitárias, tentar reverter o quadro de miséria e abandono em que viviam as populações rurais, pois o enfrentamento destas questões exigia a criação de estruturas de saúde e higiene mais amplas. A instauração dos SPR marcou o início da implementação de práticas sanitárias modernas no Estado, além de motivar a formação de profissionais interessados por saúde pública onde destacaram-se Francisco do Amaral Machado, Carlos Ribeiro e Antonio Justa³⁴.

No entanto, em princípios do século XX, a situação da saúde não parecia muito diferenciada daquela observada nas últimas décadas do século XIX. Em Mensagem à Assembléia Legislativa o Presidente do Estado Nogueira Accioly (1878-1912)³⁵, deixava claro que o papel da organização e prática da saúde pública no Ceará era desempenhado por associações caritativas e de fundo filantrópico com pequenas subvenções por parte do estado:

“...o papel do estado a tal respeito havia sido o de auxiliar aos particulares, as associações e fundações, subvencionando-as e fiscalizando por força dos preceitos aconselhados pela medicina e pela higiene. As associações são as seguintes: a Santa Casa de Misericórdia cuja benemerecência todos conhecem, presta assistência aos enfermos; o Asilo São Vicente de Paula aos alienados; o Asilo de Mendicidade aos velhos e aos que se acham em estado de inaptidão para o trabalho e o Colégio da Imaculada Conceição à infância abandonada, libertando-a da servidão, da miséria e da ignorância. Ressente-se o estado de ação, já que o serviço de amparo e proteção aos enfermos, limitado como se acha à assistência hospitalar, preciso se faz ampliá-lo,

³⁴ Francisco do Amaral Machado, chefe do Serviço de Saneamento Rural e Diretor do Serviço de Higiene do Estado durante o governo de Justiniano de Serpa, Presidente do Estado do Ceará de 1920 a 1924. Carlos Ribeiro foi Diretor dos Serviços de Higiene do Estado do Ceará entre 1916 e 1920, na gestão do Presidente João Thomé Saboya. Antonio Justa foi o primeiro diretor clínico do Leprosário Antonio Diogo (1928 a 1941) e o maior nome da leprologia no Ceará, dedicou-se não só profissionalmente à esta área da medicina, como foi um militante na defesa dos interesses dos enfermos de lepra. **Boletim da Colônia Antônio Justa**. Ano II, N. 3, Sítio São Bento, agosto de 1953. p 51-54.

³⁵ SOUZA, Maria da Conceição. **Estudos Biográficos Cearenses**. Fortaleza, Imprensa Universitária: 1986, p. 27. Antônio Pinto de Nogueira Accioly, nasceu em 1840 e em 1864, bacharel em Direito, ingressou no serviço público, primeiro como promotor, depois como juiz. Casou-se com a filha do Senador Pompeu. Com a morte do sogro, assumiu a direção do Partido Liberal no Ceará. Com o apoio de Floriano Peixoto na Presidência, assumiu o governo do Estado: nomeou parentes e pessoas de sua confiança para postos estratégicos e para o legislativo bem como fez amplo uso pessoal do dinheiro público. Tinha o apoio de Pinheiro Machado e Padre Cícero e tratava com violência seus opositores.

adotando providências que se traduzam em socorro imediato aos doentes que transitam pela via pública aos turgúrios.³⁶”

A Mensagem do Presidente Nogueira Accioly sugere que as ações de medicina e higiene estavam completamente a cargo da filantropia. O Relatório aponta apenas o trabalho da Inspetoria de Higiene que atuava no combate à febre amarela nos hotéis e casas de pensão além da preparação de uma “limpha vaccínica.” Insinuou ainda que ao poder legislativo devia-se o estado sanitário da capital:

“Urge o poder legislativo conceder a dotação orçamentária necessária para a aquisição de novos aparelhos e aperfeiçoar os que já existem no Departamento de administração a que se acham ligados os interesses da saúde pública³⁷.”

Uma análise mais acurada da citada mensagem revela uma extrema superficialidade nas informações prestadas. Todos os temas são apresentados sem detalhamento e de forma genérica. Os dois itens um pouco mais circunstanciados são aqueles que dizem respeito ao Serviço de Inspeção e Defesa Agrícola e à Instrução Pública. Tal fato é compreensível diante do poder que o oligarca Accioly desempenhava no Estado, onde as mensagens por ele dirigidas à Assembléia eram meramente pró-forma³⁸.

A vitória do Marechal Hermes nas eleições para a presidência da República, em 1910, abalou as estruturas da política do “café com leite” propiciando um remanejamento das forças políticas nos estados. Com o objetivo de organizar uma base aliada para o novo presidente e para os grupos que o apoiaram, o senador gaúcho Pinheiro Machado propôs a criação de uma nova agremiação partidária, o Partido Republicano Conservador (PRC). Com

³⁶ Mensagem Dirigida à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará, pelo Presidente Dr. Antônio Pinto Nogueira Accioly. Fortaleza, julho / 1911, p. 10.

* Optou-se por modernizar a grafia das citações para tornar mais fácil a compreensão dos fragmentos extraídos da documentação primária.

³⁷ Op. Cit, p. 34

³⁸ Ao assumir interinamente a Presidência do Estado - após o movimento que retirou Nogueira Accioly do poder - Antônio Frederico de Carvalho Mota reivindicou maiores verbas para a Inspetoria de Higiene, para que fosse organizado um serviço de resultados seguros em benefício da saúde pública. BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p.68.

este partido, que seria de alcance nacional, o líder gaúcho pretendia manter um maior controle sobre o jogo político, num momento em que os partidos regionais nada mais eram que expressões das oligarquias poderosas, muitas vezes abrigadas sob a sigla do Partido Republicano.

Tentando quebrar o monopólio dessas oligarquias, o governo federal lançou a política de “salvações nacionais” que em síntese tratava-se de intervenção nos estados para substituição das oligarquias. Em 1911 o governo tomou medidas para intervir em São Paulo (onde viu frustradas suas tentativas), obtendo sucesso em Pernambuco, Alagoas e Bahia bem como no Ceará.

Em sua longa vigência, a oligarquia acciolyna pautou-se por inúmeras arbitrariedades. Além do nepotismo e das fraudes eleitorais foram freqüentes os desvios do dinheiro público. Contra seus opositores lançou mão de empastelamento de jornais, deportações, espancamentos e assassinatos. A indignação, que seus desmandos causaram em grandes parcelas da população fortalezense, culminou numa ampla explosão popular. Entre 21 e 24 de janeiro de 1912, ocorreu uma insurreição espontânea nas ruas e praças da capital que acabou por depor o oligarca Nogueira Accioly³⁹.

³⁹ Segundo o autor, a revolta foi o ponto de ebulição de um momento de crescente tensão política que começara no segundo semestre do ano anterior, 1911. Era o fim de mais um mandato de Accioly no que a oposição se mobilizou para lançar a candidatura do tenente-coronel Marcos Franco Rabelo. A candidatura Rabelo encontrou ampla aceitação na cidade e a campanha se desenvolveu através de sucessivos comícios com a larga presença de populares. O clima já tenso, agravou-se com três passeatas pró-rabelo. Nas duas primeiras – ressaltando-se que a segunda foi organizada pela LIGA FEMININA e contava com centenas de mulheres – a policia acciolyna interveio provocando correrias, atropelos e gente ferida. Mas, foi na terceira, uma passeata reunindo mais de 600 crianças em 21 de janeiro de 1912, que a cavalaria investiu sobre os manifestantes ocasionando o princípio do enfrentamento armado entre civis e policiais que só terminaria no dia 24 com a rendição de Accioly. PONTE, Sebastião Rogério. **Fortaleza Belle Époque: Reforma Urbana e Controle Social (1860-1930)**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2001, p. 45.

As eleições vieram logo após a revolta com a vitória do candidato da oposição Marcos Franco Rabelo (1912-1914). Ao assumir a Presidência do Estado, Franco Rabelo⁴⁰ qualificou de “embrionário e anárquico” o que existia no Ceará em termos de saúde pública e higiene. Nesse sentido, propôs dividir o Ceará em cinco zonas ou distritos incumbidos de serviços públicos. Seriam esses distritos: Fortaleza, Crato, Sobral, Quixadá e Aracati. Cada zona com um delegado de higiene e assistência, funcionário remunerado pelo Estado. Ressaltou ainda o presidente que a Inspetoria de Higiene do Ceará (IHC) já possuía soros antidifitéricos e anti-tetânicos remetidos regularmente pelo Instituto de Manguinhos⁴¹.

Em relação à Saúde Pública, Franco Rabelo procurou efetivar a Polícia Médica. Deste modo, procurou assegurar, junto à assembléia, verbas mais amplas com o objetivo de melhorar a salubridade pública através da aquisição de laboratórios e fiscalização de gêneros alimentícios. Porém, a grande contribuição de Franco Rabelo, neste campo, foi a criação do Instituto de Amparo e Proteção à Infância Desamparada sob a direção da Inspetoria de Higiene, inaugurado em maio de 1913. O Instituto contava com três médicos que prestavam assistência à *infância* na capital além da distribuição de leite gratuita e diariamente para as crianças cadastradas⁴².

Os anos seguintes foram marcados pela ausência de políticas públicas de saúde no Estado. Segundo o Presidente Liberato Barroso (1914/1916)⁴³ os serviços de assistência à

⁴⁰ Marcos Franco Rabelo nasceu em Fortaleza a 25 de abril de 1851. Dotado de vocação militar prestou inúmeros serviços à província até concorrer em fevereiro de 1912 ao governo do Estado do Ceará. Assumiu o cargo em 14 de julho do mesmo ano, permanecendo apenas por dois anos na direção do governo estadual. Em 1914 veio da região do Cariri um exército de sertanejos comandados por coronéis acciolistas e abençoados pelo Padre Cícero para depor pela força das armas o novo governo. O governo federal interviu e substituiu Rabelo antes que um novo conflito acontecesse. Não suportando as pressões de seus opositores, inclusive do Presidente da República, Franco Rabelo deixou o posto assumindo em seu lugar o Coronel Setembrino de Carvalho. SOUZA, Maria da Conceição. Op. Cit. p. 47.

⁴¹ Mensagem Dirigida à Assembléia Legislativa do Ceará, pelo Presidente do Estado Tenente Coronel Marcos Franco Rabelo. Fortaleza, julho / 1913, pp 14-15.

⁴² PONTE, Sebastião Rogério. Op. Cit. pp. 89-90.

⁴³ Benjamim Liberato Barroso nasceu em Aracati em 1830. Governou o Ceará em três ocasiões: a primeira por quatro meses (janeiro de 1891/abril 1891) a segunda por seis meses (fevereiro de 1892/julho de 1892). E a

saúde pública continuavam entregues à Santa Casa de Misericórdia que recebia poucas subvenções estaduais para auxiliar no seu funcionamento, sobrevivendo efetivamente de doações. Quanto às medidas de higiene e saúde durante a sua gestão, Liberato Barroso enfatizou a limpeza do Palácio da Presidência, do Edifício da Assembléia e da Cadeia Pública⁴⁴. A imprensa destacou nesse ano os reflexos da grande seca de 1915 que assolou o Ceará e o Nordeste, enfatizando que a calamidade propiciava a real visibilidade da situação sanitária do Estado.⁴⁵

A estiagem de 1919 assumiu a feição de calamidade pública e segundo o Presidente de Estado João Thomé de Saboya e Silva (1916-1920)⁴⁶ emigraram vinte mil cearenses para outros estados da federação. Segundo o Presidente:

“ Tão exíguos foram os socorros diretos com que nos acudiu em todo 1919, não foram o governo do país além de cem contos de reis entregues ao governo do estado no início da calamidade e cerca de duzentos contos destinados a diversas instituições de caridade, quantias essas devidamente insignificantes⁴⁷”

O então Diretor de Higiene⁴⁸ do Estado, Dr. Carlos Ribeiro, reafirmou a posição do presidente ao enfatizar que a situação sanitária do Estado lhe proporcionava “triste notoriedade.” Consoante o médico, as doenças do aparelho digestivo eram as que mais acometiam os cearenses e a principal causa era atribuída à inexistência de um serviço de abastecimento de água e ao uso das águas do subsolo que não eram submetidas a qualquer

terceira por dois anos (junho de 1914/ julho de 1916). Foi Deputado Federal e Senador da República. SOUZA, Maria da Conceição. Op. Cit. p.51.

⁴⁴ Mensagem Dirigida a Assembléia Legislativa do Ceara pelo Presidente do Estado Cel. Benjamin Liberato Barroso. Fortaleza julho / 1916, pp. 9-10.

⁴⁵ Durante o ano de 1915 morreram 900 pessoas na capital. E entre agosto de 1915 e abril de 1916 o número de óbitos atingiu a cifra de 2.727 em todo o estado. Segundo a Gazeta Oficial aumentaram no período os casos de boubas e trachoma. Jornal Diário do Estado. Fortaleza, 28 de maio / 1916, p.02.

⁴⁶ João Thomé de Saboya e Silva nasceu em Sobral em 1870 e era engenheiro de formação. Governou o Estado do Ceará entre 1916 e 1919 bem como foi Senador da República no período de 1921 a 1930. SOUZA, Maria da Conceição. Op. Cit. p. 31.

⁴⁷ Mensagem apresentada á Assembléia Legislativa do Estado do Ceará pelo Dr. Carlos Ribeiro, Diretor de Higiene do Estado do Ceará. Fortaleza, julho / 1918, p. 05.

⁴⁸ A Inspeção de Higiene do Estado foi autorizada pela lei número 1.394 de 02 de outubro de 1916. LEAL, Vinicius Barros. **História da Medicina no Ceará**. Secretaria de Desportos e Ação Social. Fortaleza. 1979, p.28.

tipo de tratamento. Para além dos problemas sanitários da cidade e da estiagem àquele ano, uma epidemia de paludismo e a confirmação de mais de 300 casos de ancilostomíase nos arredores de Fortaleza foram suficientes para criar uma crise nos Serviços de Higiene. A mobilização dos setores filantrópicos na tentativa de debelar tal crise é enfatizada nas mensagens e relatórios das autoridades do Estado⁴⁹.

Em 1920 foi criado o Serviço de Profilaxia Rural (SPR) no Ceará mediante acordo firmado entre os gestores locais e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A criação e posterior funcionamento desse serviço, nos estados, dependia de um acordo financeiro firmado entre estes e o governo federal. O acordo possibilitava à União enviar profissionais qualificados aos estados para chefiar tais serviços bem como havia um pequeno repasse financeiro.

Ainda assim, a criação do SPR no Ceará viabilizou a instalação dos primeiros Postos de Saúde para a prestação de serviços sanitários à população. Em Fortaleza foi criado o Posto de Saúde Central, no bairro do Outeiro e em Sobral e Juazeiro do Norte foram abertos mais dois postos em, respectivamente, 1922 e 1924. Também como prolongamento do SPR foi criado o Dispensário Oswaldo Cruz, primeira instituição a lançar olhares (ainda que fortuitos) para a questão da *lepra* no Ceará.

Na ocasião da celebração do convênio com a União para a instalação dos SPR no Ceará, o então Presidente de Estado Justiniano de Serpa⁵⁰ (1920-1923) declarava:

“A conjugação de esforços entre o Estado e o Serviço de Profilaxia Rural vai aos poucos alcançando o objetivo visado, que consiste principalmente na erradicação das endemias reinantes no território do Ceará. A multiplicidade de atribuições, entretanto,

⁴⁹ Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Ceará pelo Dr. João Thomé de Saboya e Silva, Presidente do Estado. Fortaleza. Julho / 1919, pp. 37-38.

⁵⁰ Governador do Ceará de 1920 a 1923, Justiniano de Serpa era oriundo dos segmentos populares, porém obteve ascensão social graças à sua formação intelectual e as relações que conseguiu desenvolver com os poderosos do seu tempo. Jornalista, advogado e depois juiz de direito participou das campanhas abolicionista e republicana. Tomou posse em julho de 1920, renunciando porém, em junho de 1923 por problemas de saúde, assumindo então o vice Ildefonso Albano. SOUZA, Maria da Conceição. Op. Cit. p.33.

conferida ao nosso serviço de higiene está a reclamar aparelhamento higiênico, permanência da defesa da população, para cuja requisição solicito dessa ilustre assembléia os recursos necessários (...) é forçoso admitir que nos faltam aquisições básicas para a organização de uma defesa sanitária. Sem hospital de isolamento, sem desinfectório, sem vacinogêneos, sem laboratórios, sem as instalações de assistência, sem o que é básico em tais campanhas, tudo nos fica mais caro, difícil e menos eficiente nos momentos de abertura e epidemias.⁵¹”

Como pode-se observar através da Mensagem do Presidente do Estado, em 1921, faltavam os aparatos minimamente necessários para o combate às várias epidemias e endemias frequentes no Ceará: um hospital de isolamento, um local para vacinação, um laboratório e ao que parece um número maior de profissionais qualificados para este fim. Como os Serviços Federais começaram a ser implementados na década de 1920 e os acordos com os estados estavam, na sua maioria, ainda sendo celebrados, a mensagem do Presidente não devia estar distante da situação sanitária real do Estado.

No Ceará, os Serviços Sanitários – tanto na capital como no interior – foram entregues a uma Comissão Federal chefiada pelo Dr. Francisco do Amaral Machado⁵². Os custos de tais serviços foram divididos em partes iguais entre o Estado e a União. Tais serviços consistiam basicamente em:

fiscalização da alimentação pública, destruição de animais e insetos, policiamento das habitações particulares e estabelecimentos comerciais e combate aos surtos epidêmicos e às endemias⁵³”.

De acordo com o chefe do SPR, à exceção dos serviços acima citados, como a fiscalização do que era vendido para a alimentação da população nos estabelecimentos comerciais – carne e leite, principalmente e da eliminação de possíveis focos de infecção das habitações na capital, foi assegurado apenas o combate às chamadas endemias rurais.

⁵¹ Mensagem do Presidente de Estado Justiniano de Serpa à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza. Abril / 1921, p. 18.

⁵² Francisco do Amaral Machado foi o primeiro representante do governo federal na diretoria dos Serviços de Saneamento Rural no Ceará. Ao iniciar a gestão de Justiniano de Serpa acumulou duas funções: chefe do Serviço de Saneamento Rural e Diretor do Serviço de Higiene do Estado. BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p.72.

⁵³ Relatório do Dr. Francisco do Amaral Machado, chefe do Serviço de Saneamento Rural e Diretor de Serviço de Higiene do Estado. Fortaleza. Abril / 1922, p. 45.

Em agosto de 1921, foi inaugurado o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas no Ceará. Tal serviço era responsabilidade da Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas (ILDV) diretamente subordinada à diretoria do DNSP e sob a chefia do dermatosifilógrafo⁵⁴ Eduardo Rabello⁵⁵. No Ceará, as “doenças venéreas” eram prioritárias para atendimento e tratamento em virtude da classe médica considerar o número de doentes de sífilis na capital alarmante⁵⁶. O Dispensário Oswaldo Cruz inaugurado em 1922 realizava os serviços referentes ao tratamento dessas enfermidades em Fortaleza.

Como pode-se observar, os principais serviços federais idealizados numa perspectiva de combate às endemias foram instalados no Ceará. Além dos serviços de profilaxia rural, da inspetoria da lepra e doenças venéreas e dos dois postos de profilaxia no interior, o Posto Central de Fortaleza abrigou o Serviço de Proteção à Febre Amarela (SPFA) sob os auspícios da Fundação Rockefeller, que iniciou seus trabalhos no Ceará em 1923⁵⁷.

Os relatórios do Chefe do Serviço de Saneamento no Ceará sugerem grandes dificuldades na efetiva implementação dos serviços sanitários. Fortaleza contava, no início da década de 1920, com aproximadamente 78.536 habitantes e um único Posto para organizar e pôr em prática os vários aparatos sanitários (vacinação, assistência aos doentes, fiscalização), além da profilaxia da varíola. O Dispensário Oswaldo Cruz concentrava seus esforços no trato das “doenças venéreas” e muito particularmente da sífilis, cujos números eram muito altos na

⁵⁴ Dermato-sifilógrafo era o especialista que estudava conjuntamente a lepra e as doenças venéreas. CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1996, p. 93.

⁵⁵ Em 1906, Eduardo Rabelo foi aprovado em primeiro lugar para a cátedra de dermatologia e sifilografia da Faculdade do Rio de Janeiro, organizando o laboratório de dermatologia da faculdade. Na década de 1920 Rabelo elaboraria e executaria o primeiro Programa Nacional de Combate à Sífilis. No início dessa mesma década o mesmo seria nomeado para a direção geral da então criada Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Em 1925 assumiu a presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia bem como ocupou a Chefia das Enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Após sua morte em 1940, seria substituído na Faculdade, na Sociedade e na Inspetoria por Oscar da Silva Araújo onde permaneceria até sua morte em 1942. CARRARA, Sérgio. Op. Cit pp. 91-92.

⁵⁶ Almanaque do Ceará: estatístico, administrativo, mercantil, industrial e literário para o ano de 1922. Op. Cit. 1922, p. 132.

⁵⁷ Relatório do Presidente de Estado Justiniano de Serpa à Assembléia Legislativa Estadual. Fortaleza, Abril / 1923, p. 16.

capital – cerca de 2.200 pessoas em tratamento – principalmente entre o segmento feminino que somava 70% dos casos ⁵⁸. A Fundação Rockefeller conseguia bons resultados no trato com a Febre Amarela embora a média fosse de 200 doentes em tratamento nos anos de 1920-1921⁵⁹.

A imprensa cearense, mormente o jornal *O Nordeste*, reconhecia que alguns serviços na área da higiene mereciam destaque: aqueles da fiscalização de alimentos, bem como a remodelação feita nos serviços da Diretoria de Higiene do Estado, em que a polícia sanitária realizava fiscalizações regulares das habitações particulares, dos estabelecimentos comerciais e industriais, matadouros e cemitérios, do fabrico e consumo de bebidas alcoólicas, além da destruição de insetos e animais como mosquitos, ratos e cães.

No entanto, ainda, segundo Mensagem à Assembléia em 1923, o Presidente Justiniano de Serpa criticava as bases de um novo acordo proposto pela União para a manutenção dos Serviços de Profilaxia e Saneamento no Estado:

“O Governo Federal tomara a iniciativa de, alterando o contrato então existente, solicitar que o estado entrasse, anual e adiantadamente com a quota integral que lhe cabia, ou fossem, duzentos contos ao invés dos oitenta que deveria pagar para a realização dos serviços de saneamento.

Nessa emergência o Governo do Estado comunicou ao da União não ser possível ao Ceará satisfazer ao compromisso que lhe era solicitado. Tomou o governo do Estado a deliberação de entrar com a quota de cem contos de réis para os cofres da união, o mesmo fazendo o Governo Federal com igual importância. Essa providência reduziu à metade a verba destinada ao serviço de saneamento”.⁶⁰

As políticas de Saúde Pública no Ceará, e mais especificamente em Fortaleza, foram tendo que adaptar-se, nas devidas proporções, aos formatos sugeridos pelo novo modelo de saúde ainda em gestação, pois o funcionamento de uma agenda de saúde dependia dos acordos firmados entre o governo federal e os estados onde cada um fazia a sua parte.

⁵⁸ Almanaque do Ceará – Estatístico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário para o ano de 1923. Op. Cit. p. 123.

⁵⁹ Relatório do Dr. Clóvis Moura, Diretor de Higiene Pública do Estado ao Presidente Ildefonso Albano. Fortaleza. Abril / 1924, p. 07.

⁶⁰ Mensagem do Presidente do Estado Justiniano de Serpa à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza. Abril / 1922, p. 48.

Na prática, nas primeiras décadas do século XX, os planejamentos e/ou ações pontuais e sistemáticas de políticas de saúde pública dos poderes dominantes no âmbito federal ou estadual, foram realizados muito lentamente também em virtude das razões que as motivaram. Se a saúde foi um instrumento de mudança controlada como afirmam os especialistas, outorgado pelas elites em diferentes contextos políticos estaduais, o maior ou menor dinamismo com que foram implementadas, estavam também subordinadas a dois fatores principalmente: à vontade política das elites locais e às condições econômicas de cada estado para firmar os acordos com o governo federal.

Apesar das iniciativas dos poderes públicos nas tentativas de promoção de uma agenda mínima de saúde pública para o Ceará nos anos de 1920, não é possível desprezar a constituição de um conjunto de práticas desenvolvidas em período anterior por particulares e um razoável número de associações beneficentes localizadas em Fortaleza e em algumas cidades de maior porte, com vistas a promover ações de saúde para a população pobre e/ou indigente. Pode-se citar como exemplo dessas práticas a criação da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (1861) e do Asilo de Alienados de Porongaba (1905), a fundação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) em 1913, totalmente beneficente, cujo objetivo era diminuir a mortalidade infantil em Fortaleza, cujos índices eram alarmantes⁶¹. Outro exemplo que pode ser aventado é a fundação da Maternidade João Moreira, em 1915, considerado o primeiro serviço de assistência à mulher no tocante à gravidez e ao parto. Cabe aqui também citar a criação do Instituto Pasteur em 1919, cujo capital inicial foi angariado através de doações de particulares entre outros. Pode-se citar ainda: Hospital Santo Antônio

⁶¹ BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. pp. 73-74.

dos Pobres, em Iguatu, Hospital São Francisco de Assis, no Crato, Posto de Proteção à Maternidade e à Infância, em Maranguape e a Santa Casa de Misericórdia de Sobral⁶².

Ao afirmar-se que no âmbito da promoção saúde dos menos favorecidos, as iniciativas particulares e filantrópicas tiveram um importante papel, não pretende-se afirmar sua supremacia sobre as ações do Estado até porque a maioria dessas instituições foram criadas antes dos serviços oficiais de saúde. E houve efetivamente medidas sanitárias que possibilitaram alguns melhoramentos no âmbito da higiene e da saúde pública como, por exemplo, um melhor controle dos surtos epidêmicos.

1.3 A “lepra” na agenda da Saúde Pública

Apesar de na Reforma da Saúde de 1904, Oswaldo Cruz⁶³ ter incluído no Regulamento Sanitário Federal (Decreto 5.156 de 8-3-1904) a *lepra* entre as doenças de notificação compulsória, para efeito de isolamento domiciliar, no Sexto Congresso Médico Brasileiro realizado em São Paulo em 1907, foram aprovadas três moções que contradiziam o regulamento sugerindo: 1- Isolamento dos leprosos em colônias agrícolas, aproveitando as ilhas desabitadas do Litoral. 2- Notificação compulsória da moléstia e 3- Criação e Educação dos recém-nascidos filhos de leprosos nos orfanatos do Estado.

É necessário informar que no início do século XX no Brasil era delicada a medida profilática de isolamento dos *leprosos* e havia ainda muita resistência da sociedade em geral a essa ação, considerada por muitos extremamente radical. Apesar da medida do isolamento ter

⁶² As moléstias como tifo, difterias, febres intermitentes, oftalmias, sífilis e sarampo eram combatidas pelo SPR. Já a tuberculose, que figurava permanentemente nos números da clínica médica, iniciava sua marcha pelo interior e capital, agravando sobremaneira, o quadro sanitário já tão complexo do estado do Ceará. Almanaque do Ceará – Estatístico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário para o ano de 1923. Op. Cit. pp.78-79.

⁶³ Oswaldo Cruz, discípulo de Pasteur, talvez seja o mais famoso sanitarista brasileiro de sua época em virtude das suas polêmicas batalhas contra a febre amarela, peste bubônica e à sua ênfase à vacinação obrigatória com o auxílio das suas “brigadas sanitárias” e o total apoio do Presidente Rodrigues Alves e do Prefeito da capital federal Pereira Passos. SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina:** mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

sua origem vinculada ao estigma da doença presente em séculos anteriores, no século XX essa escolha parecia estar ligada à impossibilidade científica em definir medidas que impedissem a propagação da enfermidade ou mesmo em descobrir um medicamento que pudesse propiciar a cura do paciente⁶⁴. Em 1913, a declaração de Oswaldo Cruz à imprensa carioca, sugerindo o isolamento dos leprosos em ilhas dividiu opiniões. Mas, dado o seu prestígio como sanitarista, suas afirmações tiveram grande repercussão e acabaram orientando o debate nas várias sociedades médicas do Distrito Federal, no sentido da elaboração de um plano a ser enviado ao governo, como base para uma regulamentação especial para a profilaxia da lepra. Para a concepção desse Plano, foi organizada pela Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro uma comissão, formada por médicos conceituados e de renome cujo objetivo era estabelecer as medidas que deveriam ser implementadas com relação à profilaxia da lepra no território nacional⁶⁵.

A citada comissão ficou conhecida como Comissão de Profilaxia da Lepra⁶⁶ e após meses de trabalho, encaminhou ao Governo Federal, na forma de Projeto de Lei, uma série de sugestões cujo carro-chefe consistia no isolamento compulsório.

O isolamento deveria ser obrigatório para todos os leprosos sem distinção de classe e somente em casos excepcionais seria permitido o isolamento domiciliar, porém, sob rigorosa vigilância sanitária. É importante esclarecer que, segundo as sugestões da Comissão, o isolamento não deveria ocorrer em asilos, mas em Colônias Agrícolas, onde os doentes válidos (sem comprometimentos motores) pudessem exercer suas atividades. No âmbito das

⁶⁴ CUNHA, Vivian da Silva. **O Isolamento Compulsório em Questão: políticas de combate à lepra no Brasil**. Dissertação de Mestrado em História. COC/Fiocruz, Rio de Janeiro: 2005, mimeo, p. 32.

⁶⁵ MACIEL, Laurinda Rosa. **A Hanseníase e a Saúde Pública: a comissão de profilaxia da lepra (1915-1919)**. Encontro da ANPUH NACIONAL, 2001 - GT História das Doenças.

⁶⁶ Essa comissão era formada por 15 especialistas. Havia representantes da Academia Nacional de Medicina, da Sociedade de Medicina e Cirurgia, Sociedade Brasileira de Dermatologia, Sociedade Médica dos Hospitais e Associação Médico-Cirúrgica. Encontro da ANPUH NACIONAL, 2001 - GT História das Doenças.

Colônias poderiam ser criados espaços para isolamento voluntário de abastados mediante contribuição necessária.

Somente para os doentes indigentes e/ou inválidos é que seriam criados asilos ou leprosarias em número suficiente para assegurar todas as necessidades do país. Ou seja: O item que dispõe sobre o isolamento dos doentes – propunha a criação de espaços de segregação, dentro de um espaço já de segregação por excelência que é o leprosário. Se os enfermos “abastados” deviam viver separados dos “indigentes” conclui-se que o *leproso indigente* sofria dois tipos de constrangimento: um da sociedade de modo geral e outro do seu grupo de convivência.

A proibição absoluta de venda de produtos industriais ou agrícolas manipulados por *leprosos*, excetos nos leprosários, deveria ser rigorosamente observada assim como deveria ser instituída a proibição formal ao leproso de exercer qualquer profissão que o pusesse em contato com a população sadia. Daí conclui-se que a sugestão do afastamento dos *lázaros* das suas atividades profissionais, sem apresentar qualquer tipo de alternativa de inserção deste trabalhador em alguma outra atividade remunerada, o deixava sem alternativa de sobrevivência a não ser ingressar nos leprosários*.

No âmbito da vigilância, a indicação era tornar mais rigorosa a notificação compulsória dos casos de lepra e dos suspeitos, procedendo à vigilância sanitária das habitações coletivas para restringir a difusão da doença e evitar a peregrinação dos leprosos. Nos domicílios com leprosos, recomendavam-se rigorosas medidas contra a proliferação dos mosquitos capazes de veicular a *lepra*, conforme a crença de Adolpho Lutz⁶⁷, um dos membros da Comissão.

* Apenas a aposentadoria remunerada e isolamento de qualquer servidor público leproso era providenciada sem muita burocracia. CUNHA, Vivian da Silva. Op. Cit. p. 35.

⁶⁷ Adolpho Lutz iniciou seus estudos sobre doenças que se manifestavam por lesões na pele (entre elas, a lepra) ao estabelecer-se como clínico em Limeira no interior de São Paulo em 1880. No final desta década, estimaria em torno de cinco a dez mil leprosos no Brasil, a maioria em São Paulo. Mudou-se de Limeira para a capital

Dentre as sugestões avaliadas pela Comissão já citada, obteve destaque a atenção que deveria ser dada ao casamento entre leprosos, que deveria ser evitado sempre que possível. Este deveria apenas ser tolerado sob vigilância médica, devendo ser tomadas as medidas cabais de profilaxia em relação à descendência: os filhos dos leprosos deveriam ser retirados dos pais ao nascer e criados em asilos anexos aos leprosários. Uma lei regulando a anulação do casamento nos casos dum cônjuge ser ou ficar leproso deveria ser criada além de uma outra que impedisse a entrada de leprosos estrangeiros no país⁶⁸.

O Primeiro Congresso Médico Paulista realizado em dezembro de 1916 debateu amplamente o *problema da lepra*. Emílio Ribas⁶⁹ abordou a situação da lepra em São Paulo apresentando 1.711 doentes bem como externou o seu desagrado em relação à possibilidade de encerrar os *leprosos* paulistas na Ilha dos Porcos (próxima a Santos). Na sua fala, combateu o isolamento insular como “o mais grave dos embaraços para a profilaxia da lepra,” elogiou o isolamento domiciliar e se insurgiu contra o isolamento compulsório além de recomendar a proteção às famílias dos *leprosos*⁷⁰. O irônico é que em 1918 – no Oitavo Congresso Médico Brasileiro - foi justamente Emílio Ribas quem apresentou o projeto do Leprosário de Santo Ângelo e décadas depois, São Paulo, seria justamente o estado a empenhar mais rigor no processo de isolamento compulsório dos doentes de *lepra*, lançando

paulista e publicou numerosos artigos e alguns livros fora do país. Foi um dos principais defensores da transmissibilidade da lepra pelos mosquitos (culicídeos). NEIVA, Arthur. **Necrológio do Professor Adolpho Lutz (1985-1940)**. Rio de Janeiro: Editora Imprensa Nacional. 1941.

⁶⁸ SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César. **O Combate à Lepra no Brasil: 40 anos de atividade**. Rio de Janeiro: Gráfica Milone Ltda. Abril de 1944, pp. 7-8. Arquivos Capanema. CPDOC.

⁶⁹ Emílio Marcondes Ribas nasceu em São Paulo em 1862. Formou-se em 1887 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi Diretor do Serviço Sanitário de São Paulo durante duas décadas. Trabalhou no combate a várias endemias e epidemias como a febre amarela, a peste bubônica e a lepra. Foi fundador do Instituto Soroterápico de Butantã, colaborou para a fundação do Sanatório de Campos de Jordão para tratamento da tuberculose. NEIVA, Arthur. **Defendendo São Paulo e suas iniciativas no combate a lepra**. Discurso proferido na Câmara dos Deputados em 28/10/1937. Rio de Janeiro: Editora Imprensa Nacional. 1941.

⁷⁰ MONTEIRO, Yara Nogueira. **Da Maldição Divina à Exclusão Social: um estudo da Hanseníase em São Paulo**. Tese de Doutorado em História. USP / São Paulo. São Paulo, 1995, mimeo, p. 182.

mão de um conjunto de medidas onde destacavam-se a delação dos enfermos e a condução à força de vários *leprosos* às colônias paulistas⁷¹.

Em maio de 1918, o Presidente da República Venceslau Brás (1914-1918), sancionou o Decreto 13.001 criando o Serviço de Profilaxia Rural com vistas a exterminar as endemias rurais, porém, sem incluir a *lepra* entre as enfermidades a serem combatidas, devendo a luta contra a mesma ser de responsabilidade de cada estado. Alguns estados –como foi o caso de Minas Gerais e Paraná – quando da assinatura do convênio com a União para a realização da profilaxia rural, incluíram nos seus regulamentos a *lepra* entre as doenças a serem combatidas na agenda do SPR, obtendo assim, uma maior mobilidade orçamentária para o trato com a doença. A maioria dos estados não fez uso desse expediente tendo que arcar, portanto, com as despesas em torno da profilaxia da lepra.

Somente em 1920, quando foi criado o DNSP, da qual fazia parte a Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas (ILDV) como já foi dito, é que, em 1921, a citada Inspetoria iniciou, por intermédio do Serviço de Profilaxia Rural, o censo dos leprosos em alguns estados. O objetivo do censo, além de proceder uma investigação quanto ao número de leprosos existentes no país, era descobrir a situação de cada estado em relação à enfermidade para projetar, com maior segurança, estratégias de combate à doença.

O Decreto Federal 16.300, publicado em dezembro de 1923, aprovando o Regulamento Sanitário Federal, trazia um extenso capítulo com uma legislação específica sobre a lepra, elaborado por Eduardo Rabelo⁷². Nessa regulamentação eram sugeridas medidas de combate à lepra, em que sobressaíam-se aquelas que visavam o combate aos

⁷¹ MARANHÃO, Carlos. **Maldição e Glória: a vida e o mundo do escritor Marcos Rey**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

⁷² Em 1920, Eduardo Rabelo elaborou o primeiro regulamento da IPLDV, primeira legislação brasileira específica sobre a profilaxia da lepra e doenças venéreas. Essa legislação sofreu duras críticas apesar de estar ancorada nas diretrizes propostas pelos Congressos Internacionais. As críticas maiores eram em virtude da mesma, permitir o isolamento domiciliar bem como a intervenção da União nos estados no sentido de por em prática profilaxia da doença. **Brazil Médico**. Rio de Janeiro, 4 de julho de 1920, p. 481.

culicídeos (mosquitos), uma vez que os mesmos eram vistos como prováveis transmissores dessa dermatose, teoria já ventilada nos debates da Comissão de Profilaxia da Lepra em 1915.

Apesar da atuação da IPLDV que acontecia em grande monta nos Dispensários, a grande medida profilática no trato com os leprosos resultou na inauguração de asilos e/ou colônias, que na década de 1920, foi considerada a medida de grande impacto no combate à *morphéa*. Nessa década, foram inauguradas as Colônias Agrícolas do Prata (Pará – 1924); Santo Ângelo (São Paulo -1928); São Francisco de Assis (Rio G. do Norte -1929); Souza Araújo (Acre-1930) e os Leprosários São Roque (Paraná-1926) Antônio Diogo (Ceará - 1928) e Belisário Pena (Amazonas -1930)⁷³.

⁷³ SOUZA-ARAÚJO. Herálides César. **O Combate à Lepra no Brasil: balanço de 40 anos de atividade**. Rio de Janeiro, 1944, p. 19. Arquivos / Capanema-CPDOC.

CAPÍTULO 2: A LEPRA EM DEBATE: CONTROVÉRSIAS E INCERTEZAS

2.1 O surgimento da lepra: controvérsias

“A lepra é uma afecção de todo o corpo. Provoca pústulas e excrescências, a reabsorção dos músculos – principalmente entre o polegar e o indicador - a insensibilidade das extremidades, gretas e afecções cutâneas. São sinais que anunciam o fim, a corrosão da cartilagem entre as narinas, mutilação das mãos e dos pés, aumento da grossura dos lábios e nodosidades em todo corpo, dispnéia e voz rouca”⁷⁴.

A *lepra*, hoje hanseníase, parece ser uma das mais antigas doenças que acometem o homem. Não parece haver notícias dessa enfermidade em período anterior aos sinais encontrados em esqueletos descobertos no Egito, datando do século II AC. Na Antiguidade, a *lepra* parece ter sido freqüente e os gregos antigos a denominavam de *elefantíase*. O termo *lepra* parece ter sido usado por Hipócrates que a definia como doença de pele com lesões escamosas⁷⁵.

Apesar de caracterizada como uma doença “Bíblica”, estudiosos afirmam não existir referências diretas nas Escrituras ao termo *lepra*. Esclarecem que no século II depois de Cristo, nas atividades da Biblioteca de Alexandria, a doença do Levítico foi traduzida para o grego como *lepra*⁷⁶. Séculos depois, a igreja medieval teria sustentado que as lesões citadas pelas Escrituras eram sinais de impureza decorrentes de graves pecados cometidos, capazes de despertar a ira divina. Nesse sentido, as pessoas acometidas pelas infecções estariam sendo castigadas por Deus.

⁷⁴ BENIAC, Françoise. O Medo da Lepra. In LE GOFF, Jacques. **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1997. p 127.

⁷⁵ TAVARES, Clódis Maria. **Evolução da Endemia Hansênica no Estado do Ceará: características epidemiológicas e operacionais**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública / UECE. Fortaleza, 1997, mimeo, p. 18.

⁷⁶ UJVARI, Stefan Cunha. **A História e suas Epidemias: a convivência com os micro-organismos**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio/Editora Senac São Paulo, 2003, pp. 17-19.

Também no Oriente, a *lepra* era vista como uma moléstia apavorante. No Japão Antigo a enfermidade também era vista como impureza, poluição e manifestação de pecado. Na China Antiga as causas da doença remontavam a punição por pecado moral ou penetração de um “mal ar no corpo durante intercurso sexual, banho, sono ao ar livre ou sobre chão úmido.”⁷⁷

A questão das “origens da doença” não parecem tão relevantes quanto os padrões de comportamento que a mesma impunha. As causas atribuídas ao surgimento da enfermidade parecem ser as mesmas no Ocidente ou Oriente: sinal de falta grave ou pecado. Por outro lado, não parece ser correto apontar a tradição judaico-cristã como responsável pelo estigma que acompanha a doença e seus portadores. Observa-se que uma série de interdições e prescrições impostas aos *leprosos* foi constante nas mais variadas culturas e épocas.

Janette Farrel⁷⁸ destaca que no final do século XI e sistematicamente até três séculos depois, uma grande perseguição aos leprosos foi posta em prática, ancorada na crença da existência de um grande número de pessoas acometidas por *lepra*. Segundo a autora citada, justamente a partir do século XI a *moléstia* teria evoluído para proporções endêmicas, continuando em um nível alto até o século XIV, quando finalmente teria sofrido um declínio. Por volta de 1870, o *Mal de Lázaro* teria praticamente desaparecido dos países europeus, quando é detectado nas Américas.

As hipóteses sobre o surgimento da *endemia leprótica* no Brasil são infundáveis. Todas, no entanto, afirmam que a *moléstia* não é autóctone. Para alguns, a introdução das fontes infectantes deve-se aos portugueses, durante o processo de colonização. Para outros, a enfermidade foi trazida pelos negros, através do tráfico dos mesmos. Para os médicos

⁷⁷ CLARO, Lenita B. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1995, pp. 32-33.

⁷⁸ FARREL, Janette. **A Assustadora História das Pestes e Epidemias**. São Paulo: Editora Ediouro: 2003, pp. 95-96.

portugueses residentes no Brasil, a expansão da doença devia-se ao clima e à “frouxidão dos costumes”⁷⁹.

O médico Heráclides César de Souza Araújo⁸⁰, um dos mais dedicados estudiosos do tema no Brasil, afirmava que foram as conquistas espanholas e portuguesas a expandirem os espaços geográficos dessa enfermidade. Para o médico, as “fontes infectantes” seguiram a trajetória do processo colonizador, destacando que as primeiras notificações da doença ocorreram no Rio de Janeiro, Bahia e Pará.

As teses que creditaram a inserção da *lepra* no Brasil aos negros aqui chegados na condição de escravos, circularam por bastante tempo e foram muito bem aceitas entre a classe médica até praticamente a década de 1930, principalmente entre os adeptos da ciência eugênica⁸¹. Para alguns setores da classe médica, principalmente aqueles concentrados nas cidades maiores do país, o foco da doença estava localizado nas populações paupérrimas perdidas nos grotões rurais em Minas Gerais, Goiás ou Nordeste.⁸² Assim, creditava-se os

⁷⁹ PINA, Luiz. **Materiais para a História da Lepra no Brasil do século XVII**. Lisboa: Agência Geral das Colônias, 1942, p 23/24.

⁸⁰ SOUZA-ARAÚJO, Heráclides. César. **A História da Lepra no Brasil (1500-1880)**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1938, vol 2, p 54. *Na área médica, mas de grande valor informativo é obra do médico Heráclides de Souza-Araújo que pesquisou e escreveu sobre a expansão da lepra no Brasil. Sua coletânea intitulada História da Lepra no Brasil em três volumes, abordou a questão no Brasil do período colonial ao período republicano.

⁸¹ A eugenia – misto de movimento social e ciência- no Brasil, pretendia responder as prementes questões sociais e de raça bem como a miséria e a falta de saúde da população trabalhadora, principalmente. A eugenia atraía médicos e sanitaristas além de tentar propor soluções para a situação racial do país, a capacidade brasileira e o destino nacional. STEPAN, Nancy. Eugenia no Brasil. In HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2004, pp. 333-335.

⁸²As acaloradas discussões sobre as origens da lepra no Brasil primaram pelas tentativas de afastar a possibilidade dos índios brasileiros já conhecerem a hanseníase antes da chegada dos europeus. A doença parece não ser mesmo de origem americana e o fato dos europeus terem atuado como elo de transmissão da moléstia é aceito pela maioria dos autores, no entanto, o fato do africano ter trazido consigo o *mycobacterium leprae* era bastante controverso. Nina Rodrigues afirmava que de 1500 a 1591 foram importados 50.000 africanos e que a eles se deve a disseminação do *mal de Hansen* no Brasil. Para este autor, o fato de 70% dos leprosos hospitalizados serem negros ou mulatos era a prova cabal da sua teoria. Entre aqueles que discordavam da proposição de Nina Rodrigues destacou-se Flávio Maurano. Para este autor, o fato da importação de escravos ser precedida por exames tanto nos portos de partida da África quanto nos de chegada na América, afastariam essa possibilidade. Prosseguindo na defesa da sua tese, destaca que os africanos representavam uma mercadoria valiosa e prejuízo nos seus negócios era algo que os traficantes queriam afastar. Se o africano contribuiu ou não com inserção da *lepra* é praticamente impossível comprovar. Porém, dadas as características peculiares da doença, isto é, o seu longo período de incubação é possível que africanos portando o bacilo tenham desembarcado no Brasil sem que apresentasse qualquer sintoma. Por outro lado atribuir aos africanos a

casos de *lepra* recorrentes no Brasil, às correntes migratórias de modo geral, aos portugueses colonizadores, africanos vindos na condição de escravos, até aos brasileiros que migravam de um estado para outro⁸³. No caso do Ceará, o perigo também teria vindo de fora, como sugeria o Dr. Guilherme Studart:

“(...) Não existente entre os aborígenens, desconhecida no tempo do médico Pinzon que com outros ilustra o período holandês no Brasil, reconhecida em documento público em 1697 firmado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro, disseminada em muitos pontos em Pernambuco, Bahia, onde no tempo do Conde da Barca contavam-se quase 4.000 doentes, no entanto, a lepra só invadiu o Ceará no século presente.(...)”⁸⁴

De qualquer modo, a *lepra* – assim como qualquer outra doença contagiosa, letal e de difícil diagnóstico - foi sempre considerada uma “moléstia de povos estranhos de terras distantes” creditada a povos incultos, a raças inferiores que a transmitiram para povos civilizados. Em qualquer época ou nação, a *morphéa* acarretou pavor e nenhuma sociedade adotou a enfermidade como autóctone.

2.2 As “Causas produtoras” da Lepra e o debate científico no Brasil

A *lepra* foi uma das primeiras doenças infecciosas a ser classificada segundo os preceitos da microbiologia por Gerhard Armauer Hansen (1841-1912), médico do Hospital dos Lázaros de Bergen. Nas células provenientes dos tubérculos cutâneos observou pequenos corpúsculos em forma de bastonete que denominou *bacillus leprae*, suspeitando que fosse o causador da doença em razão de sua presença constante nas lesões examinadas. Com material

“disseminação do mal” sugere uma elaboração racista e preconceituosa. Por último, é necessário assinalar que os exames e inspeções não podiam ser rigorosos e que os europeus não eram submetidos a qualquer tipo de exame. GANDRA JUNIOR, Domingos da Silva. A lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização. Tese de Doutorado em Sociologia / UFMG. Belo Horizonte, 1979, mimeo, pp.88-89.

⁸³ TRONCA, Ítalo. *As Máscaras do Medo: Lepra e Aids*. Campinas - São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

⁸⁴ STUDART, Guilherme, *Revista do Instituto do Ceará: Histórico, Geográfico e Antropológico*. Tomo XLVI. Ano XLVI. Fortaleza: 1932, p. 87.

examinado por Hansen em 1879, Albert Neisser produziu descrição mais consistente do bacilo graças ao emprego pioneiro de processos de coloração que se tornaram fundamentais para a observação desse e de outros microrganismos. Os médicos que começavam a especializar-se em bacteriologia em diversos países tentaram sem sucesso isolar o microrganismo *in vitro* ou através da inoculação em animais de experiência. Tais dificuldades tornavam difícil provar a conexão do bacilo com a lepra

Segundo Luciano Marcos Curi⁸⁵, chegou-se a acreditar que a *lepra* pudesse constituir a fase mais aguda da sífilis. Porém, prevaleceu também idéia da necessidade de um *vetor*, um agente intermediário que pudesse ocasionar a transmissão da doença. Esse agente transmissor poderia ser: sexo durante a gravidez ou menstruação, ausência de resguardo no pós-parto e consumo excessivo de carne de porco. Em suma, a *lepra* também foi apontada como resultado de uma série de inadequações comportamentais e alimentares.

As características distintivas da lepra foram estabelecidas cientificamente por dois médicos noruegueses: Daniel Cornelius Danielsen (1815-1894) e Carl Wilhelm Boeck (1808-1875) em 1848. Embora, de algum modo relacionassem a doença à condições anti-higiênica e desregradas de vida aliadas ao meio insalubre, afirmaram enfaticamente que a enfermidade leprótica era hereditária. Tal crença, disseminou-se por curto tempo e já no final da década de 1870 começara a refluir.⁸⁶

Adolpho Lutz⁸⁷ no seu “Estudos sobre a Lepra” escrito em 1885/86 analisou as inconsistências da teoria da hereditariedade e propunha uma semelhança da doença com a

⁸⁵ CURI, Luciano Marcos. **Defender os sãos e consolar os lázaros: lepra e isolamento no Brasil (1935-1976)**. Dissertação de Mestrado em História / UFU. Uberlândia – MG. Universidade Federal de Uberlândia, 2002, mimeo, p. 12.

⁸⁶ BENCHIMOL, Jaime e ROMERO SÁ, Magali. Adolpho Lutz e as controvérsias sobre a lepra. **Adolpho Lutz: Obra Completa**. BENCHIMOL Jaime e ROMERO SÁ, Magali. Rio de Janeiro. Editora da Fiocruz: 2004, pp. 28-29.

*ancilostomose*⁸⁸ e a considerava dificilmente transmissível. No entanto, apesar de parasitologista, assumia posição divergente daquela apresentada pelos adeptos do paradigma microbiano. Para Lutz, assim como para vários nomes importantes da parasitologia da época como Henry Leloir e Raphael Blanchard a veiculação da lepra se dava “por artrópodes, especialmente acarídeos e insetos, salientando-se entre estes, os mosquitos⁸⁹”. Teve grande repercussão a tese da veiculação da lepra pelo mosquito ou como era cientificamente caracterizada: transmissão culicidiana da *lepra*.

Nomes dos mais proeminentes da medicina e do sanitarismo no Brasil como Carlos Chagas⁹⁰ e Belmiro Valverde⁹¹ contestaram veementemente a teoria da transmissão culicidiana. As discussões foram acaloradas e tanto Oswaldo Cruz como Emílio Ribas também se mostraram infensos à transmissão da lepra pelos artrópodos hematófagos (morcegos). Na Argentina e no Paraguai entre a classe médica, creditava-se aos percevejos o vetor de transmissão da *lepra*.⁹² Com base no estudo da *lepra* nos seus aspectos clínicos nas ilhas havaianas e tendo elaborado com base na sua prática onze trabalhos onde procurava reafirmar a teoria do contágio pelos culicídeos, Lutz jamais abandonou a sua tese, mesmo quando a grande maioria dos cientistas internacionais e nacionais discordavam de tal teoria.

⁸⁸ Hoje ancilostomíase ou ancilostomose é uma enfermidade pelo ancilóstomo, conhecida popularmente como amarelão. BUENO, Silveira. Op. Cit. p.101.

⁸⁹ BENCHIMOL, Jaime e ROMERO SÁ. Op. Cit. pp. 72-73.

⁹⁰ Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, nasceu em 1879 em Minas Gerais. Ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1897. Em 1905 realizou a primeira campanha de profilaxia contra a (malária no interior de São Paulo. Carlos Chagas descobriu o agente patogênico e a descrição da moléstia. Ingressou em 1906 nos quadros do Instituto Oswaldo Cruz onde trabalharia toda a vida. Foi convidado pelo presidente Epitácio Pessoa para elaborar um código para a saúde pública. O novo regulamento foi aprovado em 1919 e entrou em vigor a partir de 1920. Foi chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública bem como representou o Brasil em vários comitês internacionais como membro permanente do Comitê de Higiene da Liga das Nações. BENCHIMOL, Jaime e ROMERO SÁ. Op. Cit. pp. 118.

⁹¹ Belmiro Valverde, nasceu em Alagoas na Bahia em 1884 e faleceu no Rio de Janeiro em 1963. Publicou e recebeu prêmios da Academia Nacional de Medicina pelos seus trabalhos relativos à profilaxia e tratamento da lepra. Endossava as teses contagionistas e polemizou com Adolpho Lutz por discordar frontalmente sua da Teoria Culicidiana. Por muitos anos chefiou o serviço de urologia da Policlínica do Rio de Janeiro além de professor da cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. BENCHIMOL, Jaime e ROMERO SÁ. Op. Cit. pp. 121.

⁹² NEIVA, Arthur. **Considerações sobre o Problema da Lepra: a lição de São Paulo – suas iniciativas e grande exemplo.** Discurso proferido na Câmara dos Deputados, Rio de Janeiro. Sessão de 28 de outubro de 1937, pp. 6-7.

A teoria da transmissão da *lepra* pelo mosquito era amplamente defendida por Adolpho Lutz. Desde 1886 que essa hipótese era aventada por estudiosos como Arnino, Scott e Blanchard entre outros de igual prestígio. O grande problema dessa teoria segundo seus críticos, era a ausência de fundamentação experimental, pois o “gérmen da lepra” não fora cultivado e todas as tentativas nesse sentido foram debaldadas.⁹³ Destarte, dadas as grandes dificuldades e os pontos obscuros da teoria culicidiana não obstante o peso da autoridade de Adolpho Lutz, a maioria dos cientistas brasileiros optavam por considerar a possibilidade da transmissão da enfermidade pelo mosquito, em meio a um conjunto de causas possíveis. Valverde era um dos poucos a afirmar que a transmissão da *lepra* pelo mosquito era apenas mais uma simples hipótese.

Em conferência na Academia Nacional de Medicina em princípios da década de 1920, Belmiro Valverde defendia seu ponto de vista em relação ao fato da *lepra* ser uma moléstia contagiosa, embora acreditasse que não havia elementos científicos suficientes para o entendimento da cadeia do contágio:

“Não me referirei ao problema da hereditariedade, visto estar definitivamente assentado que ela se transmite por contágio. Se, entretanto, a transmissão da lepra por contágio é um caso assentado, o mesmo não se dá quando se trata de saber o meio porque se dá esse contágio. Duas teorias se defrontam no particular: de um lado, a grande maioria dos autores admite o contágio direto da lepra, isto é, o contágio que se dá por intermédio dos germens eliminados pelos leprosos nas suas múltiplas formas; de outro lado vários cientistas admitem que esse contágio não seja direto, mas se dê de maneira indireta por intermédio de ectoparasitas. Os adeptos do contágio direto da lepra consideram também que os ectoparasitas possam mecanicamente servir de transmissores da doença; os que admitem o contágio indireto, sobretudo os cientistas brasileiros adeptos desta teoria, ficam quase que exclusivamente limitados ao mosquito como transmissor da lepra⁹⁴”

A propósito do assunto, convém ressaltar que vários foram os ectoparasitas apontados como agentes transmissores da *lepra*: ácaros, piolhos, pulgas, percevejos, moscas e

⁹³ VALVERDE, Belmiro. *Brazil Médico*. Op. Cit. pp. 180-183.

⁹⁴ VALVERDE, Belmiro. **A Transmissibilidade da Lepra**. Conferência proferida na Academia Nacional de Medicina. *Brazil Médico*. Rio de Janeiro, 08 de outubro de 1921, pp. 182-183.

mosquitos, especialmente. Os cientistas brasileiros de modo geral não eram afeitos às hipóteses que creditavam aos percevejos a transmissibilidade indireta da *lepra*, muito comum entre estudiosos argentinos, paraguaios e uruguaios.⁹⁵ O fato de muitos cientistas terem encontrado grande quantidade de bacilos de Hansen no tubo digestivo, patas, trombas e excrementos de moscas, levou-os a considerar a hipótese da mosca ser uma possível veiculadora da *moléstia*. No entanto, moscas apanhadas ao acaso tanto em enfermaria de leprosos como em locais onde havia doentes com lesões ulceradas de outra natureza, apresentavam bacilos em grande quantidade eliminados pelas fezes. Tal constatação diminuiu a probabilidade da mosca seguramente transmitir a *lepra*.

Durante a década de 1920, foram publicados alguns estudos que objetivavam estabelecer um quadro comparativo entre *lepra* a outras doenças, confrontando a patologia geral daquela com outras enfermidades. Tais estudos tinham o intuito de extrair dessas “analogias” conclusões práticas para a profilaxia da *moléstia*, sem no entanto, tentar estabelecer uma profunda identidade entre tais enfermidades..

No que tangia às relações entre a *lepra e ancilostomose* o Dr. Jaime Abhen Athar, discípulo de Adolpho Lutz e dedicado aos estudos e profilaxia da *lepra* no estado do Pará, acreditava que a *opilação* (obstrução do fígado) fosse o “fator notável, senão o único na transmissão da lepra,” demonstrou ser comum a eliminação de “bacilos da lepra nas fezes dos leprosos.” O médico citado apoiava suas conclusões nos exames que fizera em fezes de 105 leprosos, dos quais 51 foram positivos em relação ao *mycobacterim leprae*, o que na sua opinião atestava que a eliminação do bacilo pela mucosa intestinal era equivalente à eliminação nasal na qual se verificava a quase igual porcentagem de positividade. Deste

⁹⁵ NEIVA, Arthur. **Tratamento de Rotina e Experimental para a Profilaxia da Lepra**. Rio de Janeiro, [s.n] 1925, pp. 88-89.

modo, o médico concluía que “a disseminação da terrível moléstia será tanto maior, quanto mais propício às larvas dos vermes, forem as condições de clima e solo⁹⁶.

Para o Dr. Antônio Justa⁹⁷, do Serviço de Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas do Ceará, as larvas do *Ancilostomo* penetrava pela pele, sobretudo dos pés e pernas, mais facilmente em contato com terra contaminada pelas fezes, “prossegua sua caminhada podendo penetrar pela pele das mãos e braços⁹⁸. Ao que parece, para os médicos citados, os *leprosos* podiam ser portadores do ancilóstomo e do bacilo de Hansen ao mesmo tempo. Assim, o *mycobacterium leprae* coexistiria com as larvas do ancilóstomo⁹⁹ nas fezes expelidas pelos leprosos, responsáveis pela localização freqüente do primeiro sintoma da lepra: as afecções nos membros inferiores. Assim, o contágio da lepra resultaria da coexistência nos excretos dos *leprosos* do *mycobacterium leprae* com os ovos do ancilóstomo.

Para os médicos que comungavam dessa crença, a epidemiologia de ambas as doenças estava sujeita às mesmas vicissitudes climáticas e idênticas condições nosológicas. Ou seja: onde a *lepra* estivesse, ali reinaria também a ancilostomiase:

“Onde o clima fosse quente e úmido, nos vales dos grandes rios das regiões tropicais, à sombra das grandes plantações de canaviais, aí o índice de infecção de ancilostomose sobe e com este a freqüência da lepra. Sujeitas ambas as epidemiologias às mesmas condições climatéricas e telúricas, o *mycobacterium leprae* é introduzido no organismo humano pelas larvas do ancilóstomo que através da pele e as vias linfáticas vão ter ao intestino.”¹⁰⁰

⁹⁶ ATHAR, Abhen. **A Lepra e a Ancylostomose**. Revista O Hospital. Rio de Janeiro, 1927, p 133.

* Na Revista Ceará Médico, em dezembro de 1928, o Dr. Antônio Justa, comentou o artigo do Dr. Abhen Athar afirmando que os estudos do médico propiciaram “mais um meio conhecido de propagação desse terrível mal cuja profilaxia está a desafiar a atenção dos públicos poderes.

⁹⁷ Antônio Alfredo da Justa foi o maior nome da leprologia no Ceará entre as décadas de 1920 e 1940. Além de leprologista, foi um militante da luta contra a lepra no Estado participando de inúmeras campanhas para a construção da primeira Colônia de Leprosos do Ceará a qual foi diretor clínico até a sua morte em 1942. Foi também Inspetor Sanitário além de um dos principais colaboradores da também primeira revista médica do Ceará.

⁹⁸ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 08 de fevereiro de 1928, p 8.

⁹⁹ Gênero de parasitas do intestino do homem e de vários animais. BUENO, Silveira. Op. Cit. p.51.

¹⁰⁰ **Revista Ciência Médica**. Rio de Janeiro 17 de dezembro de 1927, p, 3.

Para Belisário Penna¹⁰¹, caso se confirmasse a hipótese da transmissão do “flagelo da lepra” pelas larvas do ancilóstomo “em consórcio diabólico com o bacilo” ficaria acrescido aos tremendos malefícios da *opilação*, mais este, de incomparável gravidade. Por via das dúvidas, sugeria Penna, que os esforços deveriam ser redobrados para impedir a poluição do solo por fezes humanas e pelo combate a todos os meios de opilação.

Na linha de estudos que visava relacionar a *lepra* a outras enfermidades, o Dr. Eduardo Rabelo, em Conferência à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, apresentou seu estudo comparativo entre a *lepra* e a tuberculose.

“Sem chegar a estabelecer uma perfeita identidade entre as duas moléstias, podemos afirmar que são irrecusáveis as semelhanças: em relação ao contágio, por exemplo, demonstra a estatística que a lepra é doença relativamente pouco contagiosa e que esse contágio se opera em 80% dos casos mediante contato íntimo e prolongado com leprosos: co-habitação na mesma casa e no mesmo leito (...) Não obstante, tal qual como na tuberculose é pouco elevada a cifra entre esposos. A convivência com o doente nas primeiras décadas de vida favorece a infecção que fica latente, em alguns casos se exteriorizando tempos após e em outros se extinguindo graças à resistência proposta pelo organismo, como na tuberculose (...) A curabilidade é outra noção que começa a ser disseminada em ambas, vislumbradas na possibilidade de cura no estágio inicial da doença em 50% dos casos, embora se reconheça que em alguns casos não são curas definitivas pois tem havido recidivas, cada vez entretanto em menor número¹⁰²”

Sugeria o médico que evidentemente profilaxia e tratamento deviam ser diferente para cada uma das doenças e para cada grupo de casos dentro do quadro dos doentes: para uns, isolamento, para outros, dispensários e para outros, a vigilância. Concluiu a conferência enfatizando que suprimir toda a segregação seria tão perigoso quanto admiti-la somente enquanto medida profilática.

As dificuldades em apreender a complexa etiologia da doença fizeram com que os especialistas tentassem, pelo menos, esclarecer sua sintomatologia na perspectiva de um

¹⁰¹ PENNA, Belisário. *O Jornal*. Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 1928. Comunicação publicada pelo jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 08 de fevereiro de 1928, p. 2.

¹⁰² RABELO, Eduardo. *Lepra e Tuberculose*. **Revista Brazil Médico**. Rio de Janeiro: 1928, p. 124.

diagnóstico precoce¹⁰³. No desenvolvimento da sintomatologia a lepra foi uma das doenças que mais se prestou a este exercício nos finais do século XIX, dada a dificuldade em estabelecer o seu agente etiológico de forma segura. Dentre os sintomas apresentados pelos especialistas alguns são comuns tais como: febre (ora intermitente, com calafrio inicial brando, depois agudo); alquebramento das forças; membros locomotores pesados; tendência ao sono (sono pesado/dominador); opressão abdominal; perturbação gastro-intestinal; renite perturbadora do ato respiratório; cefaléia; tonteiras; suores; zonas cutâneas anestésicas; pele seca; queda de pelos, afogeuamento geral da pele; formigamentos; fisgadas; picadas; sensações alternadas de calor e frio; anemia e alterações da menarca¹⁰⁴.

A erupção dos lepromas pode ser abrupta ou precedida de anestésias e máculas. Essas máculas de diversas cores, desde a cor branca à preta são consideradas por alguns leprólogos como tubérculos. A cor dessas máculas varia ainda com a idade, a raça, o clima, a estação, o temperamento e a pele do indivíduo. As máculas podem ser lisas, luzidias ou então descamativas, purpúreas, apresentando um verdadeiro eczema seco ou descamativo. Quando são granuloses ou verrucosos, já há como que uma proliferação de tubérculos¹⁰⁵.

As sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas dadas a essas sensações são feitas de acordo com códigos específicos a estes dois grupos. A capacidade de exprimir, pensar e identificar essas mensagens corporais está ligada a uma leitura que determinada significação qualificou como científica. No caso da *lepra*, o exercício da sintomatologia era fundamental e mais ainda: o foco no detalhamento consistia numa tentativa de “cercar” a doença nos seus pormenores.

¹⁰³ O destaque ao sintoma como forma de doença no sentido hipocrático perdurou até o século XVIII. Com o advento da clínica anátomo-patológica há uma reformulação do saber médico onde a semiologia médica passa a ser um conjunto sistematizado de técnicas que permite aliar a leitura de sintomas com a pesquisa de sinais. Se o médico com base no conhecimento científico interpreta sintomas e sinais como “doença” infere-se que o corpo do indivíduo não está no seu estado “normal”. Se o indivíduo não consegue trabalhar, comer, dormir ou realizar as atividades a que está acostumado está “doente”. FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004, pp. 97-99.

¹⁰⁴ SOUZA-ARAÚJO. Heráclides César. **Contribuição à Epidemiologia e Profilaxia da Lepra no Norte do Brasil**. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1933, pp. 16-17.

¹⁰⁵ AGUIAR, Antônio. **A Cura da Morphéia**. Rio de Janeiro: Tipografia Geral do Comércio, 1893, pp. 27-28.

2.3 Tentativas de profilaxia e tratamentos...

Se o Barão de Studart expressava sua preocupação pela constatação de casos de lepra no Ceará no final do século XIX, a constatação científica de que havia lepra no Brasil já preocupava o Marquês de Pombal por volta de 1774. Em ofício enviado à Faculdade de Medicina de Coimbra, apresentando o tratamento ora utilizado no Rio de Janeiro pelo Dr. João Francisco Ravin¹⁰⁶ para o combate à *morphéa*, solicitava:

“ ... que na Congregação da Faculdade de Medicina se examine com circunspeção e sem espírito de parcialidade os progressos e curativo da enfermidade chamada Mal de Lázaro. Este mal, conhecido há muitos séculos em Portugal e fora dele, sem de todo se atinar com sua verdadeira cura ainda que não mais tão freqüente, no Rio é comuníssimo. E pedindo a saúde dos povos desta Colônia Portuguesa que se ainda sua conservação é bem necessário que lhe dê um socorro próprio às suas exigências, examinando-lhe as causas daquela enfermidade pela informação e experiência de um homem, que parece hábil que assistiu anos nessa colônia examinando e curando o mesmo mal”¹⁰⁷

No citado ofício, o Marquês de Pombal afirmava que com os conhecimentos que possuía da doença acreditava que “da devassidão sensual dos povos americanos devia proceder a queixa se não, por infecção hereditária ou contraída”. O Marquês sugeria ainda, no referido texto, que a *lepra* fora erradicada de Portugal quando tratada com medicação anti-venérea e que na colônia portuguesa da América talvez o mesmo tratamento “fizesse algum efeito”.

O tratamento aplicado pelo Dr. Ravin compunha-se de uma junção de dieta alimentar, cuidados higiênicos e sangrias. No que dizia respeito à alimentação acreditava o médico que as pessoas deviam abster-se:

¹⁰⁶ Médico de nacionalidade desconhecida, radicado no Rio de Janeiro no século XVIII. **Materiais para a Lepra no Brasil do século XVIII**. Lisboa: Agência Geral das Colônias, 1942, p 8/9.

¹⁰⁷ PINA, Luiz de. **Materiais para a História da Lepra no Brasil do século XVIII**. Lisboa: Agência Geral das Colônias. 1942, pp 13-14.

“...das farinhas, legumes, mariscos e peixes crassos e indigestos que fazem o sustento da maior parte das pessoas do Rio de Janeiro; além do que as carnes que desta parte se vem vender são conservadas por meio de sal que se extrai das margens do Rio São Francisco. Se em Alexandria se comia carne de burro no Brazil se comem antas, capivaras, porcos do mato de toda espécie, pacas e tatus, todos esses animais são indigestos e seu uso continuado ocasiona erupções da pele e pruridos. A voz popular assevera que a anta e a capivara são sujeitas à morphéa¹⁰⁸”

Dizia o ainda o médico que os alimentos adequados eram a carne da perdiz do Brasil, que possuía carne seca e branca assim como a carne de “huns pássaros negros chamados no Brazil de annunos, excelentes nesta enfermidade para excitarem a transpiração aos que comerem delles com abundância”. Receitava também carne de crocodilo por ser “sudorífica” bem como:

“ Sangrias multiplicadas, os soros do leite e os banhos. Banhos feitos de cozimento de plantas saponáceas e amargosas. A limpeza e o asseio são indispensavelmente necessários...¹⁰⁹”

Além das sangrias que eram feitas a cada 3 ou 4 semanas ou ainda conforme a necessidade, os banhos diários e prolongados também eram recomendados. Estes banhos eram feitos por imersão, em águas tépidas e acrescidas de sabão, onde se fazia uso de uma esponja para acelerar a descamação. Depois do banho, sempre eram aplicadas algumas pomadas ou unguentos feitos de plantas ou óleo de amêndoas.

Também eram comuns as emissões sanguíneas por meio de sanguessugas, em doses receitadas de acordo com o estágio da doença e com a situação geral do doente. Podiam ser aplicadas de oito em oito, de dez em dez ou de quinze em quinze dias concomitantemente aos purgantes.

Domingos Vandelli, especialista em dermatoses e Professor da Faculdade de Medicina e Coimbra no século XVIII, recomendava no seu “Memória sobre a Lepra”:

¹⁰⁸ RAVIN, João Francisco. In PINA, Luiz de. **Materiais para a História da Lepra no Brasil do século XVIII**. Lisboa: Agência das Colônias. 1942, pp. 32-33.

¹⁰⁹ RAVIN, João Francisco. Op. Cit. pp. 34-35.

“Entre os remédios que se poderão inculcar seriam os seguintes os mais célebres: o sal de tamargueira; a Belladonna; o Extrato de Cicuta e o Mercúrio. O método que os médicos mais célebres tem até o presente julgado mais conveniente é o seguinte: depois de se terem aplicado os remédios diluentes refrigerantes e depurantes se devem ordenar os sudoríferos fazendo de quando em quando uso de banhos e particularmente dos caldos sulfúreos e de algum ligeiro purgante e por fim se prescreverá a Belladonna ou a Cicuta ou o Mercúrio”¹¹⁰

Porém, alertava o médico que toda essa terapêutica era conveniente nos estados de elefantíase que “ainda admitiam cura”. Se o enfermo já tivesse na pele os “cancros universais” seriam inúteis todos os remédios.

No Brasil, de modo geral, a terapêutica empregada para os vários tipos de doenças existentes, desde a época da colonização, consistia no uso das plantas medicinais com forte influência dos conhecimentos indígenas. Depois acrescentaram-se os conhecimentos médicos utilizados pelos jesuítas e africanos que também faziam amplo uso das ervas nativas. Assim, a medicina do Brasil constituiu-se inicialmente, a partir da fusão de várias formas de conhecimento, inclusive para o caso da *morfhea*.

Como combater a *lepra* antes da descoberta do bacilo isolado por Hansen era uma questão sem resposta. Mesmo depois de se saber sobre o bacilo, as tentativas de alcançar a cura pareciam inúteis. Os pesquisadores se deparavam com o bacilo estéril em todas as tentativas de cultura a que o submetiam, assim como sua inoculação em outros animais também não alcançava resultados.

A partir da segunda metade do século XIX em diante, as chamadas “causas produtoras” da *lepra* iam ganhando espaço no âmbito do debate médico. As razões apontadas para o surgimento da doença eram múltiplas e muitas vezes completamente divergentes entre si. De “péssimas condições higiênicas e morais” às “mielites”; das “comoções físicas” às

¹¹⁰ VANDELLI, Domingos. Memória sobre a lepra. Facsímile de manuscrito s/d. In: SOUZA-ARAÚJO Heraclides-Cesar de. História da lepra no Brasil. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, vol. I.

“lesões periféricas em consequência de lesões centrais” tudo e nada podiam produzir a enfermidade¹¹¹

No Brasil do século XIX, um dos principais centros de tratamento e estudo da *lepra* era o Hospital dos Lázaros no Rio de Janeiro. João Pereira Lopes, médico do hospital em 1869 e estudioso da doença, era adepto da tendência multicausal ou eclética que atribuía à etiologia da *lepra*, um conjunto de hipóteses onde cabiam as carências alimentares, o clima e principalmente a sífilis.

No citado hospital, por volta de 1870, os remédios experimentados podiam ser quimioterápicos produzidos em laboratórios europeus ou remédios preparados nas boticas locais. Neste hospital, ficaram famosos os testes produzidos com os sucos de plantas e raízes como a coroa de frade (*melocactus bahiensis*), leite de pinhão (*jatropha curcas*), figueira brava (*ficus*), mandioca amarga (*manihot utilíssima*) e o inhame ingerido como alimento. O Hydrocotilo Asiático foi muito utilizado no tratamento das escrófulas com utilidade também no tratamento dos reumatismos crônicos. Os preparados de arsênico, o bromo e seus compostos combinados com “águas sulfurosas” para banhos foram receitadas para as úlceras e sardas provocadas pela doença. Outra terapêutica em uso no Hospital dos Lázaros eram os banhos mornos de trapoeraba (*tradescantia sp*) e mamono branco (*carica sp*), um cozimento de cevada, além do soro de leite¹¹². Vaselina pura para as úlceras e solução de permanganato de potássio para “injeções rínicas”.

Uma dieta alimentar era também observada na terapêutica da doença. Alguns médicos achavam conveniente suprimir os alimentos que caracterizavam como “excitantes”:

¹¹¹ AGUIAR, Antônio. **A Cura da Morphéa**. Rio de Janeiro: Typografia do Jornal de Comércio de Rodrigues e Comp. 1898, pp. 19-20.

¹¹² BENCHIMOL e ROMERO SÀ. Op. Cit. 32-33.

álcool, café, chás e receitavam “um regime brando e de ventre livre.” Proporcionado por um cálice de água de rubinat todas as manhãs em jejum¹¹³.

A aplicação da resina de caju foi outra tentativa feita pelos médicos brasileiros, na intenção de minimizar os sintomas apresentados pela *lepra*. Aplicava-se a resina sob a forma de emplastro diretamente sobre os nódulos, permanecendo fechados por 24 horas. A resina atuava provocando queimaduras que depois haveria de ser tratada como tal, fazendo desaparecer os nódulos.

O galvanismo¹¹⁴ também foi usado na tentativa da cura da *lepra*, apesar de não encontrar muita aceitação e ter sido abandonado por não apresentar os resultados esperados. Este método consistia na aplicação de banhos galvânicos em banheiras isoladas onde o paciente recebia uma corrente galvânica produzida por uma pilha monitorada com um dos pólos na coluna cervical e no outro a água. A justificativa para tal procedimento residia na crença que o método deixava o sangue menos coagulável e o paciente apresentava melhoras, restabelecendo sua sensibilidade periférica¹¹⁵.

Ainda assim, a maioria dos estudiosos da *lepra* nos finais do *XIX* acreditava que a moléstia era de origem microbiana. Com a introdução das teorias microbianas na etiologia da doença, sua terapêutica assimilou a utilização de vários ácidos como: ácido ginocárdico; ácido salicílico; ácido phênico; ácido crômico entre outros. Aos que acreditavam que ela era originária da sífilis prescreviam aos seus pacientes mercúrio, iodureto e congêneres depurativos. Aos que a atribuíam aos problemas de sangue empregavam sudoríferos,

¹¹³ CONI, Emílio R. **Contribucion Al Estúdio de La Lepra**. Buenos Aires: Imprenta de Pablo & Coni. 1878, pp. 27-28.

¹¹⁴ Eletricidade produzida por ações químicas ou por contatos de certos corpos. Refere-se à voltagem de células biológicas e às correntes elétricas fluem em tecidos vivos tal como nervos e músculos <<http://www.wikipédia.org.termoeletricidade/>>.

¹¹⁵ CUNHA, Ana Zoe Schilling. **Hanseníase: a História de um Problema de Saúde Pública**. Dissertação de Mestrado em História. UNISC/ Santa Cruz. Santa Catarina, 1997, mimeo, pp.98-99.

vomitórios e sangrias. Aos que acreditavam na sua origem escrofulosa receitavam óleo de fígado de bacalhau, iodo, arsênico, ferro e óleo de chalmoogra.

No início da década de 1920, Dr. Anselmo Nogueira¹¹⁶ recomendava, na impossibilidade do isolamento em instituição adequada, que o *leproso* “vivesse e dormisse em quarto separado, servindo-se de utensílios e vestimentas reservados exclusivamente para seu uso, além da incineração de ataduras e curativos por ele utilizados”. Aconselhava ainda o médico a destruição completa das moscas domésticas e dos ácaros por considerá-los portadores do bacilo de Hansen. Porém, uma boa higiene observada desde o tempo da infância, conforto e o “não mendigar dos meios de subsistência” eram condições fundamentais para não contrair o Mal de Hansen segundo o médico citado.

Em 1921, a Revista *Brazil Médico* divulgava o surgimento de um novo medicamento: o Chalmoozol, composto à base de ésteres etílicos de óleo de chalmoogra, medicamento usado pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra do DNSP e pelo Hospital dos Lázaros¹¹⁷” O uso da chalmoogra no tratamento da *lepra* começou a ser divulgado ainda na década de 1920. Descoberta na “Flora Brasileira” com os nomes de sapucainha, pau de cachimbo, fruta de cotia, fruta de macaco, pau d’anjo, esta árvore pertencente à família das Bixáceas era ainda bastante célebre na década de 1940 por fornecer a mais famosa terapêutica contra a *lepra*.

A constante busca e divulgação por medicamentos ou tratamentos que propiciassem a cura da *lepra* era sempre notícia. Dr. Azevedo Ribeiro¹¹⁸ em “interview” para o jornal *O Nordeste*, destacava a importância das injeções de chalmoogra no tratamento da *lepra*. Segundo o médico, acreditava-se que o chalmoogra utilizado de modo injetável

¹¹⁶ Dr. Anselmo Nogueira, clínico e dermatologista, aparecia com certa frequência nas páginas dos periódicos cearenses com o objetivo de prestar esclarecimentos à população sobre a profilaxia e tratamento da lepra. Seu nome não consta entre os associados do Centro Médico Cearense.

¹¹⁷ Revista *Brazil Médico* – Revista Semanal de Medicina e Cirurgia. Rio de Janeiro, 1921, p 48.

¹¹⁸ O Dr. Azevedo Ribeiro era citado pela imprensa cearense como um “clínico acatado e intelectual de renome do estado do Pará”. Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 24 de abril de 1928, p. 2.

resolveria o problema da *lepra*. Apesar de não haver dúvida, segundo o médico, quanto à considerável melhora dos enfermos, os leprólogos mais eminentes da Europa estavam utilizando injeções endovenosas de *hydrocarpato de saes*,¹¹⁹ obtidos do ácido hydrocárpico e extraído da chalmoogra. Ao novo hidrocarpato foi creditado um grande poder terapêutico e uma boa tolerância pelos doentes. Informou ainda o Dr. Ribeiro que a Santa Casa de Misericórdia do Pará já havia feito uma vultosa encomenda do “extraordinário medicamento”.

O mais completo asseio corporal - na forma de banhos mornos e frequentes era sempre enfatizado. Aconselhava-se o máximo cuidado com escoriações, queimaduras e arranhões que deviam ser “desinfetados com anti-sépticos brandos e protegidos contra ulterior contaminação.” Nos casos de “necrose” ou gangrena e ainda nos abscessos, a cirurgia era indicada. Com relação à imunoterapia, o descrédito era evidente. Uma vacina feita com germes ácido-resistentes, denominada “Vacina de Bruschetine” diminuía apenas os lepromas ulcerados e a úlcera plantar”¹²⁰.

O Dr. Antônio Justa, também prescrevia para seus pacientes o trabalho – físico ou mental - como uma das terapias para a doença. Considerava de suma importância “os divertimentos compatíveis com o estado do paciente.” A prática de exercícios também era sugerida pelo médico como uma das formas de “repor as energias e manter o melhor moral de si.” Fazia constante referência aos sofrimentos de origem odontológica a que estavam expostos os *leprosos*. Segundo o mesmo, eram freqüentes as dores, “neuralgias” e o aparecimento de lepromas e infiltrações maculosas nas gengivas. Ao que parece, o tratamento prescrito era uma medicação chamada *Neve Carbônica* que se mostrava eficiente na redução dos lepromas¹²¹.

¹¹⁹ MENEZES, Raimundo de. *Jornal O Nordeste*. Fortaleza, 25 de abril de 1928, p. 1.

¹²⁰ JUSTA, Antônio Alfredo. **Tratamento para a Lepra**. Revista Ceará Médico. Fortaleza, set/ 1930, p. 11.

¹²¹ JUSTA, Antônio. Op. Cit. pp. 28-29.

O creosoto vegetal, extraído da faia, era recomendado no tratamento da *lepra*. A parte mais ativa desse composto era usada como anti-séptico local. Outro medicamento de uso externo era a crisarobina extraída do pó de Goa, detrito vegetal encontrado nos troncos de uma árvore brasileira a angelim-araroba. Essa substância era utilizada no tratamento das várias doenças de pele e logo fora adotada pelos dermatologistas europeus, tornando-se o medicamento externo mais eficaz no tratamento das psoríases. Segundo Adolpho Lutz, a crisorbina fazia desaparecer os tubérculos leprosos, inclusive os antigos. No tratamento das dores neurálgicas, a antipirina deu bons resultados por algum tempo.

Como já foi dito, nas primeiras décadas do século XX, médicos e sanitaristas defendiam uma intervenção direta dos poderes públicos na área da saúde em virtude do lugar que as endemias e epidemias ocupavam nos diagnósticos sobre os males do Brasil e às formas de superá-los. Deste modo, embora tenha sido dedicado à *lepra* um papel privilegiado na Reforma de 1925, não se acreditava à época, que essa enfermidade representasse um dos grandes males do Brasil a exemplo da malária, da varíola e outras tantas que grassavam nos sertões brasileiros. Deste modo, as ações reais de profilaxia não acompanharam o que rezava a legislação.

No Jornal do Comércio, do Rio de Janeiro, o Dr. Souza Araújo¹²² publicou o que qualificou como “um estudo completo sobre o tratamento externo da *morphéa*”. No artigo, o médico destacava a importância da utilização dos mais variados meios: de substâncias químicas a neve carbônica. No entanto, o texto de Souza Araújo detém-se na ação do “ácido trichloracético,” segundo o mesmo, já usado no Hawaí desde 1916, embora o uso sistemático deste ácido só ocorresse na Índia até aquele momento.

¹²² SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César. Estudo Completo sobre o Tratamento da Morphéa. *Jornal do Comércio*. Rio de Janeiro, 28 de setembro de 1929, p 3.

Consoante o médico, o ácido trichloracético era usado em três diluições: a primeira era aplicada sobre os lepromas, a segunda sobre a pele de todo o corpo e a terceira sobre a face. Distribuído nas lesões de todo o corpo. Antes de “queimar” a lesão era necessária uma assepsia completa do corpo. As aplicações deveriam ser repetidas diariamente durante dez dias, com o intervalo de catorze dias até as próximas aplicações. Os lepromas recentes desapareciam em poucos meses e mesmo os casos avançados melhoravam consideravelmente e “caminhavam para a cura”. De qualquer modo, no final dos anos de 1920, Souza-Araújo, enfatizava que:

“... o método de tratamento mais recomendável” deveria começar por eliminar as doenças intercorrentes tais como a sífilis, a malária e a ancilostomose, a limpeza do corpo com banhos quentes, massagens, tratamento da sarna. Era fundamental, dispor de alimentação sadia e farta, realizar exercícios progressivos, ter acesso a distrações.

Do ponto de vista clínico-externo, o tratamento com a chalmoogra era indispensável, como por exemplo: friccionar todo o corpo com óleo de chalmoogra (que acreditavam matar os bacilos, diminuir o perigo das “reinfecções” e auxiliar supostamente, a destruição do tecido leproso), além da aplicação do ácido trichloracético, conforme a indicação acima e intervenção cirúrgica se necessário, para extirpar os lepromas ou ossos careados das úlceras plantares. Como parte complementar do tratamento também era sugerida a aplicação de duas injeções semanais de óleo de hidrocarbônico purificado.

Internamente: cápsulas de antileprol ou comprimidos de sabões sódicos de chalmoogra na dose de dois a seis por dia meia hora depois das refeições. Medicação tônica: preparados arsenicais e ferruginosos; estriquiinina; óleo de fígado de bacalhau cresotado”¹²³.

O que o Dr. Souza Araújo denominava de “tratamento mais recomendável” consistia numa combinação dos vários tratamentos conhecidos à época: da chalmoogra ao mais recente e moderno no final dos anos de 1920: o ácido tricloracético. Apesar da imprensa e das revistas médicas estarem sempre noticiando um “novo remédio ou um novo tratamento, a chalmoogra continuava presente em toda e qualquer ação medicamentosa prescrita para o trato com a *morphéa*.

¹²³ SOUZA ARAÚJO, Heráclides César. Pela Terapêutica da Lepra. *Jornal do Comércio*. Rio de Janeiro, 14 de julho de 1928, p. 3.

A preocupação com a descoberta de alguma droga que eliminasse o “vetor” transmissor do *Mal de Lázaro* era constante na rotina médico-científica – o que era compreensível, mas muito interessante eram as experiências realizadas por leigos no sentido de produzir algum elixir ou xarope que eliminasse o *temível mal*. Por toda a década de 1920, era corriqueiro que os periódicos noticiassem de quando em quando alguma fórmula milagrosa, receita ou profilaxia “nova” para o combate e/ou cura da *morphéa*.

Em janeiro de 1928 o Jornal cearense “O Nordeste” publicou uma entrevista com o Sr. Pedro Martins Ferreira, um “cidadão que revolucionou os círculos médicos sulistas” com a descoberta de um remédio específico para o tratamento da lepra a que denominou *Tupi-Xamoa*. Afirmando ter “como resolvido o problema da lepra” após dois anos de pesquisa e experimentos em mais de 400 pessoas com “absoluto sucesso,” garantia que o seu “preparado” possuía profunda eficácia e estava a procurar os departamentos de saúde para que fosse testado e comprovada a sua ação profilática¹²⁴.

Mas, ainda na década de 1930, o tratamento de rotina e experimental seria mesmo aqueles baseados na chalmoogra, embora houvesse variações nas suas técnicas de aplicação. No período citado “eram usados os “estéres etílicos” do óleo de chalmoogra e o “chalmootrato de sódio” em comprimidos. Também muito era comum o uso de uma mistura de “esteres etilílicos” com óleo de fígado de bacalhau adicionado de colessterina e cinomato de benzila. Nos casos de *lepra* associada à sífilis empregava-se o hidrato de bismuto em suspensão numa mistura de “estéres etílicos” com óleo de oliva canforado”. Os corantes minerais estavam em experimentação assim como as incisões cirúrgicas das pequenas máculas¹²⁵.

¹²⁴ Jornal *O Nordeste*, Fortaleza, 14 de janeiro de 1928, p. 2.

¹²⁵ NEIVA, Arthur e GOMES JÚNIOR, Salles. **Tratamento de Rotina e Experimental**. *Jornal do Comércio*: Rio de Janeiro, 28 de junho de 1937, p. 5.

Em artigo para a *Ceará Médico*¹²⁶ nos primeiros meses do ano de 1930, o Dr. Antônio Justa afirmava que no ambulatório do Serviço de Saneamento Rural, em Fortaleza e no Leprosário Antônio Diogo em Canafístula, o tratamento empregado eram os preparados de estéres etílicos de chalmoogra – gotas, cápsulas e ampoulas. Lamentava o médico que os *lázaros* do Ceará ainda estivessem sem acesso a medicamentos que começavam a ser testados com sucesso no Instituto Oswaldo Cruz e cuja base era a chalmoogra: os *sabões e os sais sódicos*, as injeções de Alepol – um composto de sais sódicos – e o *Carpotreno*, de particular eficiência nos casos da *Lepra Anestésica* já utilizados em pacientes nos leprosários de Belém e do Rio de Janeiro.

No tocante aos resultados do tratamento, o Dr. Arthur Neiva garantia, no final da década de 1930, em torno de oitocentas altas hospitalares no Estado de São Paulo concedidas a pacientes tratados com o chalmoogra e seus derivados¹²⁷. Experimentou-se administrá-la em injeções intra-venosas ou intra-musculares largamente, pois os efeitos colaterais do óleo de chalmoogra administrado via oral por um longo tempo provocava fortes náuseas e causava muito mal ao estômago. Souza-Araújo¹²⁸, em três anos de experiências com o chalmoogra e seus derivados na Lazarópolis do Prata, no Pará, dava conta dos seguintes resultados:

Tabela 1. Curas pelo Chalmoogra

Cura radical aparente	11,11%
Cura clínica aparente	44,44%
Consideráveis melhoras	33,33%
Estacionários	11,12%
Total	100,00%

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H. C. **Balanço de 40 anos de atividades: O Combate à Lepra no Brasil**. Arquivos Capanema-CPDOC/FGV. Rio de Janeiro, 1944, pp. 67-68.

¹²⁶ JUSTA, Antonio Alfredo. **A Lepra**. Revista Ceará Médico. Fortaleza, fevereiro, 1930. p. 9.

¹²⁷ NEIVA, Artur. **Alta Hospitalar Condicional**. Coletânea de Textos Arthur Neiva: Mensagens, Discursos e Correspondência em Geral. Rio de Janeiro: Tipografia Bernard Frères. S.d. Real Gabinete Português de Leitura.

¹²⁸ SOUZA-ARAÚJO, H. C. **Balanço de 40 anos de atividades: O Combate à Lepra no Brasil**. Arquivos Capanema-CPDOC/FGV. Rio de Janeiro, 1944, pp. 67-68.

Somente na década de 1940 o advento das sulfonas trouxe ao doente do Mal de Hansen a real possibilidade de cura. O Brasil somente conseguiu as primeiras doses em 1944, cabendo ao Rio de Janeiro e a São Paulo realizar as primeiras experiências na aplicação da nova droga. No Ceará, em agosto de 1947 foram adquiridos os primeiros lotes. As primeiras aplicações foram feitas nos pacientes do Leprosário Antonio Diogo¹²⁹.

A busca por medicamentos que possibilitassem esperanças de cura para os enfermos era constante. Entre as substâncias de uso interno a principal era ainda o óleo de chalmogra (*hidnocarpus*) extraído de sementes maduras de plantas nativas da região indomalaia. Segundo Obregon¹³⁰, livros milenares do budismo já mencionavam o consumo dessas plantas no tratamento da lepra. No Japão e na Índia eram usadas em períodos anteriores à sua utilização pela medicina européia. O óleo de chalmogra e seus derivados administrados por via oral ou epidérmica foram os únicos tratamentos relativamente eficazes até a introdução das sulfonas na década de 1940.

O emprego dos compostos derivados da diamino-difenil-sulfona-PROMIN ou DIAZONE ou ainda SULPHETRONE, proporcionaria a partir do final da década de 1940, a cura de milhares de doentes internados que passariam a tratar-se nos dispensários até a alta definitiva ao cabo de alguns anos¹³¹.

Interessante informar que o tratamento conveniente enfatizava o quanto devia ser evitada a “promiscuidade” entre os doentes. Acredita-se que o termo “promiscuidade” ocultou talvez um alerta para as relações íntimas “descompromissadas”, uma vez que os casamentos entre doentes eram permitidos. De qualquer forma, o casamento só era permitido quando “o

¹²⁹ VIANA, Carlos. Boletim da Colônia Antônio Justa. Fortaleza, Agosto de 1953. pp. 15-16.

¹³⁰ OBREGON, Diana. De “arbor maldito” a “enfermedad curable”: los médicos y la construcción de la lepra em Colômbia 1884-1939. In CUETO, Marcos. **Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas**. Lima: IEP, 1996, pp. 163-164.

¹³¹ BENCHIMOL, Jaime e SÀ, Magali Romero. Op. Cit. p. 103.

exame médico atestasse que o mesmo não acarretaria prejuízo às condições de saúde dos nubentes”¹³².

¹³² CONTINENTINO, Lincoln. **Organização de Leprosários**. Diretoria de Saúde Pública de Minas Gerais. Outubro, 1933. p. 8. Arquivos Capanema – CPDOC.

CAPÍTULO III: “O TREMENDO FLAGELO DA LEPRA” EM FORTALEZA

3.1 Os Primeiros Registros da lepra em Fortaleza

A presença de *leprosos* nas vias centrais de Fortaleza foi apontada pela imprensa local desde o início da década 1920. No entanto, um estudo anterior sugere a inserção da *lepra* no quadro nosológico da cidade ainda no século XIX. Em artigo para a Revista da Academia Cearense, o historiador e médico Guilherme Studart¹³³ comunicava de 32 casos confirmados de *lepra* no Ceará em 1897:

“Realmente 32 casos em 30 anos, que tanto é o período de tempo sobre que alguma coisa posso dizer, não representa uma cifra respeitável, mas eles servem para confirmar a progressão sempre crescente do mal, porquanto, decompondo esses 32 casos por decênio, tenho 5 para o primeiro (sendo 4 homens e 1 mulher); 8 para o segundo (sendo 7 homens e 1 mulher) e 19 para o terceiro (15 homens e 4 mulheres). E não tenho a pretensão de conhecer todos os leprosos de Fortaleza, cidade de 45 mil almas...”¹³⁴

Apesar de em 1897 o Barão de Studart ter chamado atenção para o que chamou de “os primeiros 32 casos de lepra no Ceará”, a questão parece ter sido minimizada em virtude de vários pequenos surtos de febre amarela ocorridos no Estado. Em 1850, a moléstia havia ceifado centenas de vidas e voltara a fazer novas vítimas entre os fortalezenses nas primeiras décadas do século XX. Seu recrudescimento obrigou as autoridades sanitárias a lhe moverem combate durante oito meses.

¹³³ Guilherme Studart nasceu em 1856, filho primogênito do Vice-Cônsul da Inglaterra no Ceará. Formou-se em Medicina na Faculdade da Bahia em 1887 e foi agraciado com o título de Barão por sua Santidade Leão XIII em 1900, pelos serviços filantrópicos prestados à Sociedade São Vicente de Paula, entidade da qual foi presidente durante 50 anos. Foi o primeiro presidente do Instituto Histórico do Ceará e primeiro presidente do Centro Médico Cearense. AMARAL, Eduardo Lúcio. Barão de Studart: Memória da Distinção. Fortaleza: Museu do Ceará / Secretaria da Cultura e Desporto no Ceará, 2002, pp. 12-13.

Em 1913, uma comissão formada de três médicos e duas turmas de funcionários, se deslocaram pelos recantos da capital, na tentativa de extinguir o mosquito transmissor. Não foi suficiente: a endemia prosseguiu vitimando os moradores da cidade por todo o ano de 1914. Segundo Sebastião Rogério Ponte¹³⁵, o problema só foi contornado em nos anos iniciais da década de 1920. Inicialmente, graças aos serviços da Comissão Sanitária Federal de Combate às Epidemias (CSFCE) contratada pelo Governo Estadual junto à União para debelar uma epidemia de peste bubônica em 1920 e combater o novo surto de febre entre 1922 e 1923.¹³⁶

Um estudo mais recente aponta a existência da *lepra* no Ceará desde o período colonial. No seu livro “História da Saúde Pública no Ceará,” Jose Policarpo Barbosa¹³⁷ revela que as doenças infecto-contagiosas de caráter epidêmico (varíola, impaludismo, sarampo, febres tíficas e disenterias) e as doenças endêmicas (sífilis, lepra, tuberculose) assim como as doenças ligadas às carências alimentares (raquitismo, escorbuto, peste náutica), estavam todas elas já presentes na nosologia cearense desde o período colonial. Segundo o autor citado, foram as várias epidemias de varíola e os incontáveis surtos de sarampo, os responsáveis pelo grande índice de mortalidade entre os nativos no final do século XVII.

Em virtude da ausência de revistas médicas no Ceará até 1928, no princípio da década de 1920, as informações sobre os problemas de saúde enfrentados no Estado eram veiculadas através da imprensa. Os periódicos publicavam, com certa frequência notícias sobre as várias epidemias e endemias que grassavam pela capital e interior, medidas preventivas e profiláticas contra as mesmas, noções de higiene, relatórios e estatísticas

¹³⁵ PONTE, Sebastião Rogério. **Fortaleza Belle Époque: reformas urbanas e controle social (1860-1930)**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2002, p. 98.

¹³⁶ O controle da febre amarela coube, a partir de 1923, à *Rockefeller Foundation* contratada por intermédio do Governo Federal. PONTE, Sebastião Rogério. Op. Cit. p.100.

¹³⁷ BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 12.

médicas sobre natalidade e mortalidade no Estado. Em síntese: os jornais eram as fontes de divulgação das questões de saúde no Ceará.

No início da década de 1920, em Fortaleza, dois periódicos reportavam-se ao *problema da morphéa* com alguma frequência: o *Correio do Ceará* e o *Diário do Ceará*. Mas, foi o jornal *O Nordeste* que dedicou uma especial atenção à *causa dos leprosos* e desempenhou um papel primordial na organização das inúmeras campanhas em prol da construção do primeiro leprosário do Ceará. Na década de 1930, o jornal *O Povo* rivalizou com *O Nordeste* na organização de campanhas semelhantes para a manutenção da colônia-asilo cearense. Deste modo, foi através da imprensa e principalmente, através do jornal *O Nordeste* que as notícias sobre a *moléstia de lázaro* tomaram corpo no Estado do Ceará.

Nos primeiros anos do século XX, não havia, em Fortaleza, atividades de combate à *lepra*. Porém, em 1918, o Dr. Carlos da Costa Ribeiro¹³⁸, presente à Primeira Conferência Sul-Americana de Dermatologia e Sifilografia ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 13 e 20 de outubro, comunicava aos seus pares um plano – ainda incipiente – de combate à *lepra* no Ceará¹³⁹. Informou o médico que, sem ferir a legislação do país, iniciara um programa de combate à doença no Estado.

O primeiro item do referido programa consistia numa proposta de isolamento domiciliar dos abastados, que seria rigorosamente observada, mediante as regras impostas pela fiscalização da Diretoria Geral de Higiene¹⁴⁰. Ora, segundo o número de enfermos

¹³⁸ Inspetor do Serviço de Higiene do Estado do Ceará entre 1916 e 1920, durante a gestão do Presidente João Thomé de Saboya e Silva. Barbosa, José Policarpo. Op. Cit. p. 15.

¹³⁹ ADERALDO, Tarcísio Soriano. **Flagrantes do Serviço de Profilaxia da Lepra no Ceará**. Boletim da Colônia Antônio Justa. Edição Comemorativa das Bodas de Prata da Colônia Antônio Diogo, Fortaleza: 1953, p. 55.

¹⁴⁰ Op. Cit. p. 47.

apresentado pelo médico, apenas 4% dos doentes confirmados da capital, podiam manter-se em isolamento domiciliar segundo as regras estabelecidas¹⁴¹.

Na comunicação que apresentou na citada conferência, o Dr. Carlos Ribeiro afirmou que considerava preocupante a situação da *lepra* no Ceará em razão de alguns fatores que havia observado. Segundo o médico, o número de leprosos existentes no Ceará não era alarmante ainda, mas havia uma progressão a cada ano. No seu estudo, 67% dos doentes notificados eram trabalhadores braçais (que haviam contraído a doença enquanto trabalhavam nos seringais da Amazônia ou na lida com a cultura algodoeira), 19% eram indigentes e 3% eram crianças. Somente 7% eram funcionários públicos – que teriam a sobrevivência assegurada por lei – e apenas 4% pertenciam a famílias abastadas. Deste modo, fora os 4% por cento que podiam realizar o isolamento voluntário a partir das normas estabelecidas pelo programa do Dr. Carlos Ribeiro, os demais não possuíam nas suas residências as condições ideais para o cumprimento das determinações exigidas para o isolamento domiciliar¹⁴².

Outro item do citado programa era um planejamento para a realização do censo de leprosos, cujo objetivo era realizar o exame dos suspeitos nos 84 municípios cearenses. Foram distribuídos formulários de notificação aos prefeitos, delegados de higiene e médicos nas 84 localidades. Cerca de 50% dos municípios responderam ao censo e assim, com base em informações nem tão precisas, a capital do Estado à época abrigaria em média cem *leprosos*, com setenta e dois casos confirmados. Os municípios que responderam ao formulário de notificação, somados os enfermos, teriam também em torno de cem *lázaros*¹⁴³.

¹⁴¹ As regras de fiscalização estabeleciam que o doente teria que isolar-se num aposento inteiramente para seu uso, com banheiro particular, utensílios próprios, roupas cuidadas em separado além da proibição de contatos físicos com familiares, amigos e principalmente crianças. COSTA, Carlos Ribeiro. Plano Contra a Lepra. I Conferencia Sul-Americana de Dermatologia e Sifilografia. Rio de Janeiro 13 a 20 de outubro de 1918, p. 8.

¹⁴² COSTA. Carlos Ribeiro. Op.Cit. p. 03.

Segundo o médico, outro grande problema era a ausência de cuidados higiênicos básicos entre os enfermos, bem como o fato dos *leprosos* circularem livremente e freqüentarem todos os lugares públicos como os cafés, cinemas, igrejas, bondes, casas de diversões e jardins além de “conviverem na promiscuidade” com suas famílias e amigos mais chegados.

Em Relatório enviado ao Presidente João Thomé Saboya (1916-1920)¹⁴⁴ em princípios de 1918, é possível perceber com mais detalhes o Plano contra a Lepra esboçado pelo Dr. Carlos Ribeiro na citada Conferência. Como medidas de combate à endemia, o mesmo propunha:

“a continuação do censo já iniciada e para o fazer mais facilmente, basta que sejam usados os meios coercitivos de que dispõe o nosso Regulamento para assegurar a notificação compulsória. Uma vez notificado e verificado o diagnóstico bacteriologicamente pela Repartição de Higiene, os doentes se dividem em dois grandes grupos: o daqueles que por falta de recursos, esperança no tratamento, abnegação, altruísmo, obediência passiva ou qualquer outro motivo, não farão dificuldades ao isolamento e os do que só obrigados se submeterão”¹⁴⁵.

No supracitado relatório, o médico destaca (como destacou na Conferência) o isolamento domiciliar dos “mais ou menos abastados sob a fiscalização imediata da autoridade sanitária, isolamento para o qual havia regras consagradas e classificadas”. Esclarece também que para aqueles que não estavam em condições ou não inspiravam confiança para se lhes permitir o isolamento em domicílio, pois “seriam rebeldes ao tratamento em um estabelecimento próprio”, o isolamento ideal seria o compulsório por lei. Sugeriu ainda o médico a criação de uma lei especial e não um simples Regulamento que autorizasse a Repartição de Saúde a recolher ao estabelecimento próprio todos os doentes que não pudessem ou não quisessem se submeter às regras do isolamento domiciliar.

¹⁴⁴ Relatório da Inspetoria de Higiene do Ceará ao Presidente do Estado Dr. João Thomé Saboya. Fortaleza: abril, 1918, p. 42.

¹⁴⁵ Op. Cit. p. 67.

A proposta do Dr. Carlos Ribeiro colocava regras bastante claras apenas para os que pudessem “usufruir” do isolamento domiciliar. Pode-se inferir do programa apresentado pelo médico que a prioridade na profilaxia e tratamento da lepra naquele momento, era direcionada para um determinado segmento: os 4% que podiam tratar-se no próprio domicílio. Para os demais somente uma lei que possibilitasse “recolher” os doentes “rebeldes” ao isolamento compulsório, mesmo contra sua vontade. Esta seria a única medida capaz de deter os meios pelos quais se operava a transmissão da doença. Como se verá mais adiante, o projeto do Dr. Ribeiro não encontrou apoio e/ou adeptos. Naquele momento a idéia da segregação compulsória não havia sido ainda assimilada pelos cearenses. Somente com a aprovação da Reforma Sanitária de 1925, é que foi estabelecida uma comissão especial para atuar no projeto de criação e organização de espaços adequados para o isolamento dos leprosos: a Inspetoria de Profilaxia da Lepra (IPL).

O Regulamento Sanitário Federal de 1920 criou a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV) como já foi visto, diretamente subordinada à Diretoria Geral do DNSP. Porém, a IPLDV concentrou-se em coordenar e implementar a “luta anti-venérea” em todo o país. Coube-lhe o estabelecimento de diretrizes básicas para orientação “da luta” e a fiscalização dos serviços desenvolvidos pelos técnicos em todo o território nacional. No transcorrer da década de 1920, foram firmados acordos com diversos estados brasileiros para entrarem na “luta” ancorados nas verbas federais que lhes foram destinadas para tal fim. Os estados deveriam respeitar as orientações gerais do regulamento sanitário e arcar com a metade dos gastos previstos¹⁴⁶. Como foi enfatizada, a profilaxia das doenças

¹⁴⁶ As atividades da Inspetoria iniciaram-se ainda em 1920 sob a chefia de Eduardo Rabelo. A primeira medida a ser tomada seria o levantamento do censo dos leprosos. A segunda providência seria a medicação dos doentes pelo óleo de chalmogra. A terceira seria a tomada de providências para a construção de colônias em todo o território nacional. MONTEIRO, Yara Nogueira. **Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. Tese de Doutorado em História Social. FFLCH / USP. São Paulo, 1995, p.280.

venéreas, principalmente da sífilis, foi prioritária para a IPLDV em relação ao combate à *lepra*.

A rigor, em Fortaleza, só percebe-se notícias sobre a expansão da *morphéa* a partir da década de 1920. No entanto, o Regulamento da Secretaria de Higiene do Estado já sugeria, em 1918, algumas poucas regras para o isolamento de leprosos em Colônias. O referido Regulamento estabelecia as condições para o internamento, as possibilidades de acompanhamento do *leproso* por algum membro da família, o destino da renda que o doente por ventura acumulasse, o tipo de ocupação que podiam desempenhar e até as regras para receber visitas¹⁴⁷. Como as notícias referentes à *lepra* na cidade são raras na imprensa em período anterior a 1920, causa certo espanto um Regulamento já prevendo o isolamento compulsório em Colônias em 1918.

Como já foi dito, é a partir da década de 1920 que as primeiras notícias sobre a necessidade de medidas para o trato com a *morphéa* em Fortaleza começam a circular nos jornais cearenses:

”Porque, na verdade, a *morphéa* vai tomando vulto em Fortaleza, sem que se tome, qualquer iniciativa para evitar-lhe o desenvolvimento constante pelos descuidos das autoridades sanitárias. Não é admissível que Fortaleza continue a ser diariamente perlustrada por leprosos que andam por toda parte, pelas ruas, mercados, cafês, avenidas, pelos pontos mais centrais, enfim, propagando o gérmen de seu terrível mal¹⁴⁸.

“Tanto quanto as moléstias venéreas e as endemias rurais, que a comissão sanitária está combatendo nos postos de profilaxia do interior, a *morphéa* lhe deveria merecer os mais sérios cuidados. As autoridades sanitárias precisam urgentemente, enfrentar o problema do alastramento da *morphéa* e resolvê-lo com vontade. A população de Fortaleza, assim como a de todo o estado, espera animosamente, as suas providências.¹⁴⁹”

¹⁴⁷ As medidas contidas no Regulamento de Combate à Lepra da Secretaria de Higiene de Ceará podem ser observadas no Relatório da Inspetoria de Higiene apresentado ao Governo pelo Dr. Carlos Ribeiro da Costa em abril de 1918.

¹⁴⁸ Jornal *Diário do Ceará*. Fortaleza, 28 de agosto de 1921, p. 2.

¹⁴⁹ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 26 de novembro de 1921, p. 1.

Foi indubitavelmente a imprensa, principalmente o jornal *O Nordeste* quem mais se pronunciou a esse respeito, principalmente no sentido de enfatizar o problema da expansão do *mal de lázaro* em Fortaleza:

“O mal de Lázaro cada dia se alastra mais. Nesta capital, percorrendo os pontos centrais, residindo nas ruas mais habitadas, vendendo frutas, legumes e tabuleiros, penetrando nas moradias particulares e nas repartições públicas, nos restaurantes e nos cafés, pedindo esmola, exercendo, enfim toda sorte de atividades, nós vemos todos os dias, morféticos em estado grave, que se põem em contacto perigoso com a população sã.”¹⁵⁰

As notícias divulgadas destacavam sempre o “perigo” que representava para a população sã a convivência com os *lázaros*, pela possibilidade da transmissibilidade. Encarados com benevolência ou rejeitados só era facultado aos *leprosos* um destino comum: viverem afastados do convívio com as pessoas sãs. Como pode-se observar, uma das maiores preocupações aventadas pela imprensa era o fato de muitos *morféticos* não só compartilharem do cotidiano da cidade, mendigando, mas também porque continuaram a desenvolver suas atividades profissionais sem que as autoridades sanitárias tomassem qualquer providência, conforme podemos observar no fragmento abaixo:

“(…) os hansenianos não tinham para quem apelar e na luta pela subsistência, invadiam ruas da cidade, mendigavam nas portas dos cafés, nas esquinas, nos vestibulos da Assembléia, na mais perigosa promiscuidade. Faziam dos principais logradouros, pontos de reunião e ali permaneciam e pernoitavam para recomeçar a tarefa cotidiana no alvorecer do dia seguinte. Muitos deles, de certo, portadores de formas clínicas avançadas expõem suas chagas aos olhares da população, trabalhando em misteres vários, vendendo redes, botando água, fabricando pães (...)”¹⁵¹

Se os periódicos *Correio do Ceará* e *Diário de Ceará* faziam cobranças freqüentes às autoridades sanitárias no que concernia a um planejamento para assistência aos *morféticos*, *O Nordeste* as fazia quase diariamente:

¹⁵⁰ Jornal *Correio do Ceará*. Fortaleza, 08 de agosto de 1922, p. 2

¹⁵¹ Jornal *Diário do Ceará*. Fortaleza, 14 de setembro de 1922, p. 2.

“Voltamos a tratar do desenvolvimento da morfêia, nesta capital e em todo o estado. As autoridades responsáveis pela saúde pública deviam lavrar a sua estada e especificar as medidas que tem tomado contra o mal ou explicar a sua inação. A higiene Pública, compreendida nesta denominação a do Estado e a Comissão Sanitária Federal, se estão descuidando das necessárias providências contra o desenvolvimento da lepra (...) o combate à morfêia deve estar incluído também no seu programa de ação, e, quando não, em todo o estado, pelo menos, por enquanto, nesta cidade.¹⁵²”

Foi também o citado jornal pródigo em reforçar a necessidade do isolamento dos doentes da capital, assim como aqueles que chegavam do interior do Ceará e dos estados e cidades vizinhas:

O desenvolvimento da lepra, o aumento do número de atingidos está exigindo sérias providências sanitárias, para evitar a propagação: a primeira, e absolutamente inadiável é a organização de um lazareto em ponto afastado, onde sejam recolhidos os morféticos da cidade, cuja existência não é crível que a higiene pública desconheça.¹⁵³”

O Jornal *O Nordeste*, indubitavelmente, encampou a campanha para o isolamento dos *leprosos*. O discurso do citado periódico encontrou grande receptividade entre a população do Estado e principalmente da capital. As cobranças incomodaram o Chefe do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural (SSPR), que em nota ao *Diário de Ceará* e ao *Nordeste* tentou esclarecer a questão:

“Não há contrato algum celebrado entre este Estado e o Departamento Nacional de Saúde Pública representado por este Serviço no sentido do combate à lepra. O Governo Federal concedeu através dessa inspetoria a datação de 6:666\$666 réis para que neste estado fosse fundado um Dispensário de Profilaxia das Doenças Venéreas e se levantasse o censo dos leprosos, de modo a oportunamente serem combinadas as bases de providências definitivas, dentre as quais avulta a construção do leprosário.¹⁵⁴”

A citada autoridade atribuía às dificuldades na execução dos serviços à “exígua verba” concedida pelo Governo Federal, mormente aplicada na manutenção do Dispensário

¹⁵² Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 28 de setembro de 1922, p. 3.

¹⁵³ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 06 de outubro de 1922, p. 1.

¹⁵⁴ Jornal *Diário do Ceará*. Fortaleza, 09 de outubro de 1923, p. 02 e Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 14 de outubro de 1923, p. 2.

Oswaldo Cruz que, na capital, utilizava-a “em pequenos serviços anti-venéreos, assim como na realização do censo dos leprosos”. Esclarece ainda que “essa datação socorria com dificuldade a dezesseis leprosos indigentes isolados em seus domicílios”.

Ao que parece, as informações cedidas pela Chefia do SNPR no Ceará estavam corretas no sentido em que as verbas eram realmente para serem aplicadas no trato com as “doenças venéreas” porque essa era a prioridade do Serviço. Quanto ao Censo dos Leprosos, ao que parece, foi este inicialmente instituído com o objetivo de estabelecer dados estatísticos seguros em relação ao número de *leprosos* no país. Essa primeira tentativa teria sido infrutífera,¹⁵⁵ pois, como enfatizou Ernani Agrícola – Diretor do Serviço Nacional de Lepra, duas décadas depois - “somente com o levantamento do mapa nosológico da *lepra* nas diversas regiões onde a leprose assolava com maior intensidade, seria possível uma atuação enérgica e imediata”. É válido esclarecer que um censo mais rigoroso somente foi implementado, praticamente, na década de 1940¹⁵⁶.

“Mantém o governo da União um posto médico de profilaxia em nossa capital. Já temos por várias vezes nos referido à inutilidade desse serviço. A verba destinada à sua manutenção restringe-se ao suficiente para o pagamento do quadro dos funcionários. O que resta não dá para coisa alguma, tanto assim que não há um isolamento para os leprosos em condições de miserabilidade, não existe sequer uma assistência aos que, por não poderem pedir mais esmolas de porta em porta, morrem á míngua sem o menor socorro. Temo-nos batido em vão, pedindo atenção dos poderes públicos para esse assunto grave. Mas, à medida que se tomou até aqui foi a do estabelecimento do Posto Médico aludido, que absorve o pequeno crédito e em nada pode remediar a situação.¹⁵⁷”

Dr. Francisco do Amaral Machado, chefe do Serviço de Saneamento Rural no Ceará, a propósito do artigo acima publicado, dirigiu ao *Nordeste* uma carta de esclarecimento em virtude dos “commentários alludidos” pelo jornal que, sem nenhum motivo, minimizava o

¹⁵⁵ Relatório do Serviço Nacional da Lepra - Ministério da Educação e Saúde e Departamento Nacional de Saúde – Imprensa Nacional. Rio de Janeiro, 1944. Arquivos Capanema / CPDOC.

¹⁵⁶ Relatório do Serviço Nacional da Lepra. Departamento Nacional de Saúde. Ministério da Educação e Saúde Imprensa Nacional. Rio de Janeiro, 1943, p. 7. Arquivos Capanema./CPDOC.

¹⁵⁷ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 18 de janeiro de 1923, p. 1.

valor dos trabalhos da Comissão Federal de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas”. Amaral Machado creditou a pequena eficiência na ação do combate à *lepra*, no Estado, à reduzida verba destinada ao posto de profilaxia. Argumentava também que o número de leprosos aumentava a cada dia dada a absoluta falta de isolamento e a entrada de novos enfermos oriundos de outros estados. Neste sentido destacou que a única solução era a construção de uma bem aparelhada colônia para conter a invasão da “terrível enfermidade”. Sobre os serviços que chefiava ainda procurou esclarecer que:

“...uma melhor informação diria que o Dispensário Oswaldo Cruz, assim como o Dispensário Eduardo Rabelo em Camocim, pertencem ao Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Já vê-se que a coisa não é unilateral: lepra e doenças venéreas. Assim, quando esse serviço aqui foi instalado, só foi incumbido de fazer o censo dos leprosos e estudos preliminares, ficando com mais encargos em relação à profilaxia anti-venérea. Para esse serviço, há uma datação mensal de seis contos e seiscentos mil réis. Com tal soma e tais encargos seria uma veleidade pensar-se em fazer o isolamento dos leprosos...¹⁵⁸”

Deste modo, na prática, no tocante a questão dos *leprosos* a IPLDV somente liberou uma pequena verba para o início do censo nos estados. Por outro lado, um primeiro levantamento apontou um índice de contaminação da população brasileira em torno de um quinto de sífilíticos. Seis milhões de portadores de sífilis - representava um argumento por demais convincente para a prioridade da União na luta anti-venérea em detrimento da ação anti-leprótica. Por outro lado, nos anos de 1920, a *lepra* ainda começava a ser detectada no território nacional.

Por volta de 1923/24, as exigências feitas pela imprensa e principalmente pelo jornal *o Nordeste* diminuíram no tocante à denuncia da “presença dos leprosos em meio à população sã,” mas aumentaram na perspectiva da exigência de um rápido planejamento para a construção de um leprosário. O agora Senador João Tomé, que defendia a construção de

¹⁵⁸ Carta do Dr. Amaral Machado – Chefe do Serviço de Saneamento Rural – à redação do jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 23 de janeiro de 1924, p. 1.

duas leprosarias, uma em Fortaleza e outra no interior do Estado causou grande comoção quando sugeriu o município de Ipú para abrigar a leprosaria interiorana.¹⁵⁹ Em artigo ao *Correio do Ceará* afirmava o Senador:

“Entre nós o grande e palpitante problema a resolver é a expansão do terrível flagelo da lepra entre nós. Tal flagelo ameaça empolgar a nossa população como um grande polvo de mil tentáculos. A horrenda moléstia vai se infiltrando pavorosamente e já são muitas as vítimas colhidas. O leproso entre nós vive na mais ampla liberdade e na mais sórdida promiscuidade. Para conter tamanho flagelo uma medida urgente se impõe: isolá-lo. Ou em domicílio ou se faz uma leprosaria município onde esses infelizes possam viver comodamente.¹⁶⁰

No Ceará, a imprensa continuava noticiando a extensão do número de *leprosos* e exigindo providências. Percebe-se uma homogeneidade nos discursos que circulam nos periódicos entre a fala dos jornalistas e dos médicos. Dr. Anselmo Nogueira, já citado, enfatizava o que, na sua opinião, representava as causas para a expansão da *lepra* no território cearense:

“A primeira causa é a falta de higiene pública e privada, a segunda causa é a promiscuidade condenável dos leprosos entre nós e a terceira causa é a desídia criminosa das autoridades competentes na guarda e vigilância dos meios empregados para garantir o bem estar da coletividade.¹⁶¹

No final do ano de 1924, o SPLDV através do Dispensário Oswaldo Cruz, divulgou para a imprensa um quadro da matrícula dos *leprosos* no Ceará, com dois objetivos, acredita-se. Primeiro, para dar mostras à população que um trabalho vinha sendo realizado no que concernia ao combate à *lepra* exatamente dentro das prerrogativas atribuídas ao Serviço que era realizar o Censo. Segundo, com as estatísticas que apresentava, parecia que o número

¹⁵⁹ A resistência dos ipuenses a tal possibilidade foi registrada com certa freqüência pelo Jornal *O Nordeste* durante os meses de agosto, setembro e outubro de 1923 - **O Problema da Lepra**. Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, agosto, setembro, outubro de 1923.

¹⁶⁰ Jornal *Correio do Ceará*, Fortaleza, 13 de setembro de 1924, p. 2.

¹⁶¹ NOGUEIRA, Anselmo. **O Flagelo da Lepra**. Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 29 de janeiro de 1924, p. 1.

de doentes era bem inferior ao apresentado pela imprensa e que a mesma exagerava nas informações e exigências. O quadro apresentado foi o seguinte:

Tabela 2. Matrícula dos *leprosos* no Ceará

Fortaleza	161
Sobral	28
Senador Pompeu	08
Canindé	06
Iço	05
São Matheus	06
Barnalha	04
Lavras	05
Igautú	03
José de Alencar	06
Quixeramobim	08
Quixadá	02
Coité	01
Baturité	02
Cangaty	01
Acarape	06
Buhú	01
Pacatuba	06
Maranguape	07
Maracanaú	01
Arara	01
Soure	03
São Francisco de Uruburetama	02
Salgado	01
Acaraú-Mirim	01
São Benedito	02

Fonte: Jornal *Correio do Ceará*, Fortaleza, 13 de setembro de 1924, p.3.

Segundo as informações acima, o Censo teria alcançado 26 municípios e fichado 277 doentes entre 1920 e 1926, ou seja, foram 26 localidades pesquisadas em seis anos. Deve-se refletir, porém, que dos municípios acima elencados somente quatro possuíam postos de profilaxia¹⁶². Levando-se em conta a localização geográfica desses municípios pode-se inferir que os enfermos de Pacatuba, Uruburetama e Acarape podiam dirigir-se ao Posto de Baturité;

¹⁶² Almanaque do Ceará: Estatístico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário para o ano de 1924, pp. 110-112.

que os de Lavras e Iguatu podiam buscar tratamento em Barbalha. No entanto, alguns municípios distantes das áreas assistidas, como Senador Pompeu, que possuía à época o maior número de fichados localizava-se também muito distante da capital, de onde infere-se que seria penosa a busca pelo tratamento adequado. As pressões para que fosse encontrada uma solução para o isolamento dos doentes, aumentavam e estas deram origem à organização de campanhas por particulares para a construção do primeiro leprosário do Ceará.

Deste modo, percebe-se durante toda a década de 1920, a movimentação de vários setores da sociedade civil no sentido da tomada de providências para os dois problemas básicos envolvendo os *leprosos*: evitar sua movimentação pelas artérias centrais da cidade e encontrar uma solução definitiva para o seu isolamento. A solução para os dois problemas seria a construção do leprosário cearense.

3.2 Em debate: o isolamento compulsório e a edificação da Leprosaria Cearense

O Primeiro Congresso Internacional da Lepra, realizado em Berlim em 1897, com base em informações epidemiológicas, aprovou resoluções que basearam o tratamento da enfermidade na tese do contágio em detrimento da teoria da hereditariedade da doença. Embora o II Congresso Internacional da Lepra, ocorrido em Bergen em 1909, tenha aprovado a recomendação de que era desejável a elucidação da questão da transmissão da lepra pelo mosquito, obtiveram mais credibilidade as resoluções do I Congresso, onde saíra fortalecida a teoria do bacilo de Hansen como elemento causador da doença.

Porém, em 1897, em artigo para a Revista da Academia Cearense, o Dr. Guilherme Studart já assegurava:

“Pelo contágio da lepra há muito que me pronuncio, e quanto mais casos ajunto à estatística que tenho notícia no Ceará, mais se corrobora em mim, essa maneira de

pensar. Não tenho dúvida, com efeito, que a lepra seja contagiosa, como creio firmemente também no contágio da tuberculose. E si essa verdade fosse universalmente aceita milhares de vida teriam sido poupadas. No tocante à população cearense, posso dizer que ela acredita na contagiosidade da tuberculose, e tempo houve que até as fechaduras das casas eram substituídas, logo após o falecimento do doente, mas por outro lado não está, mesmo nas classes superiores, ainda convicta do perigo do contacto com os leprosos. Mesmo nas classes superiores, pois, segundo o meu registro, apenas cinco casos se referem a indivíduos da baixa camada.”¹⁶³

Dr. Belmiro Valverde em comunicação feita à Academia Nacional de Medicina em 1921, enfatizava com certa ironia que o Brasil possuía estados intensamente assolados pelo mal leprótico, como também o nome de vários cientistas brasileiros ligados a este problema havia alcançado ampla divulgação. Também um defensor da teoria do contágio assim se colocava o médico:

“Não me referirei ao problema da hereditariedade, visto estar definitivamente assentado que ela se transmite por contágio. Se entretanto, a transmissão da lepra pro contágio é fato assentado, o mesmo não se dá quando se trata de saber o meio porque se dá esse contágio”¹⁶⁴

As conclusões do I Congresso Internacional da Lepra foram fundamentais para consagração da tese que assegurava: a única maneira de evitar a propagação da doença seria a adoção de um conjunto de procedimentos onde estavam presentes a notificação obrigatória, vigilância e isolamento compulsório dos *leprosos*.

Segundo Obregon¹⁶⁵ a partir das conclusões do I Congresso, começaram a se contrapor dois conjuntos antagônicos de concepções e evidências sobre o modo de transmissão da lepra e conseqüentemente de estratégias diferenciadas para o trato com a doença. Os médicos e leigos envolvidos nessa controvérsia tomaram como modelos profiláticos aqueles adotados em duas regiões diferentes: o Modelo da Noruega, caracterizado como “democrático” e “nacionalista” empreendido num momento de grande aceitação dos

¹⁶³ STUDART, Guilherme. Op. Cit. p. 89.

¹⁶⁴ VALVERDE, Belmiro. **A Transmissibilidade da Lepra**. Comunicação realizada na Academia Nacional de Medicina. Brazil Médico, Rio de Janeiro, março, 1921, pp. 182-183.

¹⁶⁵ OBREGON, Diana. Op. Cit. pp. 173-174.

médicos pelo estudo da população e do seu perfil epidemiológico e o Modelo Segregacionista instituído no Hawaí por administradores metropolitanos, que nutriam repugnância e forte preconceito contra os doentes, nativos ou não.

No Brasil, também destacaram-se dois grupos ou duas correntes, que possuíam opiniões e posições divergentes no tocante ao enfrentamento da doença bem como no que se referia ao trato com o enfermo. Essas duas correntes foram genericamente chamadas de Humanitária e Segregacionista.

Os Humanitários caracterizavam-se por recomendarem medidas brandas de isolamento e por indicarem o isolamento domiciliar sempre que possível. Defendiam a construção de pequenos leprosários regionais onde seriam isolados apenas os casos excepcionais. Essa corrente alinhava-se com a vanguarda do pensamento mundial sobre o assunto. Dentre os humanitários, destacou-se Emilio Ribas, que em 1916, estruturou e normatizou medidas de combate à endemia em São Paulo, durante sua gestão como Diretor do Serviço Sanitário daquele Estado.

Enquanto em São Paulo a organização e normatização dos serviços profiláticos foram realizadas segundo a proposta Humanitária, nacionalmente, no entanto, a partir de 1920, a profilaxia da lepra passou a ser coordenada pelo Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (SPLDV) do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e sob a direção de Eduardo Rabello. Este, a exemplo de Ribas, também posicionava-se contra o isolamento compulsório¹⁶⁶.

Diversos nomes de projeção nacional ligados ao sanitarismo naquele momento, defendiam posturas semelhantes às de Ribas e Rabello. Dentre eles pode-se citar Carlos

¹⁶⁶ RABELLO, Eduardo. O Problema da Lepra no Brasil. **Boletim da Academia Nacional de Medicina**. Rio de Janeiro, 24 de junho de 1926, pp. 273-291.

Chagas e Oscar da Silva Araújo¹⁶⁷. Em suma, o grupo que defendia a adoção das medidas “humanitárias” teve uma grande atuação até 1930.

As posturas defendidas por Ribas e Rabello, entre outros, confrontavam-se com aquelas defendidas pelos Isolacionistas. Estes eram partidários da idéia de que todos os doentes deviam ser internados, não importando a forma clínica, estágio da doença, características particulares dos pacientes tais como sexo, faixa etária, condições sócio-econômicas. Os Isolacionistas justificavam sua posição a partir do discurso da defesa da saúde coletiva¹⁶⁸.

Dentre os partidários das medidas isolacionistas, também encontravam-se grandes nomes do campo da saúde pública onde destacavam-se Oswaldo Cruz, Arthur Neiva, Belisário Penna e Heráclides de Souza Araújo. Esse grupo, dividido entre os *radicais* e *moderados*, divergia quanto à forma do isolamento. Dentre os *radicais* havia quem defendesse o isolamento em ilhas, (Oswaldo Cruz, Heráclides de Souza-Araújo e Arthur Neiva) alegando que os doentes teriam o mar como barreira para fugas ou ainda, quem sugerisse a criação de dois municípios autônomos para o encerramento dos doentes (Belisário Penna). Os *moderados* propunham simplesmente o isolamento compulsório em leprosários, desde que estes fossem situados em locais distantes dos centros urbanos.

Os discursos e a prática do isolamento no Brasil podem ser divididos, de modo geral, em cinco períodos cada um com características próprias. De 1900 a 1920 dão-se os primeiros debates e os círculos médicos foram agitados por discussões sobre o crescimento da endemia. De 1921 a 1930 são erguidos os primeiros abrigos e intensificam-se os debates sobre as formas de isolamento. O período situado entre 1930 a 1945 caracteriza-se pela implantação

¹⁶⁷ Oscar da Silva Araújo foi uma figura de destaque no campo da leprologia brasileira. Apontava a ineficiência do isolamento compulsório e denunciava seus altos custos como desnecessários e inviáveis para os cofres do país. Foi Diretor da Inspetoria de Profilaxia da Lepra no Rio de Janeiro. CARRARA, Sergio. **Tributo a Vênus: a luta contra sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1996, pp137-138.

¹⁶⁸ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. pp. 144-145.

do isolamento compulsório e tem-se a construção dos grandes asilos-colônia bem como, já na década de 1940, a descoberta da sulfonoterapia. De 1946 a 1967 os Congressos Internacionais passaram a reprovar contundentemente as medidas isolacionistas, embora o isolamento compulsório continuasse no Brasil. Somente após 1967 o isolamento compulsório foi oficialmente extinto e o tratamento ambulatorial passou a ser realizado, embora as colônias não tenham sido desativadas e abriguem ex-pacientes idosos e com graves seqüelas até os dias atuais¹⁶⁹.

As discussões quanto à escolha do modelo de isolamento atravessariam as décadas de 1910 e 1920. No entanto, dado ao crescimento do número de *leprosos* no Brasil e a ausência da descoberta dos seus agentes etiológicos, em especial a partir de 1920, a proposta isolacionista ganhou espaço também por razões de ordem prática. Uma doença dada como contagiosa e que apesar de antiga era um mistério que a medicina não conseguia desvendar, causava pavor, mesmo a médicos e sanitaristas que não sabiam como combatê-la. Assim, separar os doentes em um lugar próprio onde fossem encerrados foi visto como a única medida profilática possível para evitar a propagação do “mal”. Por outro lado, não pode-se esquecer que a adoção do isolamento compulsório foi também uma medida política, visto que o grupo de médicos e sanitaristas que assumiu cargos de mando após a revolução de 1930, endossou a tese da necessidade de segregação dos doentes. Em suma: as medidas profiláticas adotadas contra a *lepra* em cada país dependeu, em última instância, da postura defendida pelo segmento médico endossada pelos poderes políticos constituídos¹⁷⁰.

É válido acrescentar que, para além do medo do contágio, a visão daquelas pessoas expondo suas chagas pelas artérias centrais das cidades incomodava, sobremaneira, o

¹⁶⁹ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. pp. 135-136.

¹⁷⁰ A prática de recolher leprosos em estabelecimentos criados para este fim é oriunda da Igreja Medieval, mas a de isolar compulsoriamente pertenceu à medicina moderna, ancorada pelas descobertas do agente etiológico da doença. Com o desenvolvimento da medicina, a idéia de isolar obedeceu a princípios científicos e envolveu, além do temor do contágio, a preocupação fundamental de proteger os “sãos”. RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, Desvio e Danação: as Minorias na Idade Média**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993, p.111.

olhar dos transeuntes. A imagem do *leproso* presente no imaginário social foi sempre associada a uma ampla gama de deformações, só perceptível no doente acometido do modo virchowiano e absolutamente sem tratamento, mas que foi fixada historicamente:

“(…) boca carcomida, nariz desintegrado, orelhas feridas, olhos alarmados e vermelhos; rosto, enfim, totalmente danificado pela doença. Pele áspera com chagas à vista, pés e mãos deteriorados e sem dedos, mal hálito e mal cheiro e uma voz rouca e desagradável.”¹⁷¹

Essa descrição corresponde à imagem que se fazia do *leproso* na Idade Média e que parece ter-se fixado em todas as épocas e culturas. Assim, os sentimentos causados pela visão de um *lázaro* eram um misto de piedade, medo e asco. Portanto, é difícil avaliar o que causava mais temor: se o medo da transmissibilidade ou o resultado estético que esta poderia causar. A repugnância com a aparência dos *morféticos* foi sempre um dado inegável. Conhecida como doença feia, hedionda, que contraria a beleza das formas e a integridade física, em franco desacordo com os cânones estéticos, a *lepra* foi responsável pela desfiguração dos traços da face e do corpo e, conseqüentemente, pelas dores físicas e psíquicas que sofriam os seus portadores¹⁷².

Desse modo, entende-se que a rejeição estética, aliada à necessidade que a sociedade sentia à época de resguardar-se e proteger-se de uma doença incurável, possibilitou a prática de segregação e/ou isolamento dos doentes. Tais comportamentos não podem ser encarados apenas como tentativas de proteção contra uma moléstia desconhecida e letal, mas também deve ser entendida como resultado de uma percepção do social em que a doença deixa de ser vista somente como um fato biológico para se transformar num repertório de

¹⁷¹ GANDRA JUNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit. p. 21.

¹⁷² Op.Cit. p. 24.

construções verbais e um desencadeador e legitimador de políticas públicas¹⁷³. Portanto, as enfermidades não podem ser analisadas apartadas do seu momento histórico e dos seus parâmetros sociais, pois a própria sociedade também contribui com uma formatação que vai colocá-las para além do seu gênero orgânico, transformando-a também numa construção social.

No longo enfrentamento travado com as mais diversas epidemias e endemias, situação corriqueira em Fortaleza no século XIX, a comunidade e os indivíduos agiam de acordo com as percepções, conceitos e preconceitos existentes na sociedade e cultura da qual faziam parte. Assim, a segregação dos *leprosos* era uma prática entendida como correta, aceita e normatizada: primeiro, pela Igreja Católica, durante vários séculos e segundo, pela medicina. Ninguém sofria críticas ou repressão por isolar um *leproso* e privá-lo das ligações afetivas e familiares. Estes eram comportamentos tidos como “normais”, que inseriam-se socialmente de forma normatizadora e na própria sociedade encontravam apoio e sedimentação.

Os primeiros anos da década de 1920 foram de intensas cobranças da imprensa, no sentido de exigir providências quanto ao isolamento dos *leprosos* e/ou dos suspeitos em Fortaleza. As reclamações giravam sempre em torno da total ausência de locais coletivos e/ou particulares para os *lázaros* e na ausência destes, isolamento no próprio domicílio. Elas ainda apontavam a falta de prescrições para os doentes sem tratamento e esclarecimentos para a população em geral. Era também possível perceber que a imprensa cearense já defendia enfaticamente o isolamento compulsório dos doentes de *lepra*, em perfeita sintonia com debates sobre a questão nos principais centros nacionais e internacionais:

¹⁷³ ROSENBERG, Charles. (ed). Framing disease: Illness, society and history. **Explaining epidemics and other studies in the History of Medicine**. Cambridge, 1992, pp. 305-318.

“Essa gravíssima questão, a da Lepra, para nós como para todo o país, esse tremendo flagelo que apenas nos dá tempo para o debelarmos, tem merecido o nosso maior desvelo, embora nossos grandes esforços esbarrem com dificuldades quase insuperáveis”¹⁷⁴

Em Mensagem a Assembléia Legislativa, o Presidente Justiniano de Serpa reconhecia só haver duas soluções urgentes para o problema dos *leprosos*: a construção de um grupo de habitações para o isolamento dos leprosos, assistidos pelo Serviço de Saneamento Rural e, posteriormente, a construção de um leprosário que atendesse às necessidades de um grupo de estados do Nordeste. Deste modo, a criação de um grande leprosário em acordo com os estados nordestinos daria mais visibilidade à questão, além de constituir uma obra menos onerosa. Sugeriu, então, Justiniano de Serpa, que, o DNSP centralizasse as negociações com os Estados por intermédio das Diretorias de Saneamento Rural (DSR).

Com esse propósito, o Governo do Estado endereçou ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores a seguinte sugestão:

“Com natural empenho para que receba a solução definitiva a precípua questão da profilaxia da lepra neste Estado e no País, dia a dia prejudicado, com o que se vai tornando uma calamidade nacional, encarecidamente peço a V. Excia a sua valiosa atuação afim de que logremos a construção de um leprosário, beneficiando o Ceará, o Rio G. do Norte, a Paraíba e Pernambuco, como foi sugerido ao Sr. Diretor do Saneamento Rural pelo Chefe dos Serviços Sanitários deste estado, com a aprovação dos demais estados interessados (...). Certo do carinho que V.Excia. dispensa às obras de tanto merecimento, permito-me aviltar que seja a questão encampada por V. Excia interferindo junto aos Governos dos Estados mencionados.”¹⁷⁵

A construção de uma *gafaria* que viesse a atender os quatro estados nordestinos jamais foi viabilizada. Mas, insistentemente, os periódicos não poupavam críticas à inabilidade dos gestores públicos cearense no trato com a questão:

“...numa terra onde o censo dos leprosos atesta a existência de uma centena de morféticos, somente dezesseis recebem tratamento terapêutico! O número de leprosos

¹⁷⁴ Mensagem do Presidente Justiniano de Serpa à Assembléia Legislativa do Estado. Fortaleza, março/1921, p. 51.

¹⁷⁵ Telegrama do Presidente do Estado ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores in Mensagem à Assembléia Legislativa. Maio/1921, p. 52.

aumenta diariamente, entre nós, dada a absoluta falta de isolamento e a entrada de novos enfermos vindos do norte do país. Louvamos os esforços dos que estão investidos das funções humanitárias de efetivar a profilaxia de tão terrível doença, deplorando que resulte, por assim dizer, inútil essa boa vontade, enquanto não houver uma colônia, aparelhada de recursos para conter a invasão da terrível enfermidade (...) Não nos resignamos a emudecer enquanto vimos que os poderes públicos recorrem apenas a paliativos, em que derramam o rico dinheiro do povo, sem obviar perigo tão grave e de conseqüências sociais as mais deploráveis¹⁷⁶

Em 1923, presidindo uma das reuniões do Centro Médico Cearense (CMC), o Barão de Studart recordava o alerta que emitira sobre o desenvolvimento da *morféia* no Ceará, em 1898, e lamentava a ausência de repercussão do mesmo junto às autoridades sanitárias da época. Lembrou que ele mesmo teria, por iniciativa própria, chamado a atenção dos governantes cearenses para a necessidade de providenciar um local para o isolamento dos doentes, e que, por volta de 1915, a presidência do Estado havia colocado em suas mãos quinze contos de réis para iniciar as obras do primeiro Leprosário do Ceará. Queixava-se o Barão de ter escolhido o terreno, de ter chegado a comprar material, e o governo ter entendido, depois, que era melhor aplicar aquela verba em questões mais urgentes.

No bojo do debate sobre a *lepra* no Ceará, é impossível não destacar a participação do Centro Médico Cearense (CMC), do qual o Barão de Studart foi um dos idealizadores e primeiro presidente. O CMC foi a primeira instituição médica de caráter associativo criada no Ceará a estabelecer um fórum de debates sobre os problemas de saúde do Estado e da região. Diante dos avanços observados nas ciências médicas e a crescente sofisticação do ofício nos principais centros do país e no mundo, os profissionais de saúde no Estado do Ceará, sentiram a necessidade de criar uma entidade que possibilitasse amplos debates entre a classe, a fim de suprir deficiências observadas na prática médica cearense. Fundado em 1913, esse órgão reuniu, em Fortaleza, um grupo de profissionais formados nas

¹⁷⁶ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 23 de Janeiro de 1923, p. 1.

universidades brasileiras que objetivava, também, consolidar a credibilidade da própria categoria junto à sociedade local.¹⁷⁷

Entende-se, deste modo, que a fundação do CMC pode também ter representado uma estratégia da elite médica para promover sua inserção junto às esferas de poder do Estado e participar ativamente das disputas políticas realizadas no Ceará. Até então tais disputas eram polarizados pelos dois grupos políticos hegemônicos, encastelados nos Partidos Democrata e Conservador, sem clivagens ideológicas que apenas se revezavam no poder. A exemplo do que ocorria em várias outras unidades da Federação, o grupo de médicos ligado ao CMC buscava um espaço de participação e atenção às suas reivindicações de classe. Observou-se que posteriormente, alguns nomes ligados ao CMC ocuparam cargos nas instituições públicas de saúde bem como fizeram carreira política, pois procuravam articular a atividade médica à atividade política, candidatando-se aos cargos eletivos com o discurso da possibilidade de tornar mais eficazes as medidas de saúde e higiene pública¹⁷⁸.

¹⁷⁷ Fortaleza contava à época com 32 médicos, que exerciam a profissão de modo autônomo. Praticamente não havia troca de opiniões técnicas entre os profissionais, sendo a experiência de participação em encontros e congressos praticamente inexistente. Por outro lado, as publicações especializadas eram raras no país e quase nunca chegavam ao Ceará. Desse modo, a criação do CMC veio representar os anseios de um segmento que buscava seu lugar no novo contexto do país e principalmente na cidade. Segundo o Artigo n.1 dos Estatutos do CMC, o principal objetivo da entidade consistia em “integrar as instâncias representativas da categoria, de cunho científico e acadêmico.” Não obstante, a referida associação médica colocar-se no papel de porta-voz deste segmento, observa-se, também, a partir da leitura do seu primeiro estatuto, uma preocupação em ampliar o prestígio social do grupo, o poder e o status do médico num mercado de trabalho ainda incipiente como o de Fortaleza. Assim, acredita-se que além da criação de um fórum de debates médico-científico até então inexistente, o CMC representou uma estratégia para obtenção e alargamento de prestígio junto à clientela e maior reconhecimento entre seus pares. Ainda no campo dos seus objetivos, o CMC se propunha a discutir a organização do Mercado de Trabalho Médico, a autonomia técnica (?) e autonomia no exercício das atividades da categoria, além da cobrança da presença do estado como intermediador dos interesses coletivos, sugerindo também uma certa abertura política para o debate em torno das questões da saúde pública. BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 72.

¹⁷⁸ Neste sentido podemos citar o médico Manoel Fernandes Távora, que foi o primeiro Interventor do Ceará, após o movimento de 1930. Na ocasião da sua indicação era presidente do CMC (1929-1930). Foi Deputado Estadual por dois mandatos 1933-1937/ 1946-1947 e Senador também por dois mandatos: 1947-1955/1955-1963. O médico César Cals de Oliveira foi também presidente do CMC (1939-1945), Deputado Estadual e Presidente da Assembléia Legislativa (1935-1937) e Prefeito de Fortaleza. Dr. Waldemar Alcântara, presidente do CMC (1945-1946), foi Deputado Estadual por três mandatos: 1947-1950/1950/1954/1954-1958 e também Senador da República. Fernandes Távora, César Cals e Waldemar Alcântara deram início a uma linhagem de políticos no Ceará que já está na terceira geração. Dr. Jurandir Picanço foi presidente do CMC (1936-1937) e o primeiro diretor da Faculdade de Medicina do Ceará. MOTA, Aroldo. História Política do Ceará. Vol. II. Fortaleza: ABC Editora, 2005, pp.20-25.

Já a partir de meados da década de 1920, percebe-se um grande esforço da categoria em inserir-se nas esferas de decisões das políticas públicas de saúde e higiene ligadas ao Estado. Embora tal atitude não significasse o afastamento das instituições filantrópicas (a que muitos se dedicavam) parece ter ocorrido o abandono da visão romântica da medicina enquanto sacerdócio, em prol da procura por maior reconhecimento e poder no âmbito da sociedade. Politicamente, os médicos procuravam ligar o exercício da medicina a um certo sentimento patriótico, visando enfatizar a importância da medicina enquanto propiciadora da saúde aos cidadãos, que somente saudáveis, poderiam contribuir para o engrandecimento da pátria.

O primeiro presidente do CMC foi o Barão de Studart, que permaneceu no cargo até 1919, período em que começou a circular a revista da sociedade denominada *Norte Médico*, de publicação bimensal. A revista surgiu na perspectiva de tornar-se um espaço privilegiado para discutir a profilaxia e combate às doenças e endemias que grassavam no Brasil e principalmente no Ceará, mas, também, para propiciar visibilidade à contribuição do CMC na “cruzada” em prol da saúde pública. Além do próprio Barão, tinha grande espaço na revista o médico César Cals, que viria a ocupar a presidência do CMC durante quase todo o Estado Novo (1939-1945). Na década de 1920 e principalmente em 1930, a revista daria um grande espaço para as questões relativas à *lepra* e ao leprosário Antônio Diogo.

Em 1923, o CMC deu os primeiros passos no sentido de uma ação mais efetiva no trato com a questão da *morphéa* no Ceará. Em 18 de julho de 1923, foram convocados pela imprensa os médicos cearenses, autoridades governamentais e jornalistas com o intuito de discutir o problema da *lepra* no Ceará:

“convocados pelo seu presidente, Dr. Barão de Studart, os membros do Centro Médico Cearense, reuniram-se ontem à noite, às 19 horas no Palácio Presidencial, a fim de, perante o vice-presidente em exercício, discutirem o problema da lepra e apresentarem sugestões a respeito do mesmo”¹⁷⁹.

Na qualidade de Presidente do CMC, o Barão de Studart, iniciou a reunião, tecendo algumas considerações sobre os progressos da “morphéa” na capital cearense:

“Fortaleza, não está ainda nas condições de Belém, que conta 1.200 leprosos, com 300 apenas hospitalizados; mas, contamos já na cidade, com nunca menos que 120 casos dessa terrível moléstia, que classifico de nímiamente contagiosa. No estado todo, esse número acende a mais de 300, 350 talvez, quando em toda a Venezuela não há mais de 700 morféticos. Os números indicados são uma demonstração eloqüente de que temos a urgente necessidade de coibir o desenvolvimento do mal, pela hospitalização, pelo isolamento e por colônias-hospitais”¹⁸⁰.

O debate em torno da questão do isolamento dos leprosos dividiu os médicos cearenses. Dentre os que acreditavam na necessidade do isolamento em virtude do contágio, destacava-se o Barão de Studart e entre aqueles que duvidavam dessa possibilidade pontuava o Dr. César Cals. Outro ponto polêmico era a necessidade ou não de um leprosário no Ceará. Acerca das supracitadas questões afirmava o Dr. Cals:

“Acho discutível que a morphéa seja eminentemente contagiosa e indica que numerosos cientistas a julgam apenas transmissível...Entendo que preliminarmente, se deva discutir, se convém ou não, estabelecer no Ceará um leprosário. Julgo que não, porque uma vez construído, nosso estado atrairia numerosos morféticos de outros pontos, e, dentro em pouco, não poderíamos arcar com as despesas do mesmo”¹⁸¹.

A construção de uma leprosaria para atender somente aos leprosos do Ceará exaustivamente discutida nas reuniões do CMC. Muitos médicos presentes sugeriram que o SSPR, instituído em 1919, pudesse dispor de verbas para o tratamento dos leprosos e até viabilizar uma forma de isolamentos dos doentes. Usando a palavra, o Dr. F. do Amaral

¹⁷⁹ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 20 de julho de 1923, p. 2.

¹⁸⁰ A esta reunião, além dos médicos e autoridades do governo, foram convidados jornalistas dos principais jornais cearenses e tanto o “Correio do Ceará” como “O Nordeste” publicaram na íntegra, a reunião do CMC. Fortaleza, 19 de julho de 1923.

¹⁸¹ Jornal *Correio do Ceará*. Fortaleza, 19 de julho de 1923, p. 2.

Machado, chefe interino do SSPR, expôs as dificuldades orçamentárias do órgão sob sua responsabilidade, esclarecendo que:

“(...) a ação do departamento a seu cargo no combate à lepra... só pôde fazer dada a escassez da verba, o censo dos morféticos, este mesmo difícilimo. Essa exígua verba tem sido aplicada na manutenção de pequenos serviços anti-venéreos”¹⁸²

Continuando os esclarecimentos sobre o citado serviço, Dr. Amaral Machado informou que a comissão encarregada do SSPR tentou fornecer recursos aos leprosos indigentes. Afirmou que a mesma teria cadastrado vinte e dois leprosos nesta capital. Mas, verificou-se que os leprosos vendiam os gêneros que lhes eram concedidos¹⁸³. Daí, ser necessário encontrar formas outras de auxílio que fossem mais eficientes aos enfermos. Concluindo, ele garantiu que o SSPR não dispunha de verba específica para “socorrer os morféticos”.

Assim, após acaloradas discussões os médicos presentes aprovaram as seguintes ações: 1 – A participação e envolvimento do CMC no combate à morfêia. 2 – O Centro Médico empenharia todos os seus esforços para auxiliar na construção do leprosário. 3 – A instituição de uma comissão para estudar mais acuradamente as várias questões atinentes à construção da leprosaria: localização, recursos, funcionamento, etc.

Uma vez decidido e em que termos o CMC tomaria assento na questão do combate à *morfêia*, a discussão sobre a construção de uma leprosaria no Ceará ganhou um certo destaque nos periódicos locais. O segundo semestre do ano de 1923 foi marcado pelo início da polêmica em torno do local onde deveria ser construído o leprosário¹⁸⁴.

¹⁸² Jornal *Correio do Ceará*. Op. Cit. p.2.

¹⁸³ Op. Cit. p.2.

¹⁸⁴ A questão era polêmica porque nenhum representante municipal gostaria de ter um leprosário no território sob sua administração. Sempre que um local era ventilado para a instalação de uma leprosaria, a população ali residente organizava-se no sentido de impedir a edificação da mesma, utilizando o imbatível argumento da possibilidade de contágio.

3.3 Onde Construir o Leprosário Cearense?

Vários proprietários de áreas desabitadas nos arredores da capital e mesmo de bairros um pouco mais afastados ofereciam suas propriedades e escreviam aos médicos, por meio da imprensa, no sentido de pedir esclarecimentos sobre a segurança e a eficácia de tal empreendimento nos locais em disponibilidade.

Acompanhando as ofertas de locais para a construção do leprosário, através principalmente do jornal *O Nordeste*, é possível observar que os generosos oferecimentos são prontamente desaconselhados, em virtude do Serviço de Saneamento não considerar tais localidades afastadas e isoladas o suficiente. Renomado clínico da cidade, Dr. Antônio Fernandes era um dos profissionais mais solicitados para prestar parecer a esse respeito:

“(...) recorrem à minha desvaliosa opinião de médico clínico para saber se é ou não inconveniente a instalação de uma leprosaria, nas vizinhanças da ex-vila de Porongaba, hoje, arrebalde de Fortaleza. Como conselho de consciência que não posso negar como já o fiz a outras pessoas que estiveram em sua atual situação moral, as quais pessoas sob a forma de abaixo-assinado, levaram o meu parecer a S. Exc o Sr. Presidente do Estado.

De acordo com a opinião geral das maiores autoridades no assunto, tropicalistas franceses, ingleses, americanos e brasileiros, uma leprosaria deve ser, antes de tudo, uma colônia agrícola e pastoril situada em vastas terras ou campos, isolada das populações válidas (...) assim, não posso, de modo algum aconselhar a instalação de uma leprosaria nos arrebaldes de uma capital...não posso, não devo aconselhar tal instalação nas proximidades de núcleos urbanos.”¹⁸⁵

A definição do local para a construção de leprosários foi sempre polêmica e geradora de debates acalorados no âmbito da classe médica e entre os médicos e o Estado, sob a vigilância da sociedade. O regulamento do Departamento Nacional de Saúde de 1923, com alguns artigos dedicados à questão da *lepra*, recomendava de forma vaga no artigo 144 - referente à localização de leprosários- que estes deveriam ser instalados em locais apazíveis para os doentes e de proteção para as populações vizinhas.

¹⁸⁵ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 24 de abril de 1924, p. 2.

No Ceará, sempre que o tema “localização da leprosaria” era veiculado pela imprensa, o Estado de São Paulo era citado como exemplo de profilaxia a ser seguido. O projeto para a construção de uma Leprosaria Modelo em discussão em São Paulo que aconselhava a construção dos leprosários a longas distâncias dos núcleos urbanos vinha corroborar com o que os poderes e saberes em Fortaleza preconizavam.

Em âmbito nacional, as autoridades sanitárias discutiam acaloradamente os dois modelos propostos já apresentados, para o enfrentamento do problema do isolamento dos *leprosos*: o modelo humanitário e o modelo radical.

Dentre os adeptos da proposta humanitária havia os que achavam que os portadores da forma não contagiosa deveriam ser dispensados da internação ou do isolamento domiciliar: para estes bastaria o tratamento ambulatorial. Quanto aos portadores da forma contagiosa, na ocasião classificada de lepromatosa e, mais tarde, virchowiana, deveriam ser tratados em sanatórios com os recursos então existentes: medidas de higiene e injeções de óleo de chalmougra¹⁸⁶, uma das poucas terapias à disposição dos infectologistas e dermatologistas brasileiros. Aos doentes que possuíssem boas condições financeiras e fossem portadores da forma contagiosa podiam estes viver em casa sob vigilância médica freqüente, num ambiente isolado do resto da família, em quarto e banheiros separados.

O segundo modelo era considerado radical porque, segundo este, todos os doentes, sem exceção, seriam confinados compulsoriamente, com emprego de força, se necessário, e mantidos isolados da sociedade, da família e dos amigos em asilos-colônia cercados de muros, num modelo muito semelhante ao das penitenciárias. Para os defensores deste método, não podia haver distinção entre as formas contagiosas e não contagiosas da doença: entendiam que qualquer doente podia ser um transmissor em potencial.

¹⁸⁶ A Chalmougra era uma planta medicinal importada da Índia cujo cultivo no Brasil era incipiente. Sua eficácia se comprovava depois, praticamente nula, provocava terríveis efeitos colaterais como uma diarreia intensa e um estado de desnutrição profunda que podia levar o paciente à morte.

Mas havia propostas ainda mais radicais, no que concernia ao isolamento dos *leprosos*. Em princípios da década de 1920, Belisário Pena¹⁸⁷ sugeriu a construção de dois municípios autônomos, especificamente dedicados aos *morphéticos*, um no norte, outro no sul do país. Todos os acometidos de *lepra* deveriam ser enviados a esses municípios, desejando-o ou não. Os governos federal e estadual deveriam auxiliar estas “cidades leprosas” somente naquilo que elas não pudessem produzir para a sua subsistência. Esses municípios teriam o seu entorno militarizado e guarnecido por um batalhão do exército especialmente constituído para tal fim. A construção de fossos, trincheiras e guaritas eram aconselháveis, pois permitiriam uma vigilância maior e mais qualitativa. Essas localidades deveriam almejar a maior independência possível, constituindo seus próprios governos e auto-gerenciamento¹⁸⁸.

O médico sanitарista paulista Emílio Ribas foi um dos principais partidários do primeiro modelo que batizou de *isolamento humanitário*. O argumento de Ribas era científico: como a hanseníase é uma moléstia de longa incubação, permanecendo em média entre dois e cinco anos sem se manifestar, por ocasião do diagnóstico, o doente já poderia ter transmitido às pessoas em sua volta múltiplas possibilidades de contaminação. Assim, de que adiantaria o isolamento?

Contra ele, ergueram-se vozes de igual ou maior prestígio. Osvaldo Cruz, celebrizado pelo êxito que alcançou na erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro, chegou a sugerir o confinamento dos hansenianos em ilhas, como a Ilha Grande, já conhecida por abrigar um presídio¹⁸⁹. Heráclides de Souza Araújo, também um respeitado leprologista,

¹⁸⁷ Belisário Pena, nasceu em Barbacena-MG em 1868. cursou a Faculdade de Medicina da Bahia formando-se em 1890. Em 1904, residindo já no Rio de Janeiro, trabalhou do DGSP, no combate à febre amarela e à malária. Em 1918 assumiu a direção do SPR e em 1920 foi nomeado Diretor de Saneamento Rural do DNS. Em 1930 assumiu a direção do DNSP. Em 1931 foi indicado para o Ministério da Educação e Saúde. Morreu em janeiro de 1939. COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle social: origens de políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1985, pp.22-23

¹⁸⁸ CURI, Luciano Marcos. Op. Cit. p. 36.

¹⁸⁹ O Dr. Souza-Araújo era também um dos defensores do isolamento dos hansenianos em Ilhas afastadas dos núcleos urbanos e chegou projetar um leprosário numa das ilhas da costa do Paraná. NEIVA, ARTHUR. **A obra de Osvaldo Cruz e sua projeção na Medicina Brasileira**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1940, p. 124.

concordava inteiramente com Oswaldo Cruz. Os que aprovavam o modelo isolacionista estavam convencidos de que internando todo e qualquer doente, sem distinção de sexo, idade, nível sócio-econômico, estágio ou forma da moléstia, interromperiam a propagação da doença que, desse modo, seria erradicada do país em poucas décadas.

Polarizaram as discussões em torno do isolamento dos hansenianos Oswaldo Cruz e Emilio Ribas. O segundo, mudou de posição e aceitou o isolamento dos doentes, embora preconizasse a necessidade de dotar esses locais de todo o conforto necessário. Não concordava, porém, com o isolamento dos doentes em ilhas:

“...tudo que dá a idéia de degredo ou prisão deve ser contra-indicado a bem da profilaxia, principalmente o fetichismo da Ilha, que provocaria a ocultação dos doentes. Os leprosários devem se localizar em zonas salubres e de fácil acesso. Constitui condição essencial para combater a lepra a cooperação dos próprios enfermos que se internarão espontaneamente em estabelecimentos apropriados e de fácil comunicação. Se a região for de difícil acesso, privando por isso uma regular assistência aos doentes, embaraçando as visitas de parentes e amigos e retardando os recursos de qualquer natureza, esse local não deve ser aceito, porque ninguém se conformará em se banido ou ficar nas condições de um enterrado vivo só porque a fatalidade o fez leproso”¹⁹⁰

As idéias adotadas e divulgadas por Emílio Ribas tiveram um maior relevo e aceitação. E embora não tenha sido aplicada em sua essência, como veremos, foi a opção de isolamento em colônias e não em ilhas, a solução adotada no Brasil. Na prática, a dificuldade em construir e equipar as colônias era acompanhada de uma dificuldade ainda maior para localizar e recolher os doentes. Tais fatos impediram que o modelo isolacionista fosse adotado de forma exemplar. Em São Paulo, no entanto, o isolamento passou a ser uma questão de Estado. E para implementá-lo, a área da saúde pública foi dividida em dois departamentos: o primeiro, encarregado exclusivamente da lepra, que logo foi transformado do Departamento

¹⁹⁰ RIBAS, Emílio. Discurso proferido no I Congresso Sul Americano de Dermatologia e Siphilografia. São Paulo, 1918. Citado por NEIVA, Arthur. In **Defendendo São Paulo e suas iniciativas no combate à lepra** em Discurso pronunciado na Câmara dos Deputados em outubro de 1927. Arquivos Capanema CPDOC.

de Profilaxia da Lepra (DPL) e na prática operaria como um órgão autônomo e o segundo, que visava combater às demais doenças que grassavam pelo Estado¹⁹¹.

O Ceará optou, na medida das suas possibilidades, pelo modelo isolacionista. Médicos e Sanitaristas louvavam o modelo escolhido por São Paulo e o apontavam como exemplo a ser seguido no Estado e, principalmente, na capital. Como o avanço da *lepra* no Ceará, e principalmente em Fortaleza, era tema recorrente na imprensa local, os moradores da cidade tentavam também através de cartas à redação dos jornais propor algum tipo de solução para o problema. A exemplo de Osvaldo Cruz, havia quem sugerisse o isolamento dos *leprosos* cearenses no local disponibilizado para o estabelecimento da primeira Colônia Penal Cearense:

“A Colônia Cristina, propriedade pública, dispõe de terras abundantes, destituída de coleções líquidas superficiais, o que as torna imprópria à população do parasitismo contra o homem. De modo que, superficialmente secas, realizam um tipo de terreno sanitário, onde se faz espontâneo o saneamento. O provimento de águas pelo seu subsolo será plenamente satisfatório, bastante ao uso da população asilada e as misteres de uma indústria local. Cogita-se, desde algum tempo, de fundar naquele próprio estado, uma colônia correcional penal... ora, si esse terreno pode fornecer água e uma aglomeração de detentos, podê-lo à igualmente a uma aglomeração de enfermos, tanto mais quanto não será uma Leprosaria Modelo... quanto à Colônia de Detentos, nada obsta a que, simultaneamente, as suas instituições se estabeleçam na mesma prioridade, cuja amplitude, permite de sobejo abrigá-las, isolando-as entre si, e das populações circunvizinhas.”¹⁹²

O Artigo 139 do Regulamento Federal de 1923 recomendava que a área para o estabelecimento de uma colônia nunca deveria ser inferior a 500 metros quadrados, com área de infecção regulamentar exterior a essas construções e que seu perímetro total não fosse inferior a dez quilômetros. O artigo 141 informava da necessidade da área escolhida possuir terras férteis para o plantio, água em abundância e amplitude suficiente para criação de animais.

¹⁹¹ Observa-se que na década de 1930, os grandes higienistas do país afirmavam que São Paulo era o grande exemplo para o Brasil na profilaxia da lepra.

¹⁹² Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 08 de maio de 1924, p. 1.

O então Chefe do SSPR no Ceará, Dr. F. do Amaral Machado, foi muito pressionado através da imprensa para que adotasse o modelo paulista de tratamento para os leprosos. Rebatendo as críticas que eram feitas à sua ação no SSPR, Amaral Peixoto enfatizava que o serviço sob seu comando tinha como objetivo o tratamento das doenças venéreas e não era função do mesmo isolar os portadores do Mal de Hansen. Desse modo, o médico tentava esclarecer:

“ (...) uma melhor informação dir-lhe-ia que o Dispensário Oswaldo Cruz, assim como o Dispensário Eduardo Rabelo de Camocim pertencem ao Serviço de profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Já vê V.S. que a cousa não é unilateral: lepra e doenças venéreas.

E para esse serviço, que quando instalado aqui só foi incumbido de fazer o censo dos leprosos e estudos preliminares, ficando com maiores encargos em relação à profilaxia anti-venérea – para esse serviço há uma datação mensal de seis contos e seiscentos mil réis.

Com tal soma e tais encargos seria veleidade pensar em fazer o isolamento dos leprosos. Para que o mal seja, porém, levado ao mínimo, são sustentadas vinte e seis leprosos indigentes, dos quais dezesseis também recebem tratamento terapêutico, com a condição de não perambularem esses doentes pelas ruas e viverem mais ou menos segregados (...)”¹⁹³

No âmbito das medidas de combate à *lepra* e ações para o isolamento dos leprosos, tendo em vista a construção do leprosário, é criada em 02 de dezembro de 1924, a Liga de Combate à Lepra (LCL):

“Acaba de ser fundada, nesta capital, a “Liga de Combate à Lepra” contando com elementos valiosos de nossa sociedade. Vai ser constituída uma comissão administrativa, que dirigirá a ação de repressão ao desenvolvimento de doença tão temível e contagiosa. Estão sendo arrecadados donativos, para esse fim do mais alto interesse social, pois a cada dia está a alastrar-se mais e mais o mal de Lázaro entre nós. A Liga visa auxiliar a atividade do governo, no sentido de estabelecer um isolamento para os morféuticos na Colônia Cristina.

A partir da criação da LCL, é perceptível apenas uma maior sistematização da arrecadação dos donativos para a construção do Leprosário que, ao que parece, era a sua única

¹⁹³ Carta do Dr. F. do Amaral Machado, Chefe Interino do Serviço de Saneamento Rural do Estado do Ceará ao Jornal *O Nordeste*. Publicada em 25 de outubro de 1923, p. 1.

função. O *Nordeste* publicava quase diariamente as quantias doadas por particulares, anônimos ou não, comerciantes, funcionários públicos, além de estabelecimentos comerciais e bancários. No último dia do ano de 1924, a Liga havia arrecadado duzentos contos de réis. Vale destacar que as contribuições não eram feitas somente em espécie, mas em forma de todo tipo de auxílio que pudesse ser útil ao futuro lar dos lázaros cearenses: de cadernetas de poupança a livros-caixa; de material de construção a utensílios domésticos. As campanhas ultrapassavam as fronteiras do Estado do Ceará:

“Entrementes, foi iniciado em todo o Estado um movimento popular e coletivo, que repercutiu e se irradiou pela Capital da República e São Paulo, em prol da construção de um leprosário no Ceará, recebendo o mesmo a valiosa contribuição inicial de 100:000\$000, do benemérito Sr. Cel. Antônio Diogo de Siqueira, donativo esse que, com o concurso dos estudantes da Faculdade de Direito constituiu a grande força emulativa para a consecução de donativos posteriores.”¹⁹⁴

Um outro periódico destacava:

“Foi organizada em Fortaleza uma Comissão Central para orientar e receber as contribuições angariadas no Estado e fora dele, cujos trabalhos tem sido publicados pela imprensa desta capital. Esta comissão compõe-se dos Senhores Cel. Antônio Diogo de Siqueira, Monsenhor Antonio Tabosa Braga, Drs. Francisco do Amaral Machado e Luiz de Moraes Correia. Depois de entendimentos com o Chefe do Serviço de Saneamento Rural e a Comissão Central angariadora de donativos, resolveu o Governo do Estado renovar solicitação feita aos altos poderes da União, no sentido de que o auxiliassem na construção de um leprosário capaz de atender as necessidades existentes e condizente com os novos conhecimentos da técnica sanitária. Esta incumbência foi atribuída aos Drs. F. de Amaral Machado, Chefe do Saneamento Rural e Manuelito Moreira, Deputado Federal por este Estado.”¹⁹⁵

A Liga das Senhoras de Caridade (LSC), grupo filantrópico feminino ligado à Igreja Católica, foi o primeiro a improvisar um abrigo para os morféuticos indigentes da capital. Ainda segundo *O Nordeste*, foi erguida “uma tapera, sob um cajueiro num arrebalde distante a fim de recolher à sua sombra os leprosos desamparados”¹⁹⁶

¹⁹⁴ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 14 de junho de 1925, p. 2.

¹⁹⁵ Jornal *Correio do Ceará*. Fortaleza 20 de junho de 1925, p. 3.

¹⁹⁶ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 28 de dezembro de 1923, p. 2.

A partir de 1925, intensificaram-se as campanhas para a construção do leprosário. Nesse momento, as campanhas em prol da construção da Colônia ganham uma dimensão até então sem precedentes na imprensa cearense. Um evidente mal-estar com o crescimento do número de *leprosos* é freqüentemente percebido através dos mais importantes jornais do período, embora, em princípio, não seja perceptível o mesmo grau de preocupação por parte do Estado e seus precários aparatos de saúde¹⁹⁷.

Em 1926, em Mensagem á Assembléia Legislativa, o então Presidente do Estado José Moreira da Rocha enfatizava que o ponto de partida indispensável à organização de qualquer campanha contra a *lepra* não poderia eximir um censo, realizado com amplitude e segurança. Questionava Moreira da Rocha aos parlamentares: como atacar o problema dos *leprosos* sem o conhecimento do seu número real, da sua distribuição geográfica pelo Estado, da proporção dos enfermos segundo sexo, idade, meio em que viviam ? Desse modo, teria o Presidente examinado o problema da *lepra*, com a única preocupação de encontrar a melhor solução, tanto no tocante à profilaxia e tratamento, bem como quanto á forma de os praticar o mais rápida e economicamente possível. Assim:

“Tomou em consideração, de acordo com esse propósito, as diferentes sugestões que lhe foram dirigidas e que se desdobraram não só em providências propugnadoras como em processos para a sua realização, todas com um só e elevado fito – combate sistemático e eficaz à moléstia de Hansen, em território cearense. Quais sejam:

- a) Legislação sanitária sobre a Lepra, encarada em seus aspectos técnicos, administrativos e sociais.
- b) Organização de Inspetoria sanitária especialmente encarregada da profilaxia e tratamento da lepra e dos estudos e pesquisas indispensáveis á sua realização.
- c) Construção de colônias ou leprosários regionais localizados nos focos de moléstias ou nos pontos de sua maior incidências. Tais asilos-colônias deverão ser de construção econômica e modesta, mas, sem prejuízo da solidez e do conforto.
- d) Isolamento obrigatório, condição essencial de combate ao contágio, que é o elemento decisivo na campanha, deve ser realizado principalmente em colônias de leprosos, observadas todas as providências de ordem técnica que atendam as diversas doutrinas relativas à transmissão da doença.

¹⁹⁷ Observou-se que durante todo o ano de 1925 foram publicadas em torno de 186 notícias cujo tema eram os leprosos no jornal *O Nordeste*.

- e) Tratamento adequado obrigatório, sobretudo precoce, sob inspeção da Inspetoria Especial da Lepra.
- f) A obrigatoriedade do tratamento é, ao lado da obrigatoriedade do isolamento, condição indispensável a sucesso pronto e completo. E o tratamento precoce constitui uma das mais salubres causas do desaparecimento de focos.
- g) Isolamento dos filhos dos leprosos e pessoas deles dependentes, sob a vigilância imediata e contínua da autoridade competente.
- h) São os filhos dos leprosos os que mais freqüentemente sofrem o contágio, podendo-se afirmar que concorrem com 80% dos contagiados.
- i) Toda a campanha contra a lepra deverá ficar sob a direta e imediata fiscalização do Estado por seus órgãos competentes, ficando-lhes subordinado qualquer asilo, seja para o leproso, seja para filhos deste.”¹⁹⁸

A partir da leitura da mensagem percebe-se que o debate se estabelecia a partir de duas vertentes de isolamento: uma de emergência, constituída por uma simples estratégia de segregação e uma definitiva que importasse na construção de uma colônia que atendesse às necessidades de um grupo de estados do nordeste. A segunda proposta tornou-se impraticável em virtude de exigir uma pontual articulação entre os vários estados envolvidos, além de uma captação conjunta de recursos bem como uma série de entendimentos políticos deveras complexos diante da magnitude do problema.

Observou-se que a solução encampada menos pelos poderes oficiais e mais por certos setores da sociedade civil - que resolveram abraçar a causa da construção do primeiro leprosário - foi encaminhar o problema, no sentido de fazer uso das terras da Colônia Cristina¹⁹⁹, em disponibilidade e sem utilidade prática para o Estado. O uso das terras praticamente em abandono traria ainda a vantagem de não ser preciso despender capital para compra de um terreno afastado da cidade. As primeiras edificações da leprosaria foram erguidas graças a várias campanhas encetadas por particulares, movidos pela caridade e pelo de desejo promover o afastamento dos *leprosos* das vias públicas de Fortaleza.

¹⁹⁸ Mensagem do Presidente do Estado Moreira da Rocha à Assembléia Legislativa do Ceará. Fortaleza, abril de 1926, p. 28.

¹⁹⁹ As terras da Colônia Cristina foram adquiridas em Canafistula, localidade afastada da capital. O Estado teria adquiridos as mesmas com o objetivo de construir uma colônia penal modelo no Ceará. BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 88.

A iniciativa dos vários setores da sociedade cearense, e mais particularmente fortalezense, foi fundamental para desencadear inúmeras campanhas em prol da construção da primeira leprosaria cearense. Várias comissões percorriam a cidade, divididas em circunscrições, visando bem organizar o serviço de arrecadação de meios para “tão justo e humanitário fim”. Um jornal destacava o apelo feito aos prefeitos municipais pelo secretário da Presidência do Estado:

“(…) neste intuito está sendo o governo valiosamente auxiliado pela sociedade de Fortaleza, de cujo seio, os melhores elementos, especialmente senhoras de respeitáveis famílias e a ilustre classe médica, andam numa peregrinação piedosa, a implorar pelas ruas, a caridade da população da capital o óbolo que há de concorrer para que o fim seja atingido, atraindo a gratidão dos infelizes lázaros (...) Entendemos que o leprosário será, não uma instituição da capital, mas sim e muito mais do Estado todo (...) é justo, portanto, que a população do interior em geral mais pobre, mas, em compensação mais numerosa, venha também em auxílio do governo para que possa realizar a obra benemérita com maior extensão.”²⁰⁰

Consoante os jornais da capital, o segundo semestre do ano de 1925 não foi muito pródigo em ações em torno da questão do local para isolamento dos hansenianos. E já nos primeiros dias de 1926 *O Nordeste* alfinetava:

“Muito se disse em prol da realização de uma das medidas mais urgentes e necessárias que se fazem mister, atualmente, para o bem estar, saúde e segurança do nosso povo. O entusiasmo por essa idéia, porém, passou rapidamente e hoje só nos lembramos dos morféticos quando vemos alguns desses infelizes, forçados pela fome, perambular nas ruas da cidade, atrás do pão quotidiano que lhes falta quase absolutamente.

O governo não tem tempo para cumprimento de certos deveres de grande importância, como por exemplo, o isolamento dos leprosos. E não se lembram estes homens que tem em suas mãos o nosso destino, não acreditam, não sonham, sequer, na possibilidade aterradora de serem os seus próprios lares invadidos pela espantosa moléstia! Cuidado, senhores! Os bondes, os cafés, as portas, os bancos públicos, as igrejas, os cinemas, tudo está contaminado! Tomai as vossas precauções antes que seja tarde! Um pouco de sacrifício do próprio interesse, um pouco de reflexão por parte de todos e será fácil construir um isolamento para os leprosos, onde esses desgraçados encontrarão, no meio de sua desdita imensa, um pouco de alimento e um repouso necessário, onde tendo perdido tudo, lhes reste ao menos, a subsistência e o agasalho de que carecem”²⁰¹

²⁰⁰ Jornal *Diário do Ceará*. Fortaleza, 06 de março de 1925, p. 2, assinado por Jorge Moreira da Rocha, secretário da Presidência do Estado do Ceará.

²⁰¹ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 11 de janeiro de 1926, p. 1.

O problema do isolamento dos leprosos continuava a preocupar os fortalezenses, sem que qualquer solução nesse sentido, fosse apresentada. As pressões cresciam junto às esferas governamentais e o então presidente do Estado Moreira da Rocha, reafirmava as dificuldades do controle da população *leprosa* em Fortaleza:

“A campanha contra a lepra não cessou, embora não possa prosseguir em marcha vertiginosa, uma vez que as enormíssimas dificuldades ligadas a tal resolução e do ponto de vista técnico e financeiro, se, não solucionam de afogadilho, sob pena de serem agravadas. A Comissão nomeada pelo Governo para tomar a si o problema, fomentando-lhe a resolução, mantém em relativo isolamento domiciliário quarenta leprosos desvalidos, da capital, sustentando-lhes várias famílias; as obras da Colônia Cristina vão prosseguindo só lhe faltando o serviço de abastecimento que a inspetoria federal de obras contra as secas graças aos desvelos de seus dirigentes, está realizando por meio de reservatórios mantidos por uma série de poços.”²⁰²

Em meados de 1926, no entanto, a imprensa local noticiou amplamente que o Coronel Antonio Diogo de Siqueira, abastado “capitalista” cearense, financiaria as obras de construção do leprosário do Ceará. A notícia causou grande alvoroço e as manchetes dos principais jornais em tom provocativo e irônico anunciavam: “Seria então um homem a fazer o que os governos não podiam ou não queriam fazer?”²⁰³ ou “ O Coronel Antônio Diogo vai construir, às suas expensas, o leprosário ?”²⁰⁴ ou ainda “ Abastado Capitalista faz às vezes de governo e constrói Leprosário no Ceará”²⁰⁵. Nos dias seguintes o Coronel Antônio Diogo concedeu entrevistas aos vários periódicos da cidade, transformando-se seguramente, no personagem mais popular das terras alencarinhas naquele ano:

“E graças ao auxílio generoso e humano da sociedade cearense, que sem distinção de credos políticos ou religiosos hipotecou sua ajuda. Antônio Diogo, num gesto de elevado alcance social, fez doação de cem mil contos, destinada à construção de um isolamento, que ficou situado nas adjacências do Povoado da Canafistula, terras da Colônia Cristina, cedidas pelo Presidente Moreira da Rocha. O governo, além do terreno, uma área de um quilômetro quadrado, concorreu mais ou menos com a

²⁰² Mensagem do Presidente Moreira da Rocha à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza, abril de 1926, p. 42.

²⁰³ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 14 de agosto de 1926, p. 1.

²⁰⁴ Jornal *Diário do Ceará*. Fortaleza, 16 de agosto de 1926, p. 2.

²⁰⁵ Jornal *Correio do Ceará*. Fortaleza, 18 de agosto de 1926, p.3.

importância de cinquenta contos de réis. Todavia, a contribuição particular foi sempre mais entusiástica e segura, sendo de notar, sobretudo, a campanha vibrante dos acadêmicos de direito”²⁰⁶

A iniciativa de Antônio Diogo provocou uma onda de campanhas em prol da construção do leprosário. A imprensa publicava quase diariamente o surgimento e desenvolvimento de uma série de iniciativas da sociedade fortalezense em favor da construção da leprosaria:

“A Liga Operária pró-leprosário, projetando uma Festa Veneziana no Parque da Liberdade nos 10, 11 e 12 do corrente em benefício da construção do leprosário, apela por nosso intermédio para a generosidade das distintas famílias fortalezenses, no sentido de as mesmas enviarem algumas prendas para a kermesse que ali se realizará, como um dos números do programa da festa. As distintas famílias que se designarem a atender a este apelo poderão dirigir-se ao Sr. Abel Teixeira, no Clube Iracema.”²⁰⁷

E ainda:

“A Escola de Aprendizes Marinheiros querendo prestar o seu concurso à idéia altruística e humanitária do Coronel Antônio Diogo, em benefício da construção do leprosário, levará a efeito uma festa náutica no Parque da Liberdade no dia 05 de setembro próximo”²⁰⁸

Algumas dessas iniciativas, muito concorridas, figuravam dias e dias nas páginas dos jornais. Dentre elas, podemos citar ainda a realização de um Festival de Piano no Teatro José de Alencar, em março de 1927. Em abril, um Leilão Benemérito de várias telas doadas pelos pintores Darki Parreiras e Ângelo Guido, na sede do Clube Iracema. Os “Chás Elegantes” também conhecidos como “five o’clock”, reverteram-se em chás de caridade em proveito do leprosário. Enfim, saraus, apresentação de orquestras e exposições entre outros eventos.

²⁰⁶ Apostilas Históricas in Boletim Comemorativo das Bodas de Prata da Colônia Antônio Diogo. Fortaleza, Fortaleza, agosto de 1953, p 52.

²⁰⁷ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 08 de outubro, de 1926, p. 2.

²⁰⁸ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 05 de setembro de 1926, p. 3.

Além das iniciativas citadas, ainda podemos destacar o empenho das várias associações de classe, na arrecadação de dinheiro junto aos seus associados, como os comitês da Escola Normal e dos Acadêmicos da Faculdade de Direito. Sobre este último, o jornal *O Nordeste* publicou uma nota deveras interessante, provando que nem todas as doações eram bem vindas:

“Esteve nesta redação uma comissão do Comitê Acadêmico da Faculdade de Direito Pró-Leprosário, que nos pediu tornássemos público, que o mesmo comitê, absolutamente, não aceitou o produto de uma noite de orgia, organizada em certa pensão suspeita, nesta capital, por uma rameira, em favor da construção da Lazarópolis.”²⁰⁹

Dias depois, o mesmo periódico noticiou que a Câmara Municipal de Fortaleza havia instituído um imposto de 6% sobre o ingresso do cinema e de outras diversões, reservando do total da referida quota, 8% para auxiliar na criação do leprosário do Estado. A iniciativa foi muito louvada pelo referido jornal que sugere à Assembléia Estadual votar uma verba especial destinada à construção de um hospital para os *morféticos*.

Importantes também neste sentido, foram as várias campanhas organizadas pela Liga das Senhoras Católicas (LSC), presidida pelo Monsenhor Tabosa Braga, Vigário-Geral da Arquidiocese de Fortaleza e Membro da Comissão Pro-Leprosário da Canafístula (CPLC), depois Comissão Pró-Leprosário Antonio Diogo (CPLAD). Nesta cidade reafirma-se a ação da Igreja Católica como fundamental, não só para a edificação de um espaço específico para os *leprosos*, como para a manutenção e funcionamento do mesmo.

²⁰⁹ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 9 de setembro de 1926, p. 3.

CAPÍTULO 4: OS PRIMEIROS ESPAÇOS DE SEGREGAÇÃO ANTI-LEPRÓTICA E AS PRIMEIRAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO AOS SÃOS.

4.1 Espaços Segregadores

“Em 1900 os entendidos estimavam haver entre 5.000 e 15.000 leprosos em todo o Brasil, dos quais apenas pouco mais de mil, estavam internados em nove velhos asilos distribuídos pelo país e mantidos graças à caridade pública. Entre 1900 e 1917 mais treze asilos foram fundados antes de qualquer medida oficial...”²¹⁰

No Brasil, desde o século XVIII, foram construídos abrigos e hospitais para leprosos próximos às cidades, já que era a zona urbana quem possuía maior número de doentes. Assim, antes mesmo da descoberta do bacilo transmissor da hanseníase, foi incentivada a construção de leprosários em todo o Brasil.

Inicialmente, os leprosários eram construções simples, com capacidade para abrigar um pequeno número de doentes e sua função consistia em afastar os enfermos do contato com a sociedade. Com o passar do tempo, foi dada maior atenção ao bem-estar desses segregados, com melhorias nas suas instalações além da construção de capelas para o conforto espiritual. Com o surgimento de outras epidemias, os lazaretos tiveram suas funções ampliadas, de modo que acolhessem também os acometidos por outras doenças, além de servirem como locais de quarentena, em virtude das demandas de outras moléstias.

Mas, anterior à montagem dessas estruturas inicialmente deficitárias e depois gigantescas em que se transformaram os leprosários no Brasil, várias iniciativas foram encaminhadas, visando, mais do que qualquer coisa, ao afastamento dos leprosos da convivência com as pessoas saudáveis. Uma das iniciativas pioneiras foi o *Campo dos Lázaros*, em Salvador, que se destacou a partir de 1640, como um lugar destinado aos

²¹⁰ SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César. **Balanço de 40 anos de atividades no Combate à Lepra no Brasil.** Rio de Janeiro, 1944, p. 8. Arquivos Capanema. CPDOC.

morféticos, sem que lhes fosse destinado qualquer tipo de assistência médica e totalmente mantido pela caridade de particulares. Somente em 1787 foi inaugurado o Hospital de São Cristóvão dos Lázaros da Bahia, para onde foram removidos os doentes que se encontravam no Campo dos Lázaros²¹¹.

Data de 1697 a primeira tentativa – sem êxito - de fundar no Rio de Janeiro um lazareto. O Rei de Portugal, D. Pedro II, O Pacífico, terminou por inviabilizar a construção do hospital ao responsabilizar a Câmara Municipal para prover o custeio do estabelecimento, o que foi prontamente recusado. Em 1741, D. João V autorizou edificar na cidade do Rio de Janeiro um lazareto, através da Carta Régia de 03/02/1741. Este teria sido construído em caráter emergencial - num lugar denominado Colina de São Cristóvão – e inaugurado em 07/08/1741.

Quando surgiram os primeiros leprosários, não havia uma regulamentação que organizasse o seu funcionamento. Até porque os mesmos eram muito mais abrigos para *leprosos*, onde prevaleciam as regras estabelecidas pela ordem religiosa que os administrasse²¹². No Brasil, do ponto de vista da mentalidade que acompanhava a expressão *Leprosário*, cujo significado estava mais ligado à idéia de *Abrigo*, observa-se que durante a década de 1920, esses espaços para isolar os *leprosos* foram sendo edificadas e/ou ampliadas,

²¹¹ Em São Paulo, os primeiros hospitais para leprosos remontam ao início do século XIX. Em 1802, foi iniciada a construção do primeiro hospital do gênero. A conclusão das obras só ocorreu em 1820 ficando conhecido o estabelecimento como Hospital da Luz, tendo funcionado em precárias condições até 1904, quando foi fechado. CURI, Luciano Marcos. Op. Cit. pp. 17-19.

²¹² No Norte, o primeiro hospital de leprosos foi o de Belém do Pará inaugurado em 1815. Na capital do Maranhão, o primeiro *asylo para lázaros* data de 1833. Em Recife, a lepra já era conhecida desde o século XVI, sendo nesta cidade, fundado por volta de 1714 o primeiro *Asylo para leprosos* do Brasil. Em Pernambuco, o Hospital dos Lázaros do Recife foi inaugurado em 1789, para onde foram levados os doentes do *Asylo dos Leprosos*. Por volta de 1833, o Brasil já enumerava doze cidades que possuíam asilo-hospital e/ou asilo-colônia para leprosos: Salvador (1640-1687), Recife (1714 -1798), Rio de Janeiro (1741-1763), Santa Bárbara – MG (1771), São Paulo (1802), Itu (1806), Belém (1815), Cuiabá (1816), São Luiz (1833), Campinas (1863), Piracicaba (1880) e Sabará (1883). Os estudiosos têm verificado a difusão da endemia leprótica no Brasil através das fundações dessas instituições, dada à carência documental, mas outrossim têm observado que não é possível negar que os indicadores de disseminação da doença parecem ter acompanhado o movimento da colonização do Brasil. SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César. Op. Cit. p. 47.

sem a observância às condições profiláticas necessárias ao combate efetivo da doença: restou a impressão que mais importante que tudo era isolar o doente.²¹³

Os asilos-colônia – criados depois e planejados segundo as exigências internacionais de combate à doença – deviam, em tese, reproduzir a estrutura de uma pequena cidade. Os grandes asilos tinham prefeitura, cadeia, hospital, igreja, espaços de esporte e lazer – além de oficinas, hortas e áreas para criação de animais, que serviam tanto para ocupar os doentes como para garantir parte da sua manutenção. A imensa maioria morava em pavilhões coletivos, divididos em pavilhões masculinos e femininos. Os internos em condições de pagar viviam nos *carvilles*²¹⁴ ou podiam alugar, comprar ou construir casas, dentro, evidentemente, dos muros altos da Colônia. De modo geral, comiam em refeitórios separados, que ofereciam alimentação de melhor qualidade que a destinada a doentes sem recursos.

Havia três zonas distintas nos asilos: a *sã*, a intermediária e a enferma ou respectivamente, a limpa, a neutra e a de contágio. A zona *sã* compreendia o setor administrativo e as casas dos funcionários. A *intermediária* geralmente compreendia o posto de fiscalização e *parlatório*, onde os internos recebiam as visitas e a zona *doente*, que era o asilo propriamente dito²¹⁵. Era praticamente impossível que um interno obtivesse autorização para passar de uma zona para a outra.

²¹³ A história da assistência aos *leprosos* pela Igreja é antiga. A partir do século VI, com a ascensão do cristianismo na Europa Ocidental, vários estabelecimentos destinados ao cuidado e abrigo dos doentes foram sendo fundados pelo clero em nome dos preceitos da caridade cristã. Os fundamentos do cristianismo estavam fortemente associados à crença de que a assistência social aos desvalidos e desamparados era uma importante expedição para a salvação da alma. Seguindo os auspícios dessa mentalidade, foram sendo criadas várias instituições de diferentes tipos, com a finalidade de amparar os necessitados. Dentre essas organizações encontravam-se os asilos que recolhiam inválidos e leprosos. Assim, o perfil hospitalar dos leprosários residiu inicialmente no caráter piedoso e caritativo que movia seus mantenedores, posteriormente, na aspiração profilática que representava a segregação social dos seus doentes. RICHARDS, Jeffrey. Op. Cit. 1993, p. 97.

²¹⁴ Carvilles eram assim chamados em referência ao Centro de Tratamento de Carville, na Louisiana, Estados Unidos com quartos individuais. MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. p. 373.

²¹⁵ Vale informar que parentes e amigos de leprosos ao visitá-los, deveriam manter uma distancia média de um metro e meio. No Leprosário Santo Ângelo, em São Paulo, havia uma cerca de arame farpado separando os doentes das suas visitas. MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. p. 376.

As diretrizes gerais para o combate à doença, já no final do século XIX, foram estabelecidas no Primeiro Congresso Internacional da Lepra em 1897 que, com base em informações epidemiológicas, aprovou resoluções baseadas na idéia do contágio da *lepra*. Este congresso afirmou a soberania da tese do contágio em detrimento da crença na hereditariedade da doença.

O II Congresso Internacional da Lepra, ocorrido em Bergen em 1909, aprovou a recomendação de que era desejável a elucidação da questão da transmissão da lepra pelo mosquito. No entanto, obtiveram maior credibilidade as resoluções do I Congresso onde saíra fortalecida a teoria do bacilo de Hansen como elemento causador da doença, além do fortalecimento da teoria do contágio, pois, como enfatizou Obregon²¹⁶, a ciência também é submetida a processos através dos quais os seus enunciados são produzidos, refutados, negociados, transformados e aceitos por aquela comunidade específica. Com o conhecimento acerca da lepra não foi diferente.

Uma vez que a maioria da comunidade científica acordou que a *lepra* era contagiosa - depois de tais negociações, a prática científica aparece investida de uma condição especial que a legitima perante a sociedade - tais resultados consagraram a tese de que a única maneira de evitar a propagação da doença seria a adoção de um conjunto de procedimentos onde estavam presentes a notificação obrigatória, vigilância e isolamento compulsório dos leprosos.

²¹⁶ OBREGON, Diana. The anti-leprosy campaign in Colombia: the rhetoric of hygiene and science, 1920-1940. **História-Ciências-Saúde-Manguinhos**. Volume 10, Suplemento 1, 2003. p. 182.

4.2 O Decreto 16.300 e a Profilaxia da Lepra

No Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, aprovado pelo decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923²¹⁷, havia um capítulo totalmente dedicado à profilaxia da lepra. O citado Regulamento trazia no segundo capítulo uma série de sugestões que foi denominada de Profilaxia Especial da Lepra. O capítulo contava 183 artigos, que objetivavam propor algumas diretrizes para o trato com a *Moléstia de Hansen* no território nacional.

Os artigos sugeriam diretrizes para a notificação dos doentes, para o processo de internamento dos enfermos, convivência no confinamento nosocomial e para o trato com os filhos dos *leprosos*. No entanto, surpreendentemente, o maior número de artigos é dedicado ao isolamento domiciliar, o que permite especular se a segregação em domicílio não era maior do que o que se supunha e até bastante permitida.

Dos 25 artigos que tratam do *isolamento dos morféuticos*, dez são dedicados exclusivamente ao “confinamento domiciliário.” É justamente neste aspecto que o capítulo tão generalista, é mais específico. Essa questão será tratada mais adiante.

O processo de notificação, previsto pelo artigo 133, esclarecia que na medida em que o *suspeito de lepra*, assim fosse qualificado, ficaria sob a vigilância até que fosse confirmado ou negado o diagnóstico. Se este fosse positivo, a notificação poderia ter caráter confidencial desde que a isso não se opusesse interesses maiores de saúde coletiva. Após o diagnóstico positivo, a notificação deveria ser feita à Inspetoria de Profilaxia de Lepra ou ao respectivo chefe do Serviço de Profilaxia Rural. O doente deveria obrigatoriamente ser informado do caráter contagioso da doença devendo ainda levar o caso ao conhecimento da família.

²¹⁷ BRASIL, Coleção de Leis. 1923, p. 581.

O isolamento nosocomial só poderia ser efetuado mediante indicação em estabelecimentos fundados pelo governo federal, estadual, municipal ou por associações privadas, de acordo com as instruções expedidas pelo Inspetor de Profilaxia da Lepra. O parágrafo único do artigo 138 preconizava que o isolamento nosocomial deveria ter sempre em vista as preferências dos doentes por determinado local e as vantagens médicas e higiênicas julgadas em cada caso pela autoridade competente.

No tocante ao isolamento domiciliar, o Artigo 156 sugeria que este só deveria ser permitido quando fosse possível assídua vigilância²¹⁸. Os Artigos 158, 159 e 160 diziam respeito a como deveria se dar o confinamento do leproso em domicílio esclarecendo que:

“- No domicílio do leproso e principalmente nos seus aposentos se observará o mais escrupuloso asseio, evitando-se o acesso de outras pessoas.
- Os doentes deverão ter pelo menos um quarto de dormir pessoal. Sua roupa de uso será lavada em casa, separada previamente e desinfectada ou fervida.
- Os aposentos do enfermo serão quotidianamente desinfectados e expurgados de moscas, mosquitos e outros insetos e suas portas e janelas revestidas de telas de proteção²¹⁹”.

Mais esclarecedor, o Artigo 161 preconizava que o doente isolado em domicílio deveria seguir as seguintes recomendações: observar escrupulosamente tudo que lhe for recomendado pelas autoridades sanitárias, conservar-se afastado dos outros moradores, evitando contato corporal e convivência íntima prolongada, dispor de utensílios próprios e só se utilizar deles, ter sempre oclusas as lesões abertas e desinfectadas, conservar-se em seu próprio aposento e dele não sair, possuir banheiro particular somente para seu uso e afastar-se sempre das crianças que residam ou permaneçam no domicílio.

Em relação às pessoas da família, domésticos e todos que residiam ou permaneciam no domicílio o Artigo 162 prevenia: acatar as recomendações das autoridades

²¹⁸ O Artigo 157 complementava o anterior, na medida em que enfatizava que o confinamento residencial somente seria permitido se o domicílio não fosse casa de habitação coletiva ou comércio.

²¹⁹ Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública de 31 de dezembro de 1923. Profilaxia especial da lepra. Arquivos Capanema CPDOC.

sanitárias, prestar-se aos exames necessários para verificar se está contaminado, não se utilizar de qualquer objeto ou utensílio que tenha servido ao doente e não permanecer nos aposentos que a ele foram destinados, não guardar suas roupas junto a do doente, desinfectar-se sempre que tocar nas lesões abertas dos doentes e antes e depois de tratar das lesões, não permitir que o doente receba visitas, evitar o contato do doente com os domésticos e empregados, incinerar as peças de curativos retiradas dos doentes e finalmente, o Artigo 167 esclarecia que o doente isolado em domicílio não poderia ter ocupação nenhuma, ofício ou profissão em que segurar ou manipular objetos ou substâncias por outrem usados ou consumidos²²⁰.

Acredita-se que as diretrizes acima propostas não foram rigorosamente observadas pelos serviços de saúde, pelo enfermo ou até mesmo pelos familiares por diversos motivos. Em primeiro lugar, os serviços de saúde não dispunham de pessoal suficiente para proceder à vigilância e obediência às normas sanitárias. Por outro lado, muitos doentes desconheciam o fato de serem portadores de *lepra* e muitos, quando eram informados sobre sua condição de *leproso*, se negavam a aceitar o diagnóstico. Quando o diagnóstico era aceito, o que representava uma sentença de morte, não deviam ser poucos os que resistiam a qualquer tipo de tratamento. E por fim, também havia aqueles que de posse das informações sobre a doença procuravam espontaneamente os serviços de saúde, que deveria constituir uma minoria. Talvez esses seguissem as orientações dos serviços de saúde.

Por outro lado, por mais que as autoridades sanitárias e os poderes constituídos defendessem a necessidade do isolamento compulsório, essa não foi uma medida de rápida aceitação, quer pela população de um modo geral, quer pelos enfermos. Durante a década de 1920 o isolamento compulsório foi um tema delicado, que exigia uma abordagem específica.

²²⁰ O artigo 165 destacava que o domicílio de onde saísse um leproso ou um cadáver de leproso seria desinfectado e expurgado antes de servir para alguém.

Acredita-se que a imprensa cumpriu o papel de auxiliar no convencimento da população na medida em que "esclarecia" sobre os perigos da doença.

Porém, entende-se que no Brasil o isolamento compulsório foi menos fruto da unanimidade entre os especialistas da época e mais uma consequência da posição política ocupada pelo grupo de médicos e sanitaristas que defendiam essa medida. O grupo que defendia a segregação compulsória assumiu cargos-chave na administração central bem como os próprios representantes do governo federal endossaram a tese da necessidade do isolamento do doente, pois como foi visto, duas correntes postulavam formas diferentes de conter o avanço da endemia e ambas contavam com especialistas de renome que defendiam posturas opostas. A forma profilática adotada foi definida em última instância, pelos grupos e poderes constituídos na administração federal uma vez que os profissionais que acreditavam no isolamento compulsório passaram cada vez mais a ocupar postos-chave no âmbito das esferas decisórias do país.

No Ceará, os primeiros espaços de segregação destinados aos *leprosos*, não chegaram a se constituir em asilos. Por volta de 1923, é que começaram a ser tomadas as primeiras medidas efetivas para a retirada dos *leprosos* das ruas, com a construção de palhoças no Arraial Moura Brasil, iniciativa tomada pela LSC e que redundou em retumbante fracasso²²¹.

Uma segunda tentativa foi feita por volta de 1925, quando os enfermos, que perambulavam pela cidade, foram recolhidos no Morro do Croatá, onde foram construídas novas palhoças para a estada dos *leprosos*, afastadas das áreas mais habitadas e do convívio com as pessoas saudáveis. Em nota oficial ao *Diário do Ceará* a secretaria do governo do Estado informou naquela ocasião:

²²¹ Boletim Comemorativo das Bodas de Prata da Colônia Antônio Diogo. Fortaleza. Agosto, 1953, p. 87.

“Muito antes de se cogitar da construção em Canafistula, do leprosário, o Governo, de acordo com o Diretor de Saneamento Rural e no intuito de retirar para um local isolado os leprosos que perambulavam pelas ruas de Fortaleza, resolveu mandar edificar, na praia do Pirambú um abrigo para os infelizes acometidos do terrível mórbus. Não dispondo de fundos para tal serviço, dirigiu o governo, por intermédio do Secretário da Presidência, um apelo aos prefeitos municipais que contribuíram de acordo com suas possibilidades, sendo toda a quantia aplicada na construção daquele abrigo.”²²²

O abrigo citado pelo jornal nunca foi realmente ocupado pelos doentes, os quais por lá apareciam esporadicamente e não cumpriam as determinações de se manterem isolados²²³, apesar de uma comissão, da qual fazia parte Monsenhor Tabosa, Dr. Amaral Machado, Dr. Luís Moraes Correia e o Cel. Antônio Diogo, ter assumido a responsabilidade de assistir aos *leprosos* de Fortaleza, abrigados no asilo improvisado. Assim, depois de praticamente três anos de pressão da imprensa, principalmente do jornal *O Nordeste* com ampla colaboração da classe médica é que foi iniciado este processo incipiente de isolamento dos doentes na capital cearense.

Caridade e filantropia estiveram presentes por muito tempo nos planejamentos e ações que envolveram o trato com os leprosos no Brasil. É sabido que somente partir do final do século XIX é que a *lepra* foi transformada em objeto da atenção médica. O estado brasileiro, aliado à medicina somente no século XX, tornou-se gestor da saúde pública, embora, nem assim tenha ocupado – pelo menos no Ceará - os espaços de atuação da igreja e da filantropia, quando a questão era o *Mal de Lázaro*. O estado brasileiro só vai assumir a lepra como um problema de saúde pública na década seguinte.

Na cidade de Fortaleza, é impossível dissociar a história do primeiro leprosário da ação da igreja católica na década de 1920 e da atenção que esta e seus adeptos dispensaram aos *leprosos*. A ambigüidade presente em tais práticas, que reunia compaixão e condenação, simpatia e segregação foi uma das marcas da ação católica no trato com os leprosos não

²²² Jornal *Diário do Ceará*. Fortaleza, 8 de novembro de 1926, p. 2.

²²³ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 2 de dezembro de 1926, p. 3.

apenas no Ceará, mas em todos os espaços onde se fez presente. Se a igreja católica cearense foi muito eficiente em coordenar a rede caritativa que possibilitou a edificação e manutenção da primeira *gafaria* do Estado e foi capaz de liderar as inúmeras campanhas para sua manutenção, por outro lado, o trato com os *leprosos* propiciou-lhe grande visibilidade. Compreende-se que tal visibilidade foi elemento importante para suas pretensões político-partidárias nas décadas posteriores.

Quando se pensava na construção de um leprosário nos anos de 1920, imaginava-se em primeira instância um abrigo onde os doentes se mantivessem isolados do contato com as pessoas saudáveis. Se a questão principal consistia em afastá-los, então o local de isolamento deveria situar-se distante dos núcleos com maior densidade populacional. Nesse sentido, a definição do local para a construção de um leprosário era sempre polêmica e envolvia uma série de interesses. Da mesma forma, não foi fácil estabelecer - e ver cumpridas - algumas determinações consideradas necessárias em relação aos locais onde deveriam ser instalados os leprosários.

O artigo 139, do Regulamento Federal da Saúde Pública de 1923, esclarecia que as áreas destinadas às colônias deveriam ter amplitude para nelas serem estabelecidas “Vilas de Leprosos” com capacidade para posterior ampliação. Daí a necessidade da colônia ser estabelecidas em “lugares onde a par das melhores condições higiênicas existam amplos logradouros numa extensão nunca inferior a 500 metros quadrados”. Rezava o mesmo artigo que a colônia deveria comportar um hospital e uma creche e que eram absolutamente necessárias áreas para culturas agrícolas, sendo imprescindível a observância do solo e espaço para a criação de animais²²⁴.

Porém, apesar das diretrizes sugeridas pelo DNSP para o estabelecimento dos leprosários na década de 1920, somente nos anos 1930 - pautados na técnica e na experiência

²²⁴ Regulamento Federal da Saúde Pública. Rio de Janeiro, pp. 3-4. Arquivos Capanema CPDOC.

com a doença neste momento um pouco mais amplas - foram traçados os princípios básicos norteadores para a edificação dessas instituições. Nessa perspectiva, a Diretoria de Saúde Pública de Minas Gerais tomou a dianteira e tornou público o seu “Organização de Leprosários,” cuja pretensão era propor um modelo de estrutura física para as colônias brasileiras. O modelo proposto foi assim resumido:

- “1. Não convém que seja exagerada a capacidade de um leprosário, porque o problema do isolamento vai se tornando extremamente complexo, quando a lotação alcança a mais de um milhão de doentes. Compreende-se a gravidade da situação acarretada pela fuga em massa de doentes descontentes de um leprosário de lotação exagerada, quando seja o policiamento impotente para contê-la.
2. Os leprosários devem ser regionais, localizados dentro da zona de predominância da moléstia. Em estados litorâneos é aconselhável a localização em ilhas próximas ao continente para reduzir a possibilidade de fugas e ter melhor assegurado o isolamento dos doentes.
3. Fixando o afastamento dos leprosários em relação aos grandes centros deve-se levar em conta que as grandes distancias dificultam os serviços de assistência médica e social, as investigações científicas e administração que dependem diretamente dos grandes centros. Deste modo, *in médio stat virtus* convém que seja a distancia dos leprosários ás grandes cidades.
4. Assim o leprosário deve ser ligado pelas melhores vias de comunicação que se possa dispor, sejam terrestres, marítimas, fluviais ou aéreas, visando-se sempre o transporte rápido e econômico. Deve ser assegurado, sempre que possível, comunicação telefônica, telegráfica ou pelo rádio.
5. Todo leprosário deve possuir um posto meteorológico, destinado a fornecer informações detalhadas e constantes sobre instalação, temperatura, pressão, umidade, direção e intensidade dos ventos e precipitação da água, pois vários destes fatores tem influência sobre o Mal de Hansen e devem ser tomados em consideração na escolha do local para o leprosário”²²⁵.

Posteriormente, em alguns casos, os leprosários chegaram a constituir autênticas comunidades independentes, onde os isolados sobreviviam trabalhando a terra na companhia de outros doentes. A maioria, no entanto, impunha precárias condições de vida bem como rígidas normas de convivência e disciplina, a fim de impedir as fugas e “contatos perniciosos” dos *leprosos* com os indivíduos sadios. Na essência desse sistema disciplinar funcionava um pequeno mecanismo penal com seus códigos de justiça, com leis próprias, com seus delitos especificados, suas formas particulares de sanção e suas instâncias de julgamento.

²²⁵ BARRETO, Barros. **Organização de Leprosários**. Belo Horizonte, 1935, p. 12-13. Arquivos Capanema. CPDOC.

Mas, as *Colônias Agrícolas para Leprosos*²²⁶ no formato como idealizaram os leprólogos mais conceituados do país, somente começaram a ser instauradas a partir da década de 1930. É a partir desse momento que passa a ser estabelecida uma clara diferenciação entre Asilo e Colônia. A veiculação da idéia que a Colônia é um local diferente do Asilo onde o doente poderia ser útil, desenvolver um trabalho de acordo com suas habilidades e certamente, contribuir para o seu próprio sustento e da sua família passa a ser unânime entre médicos e governos federal e estadual. Essa mudança de percepção em relação ao *leproso*, estabelece uma conexão com as idéias que vão começar a circular na década de 1930 em relação à noção de cidadão trabalhador brasileiro.

Fundamental para as ações de profilaxia da *lepra* era saber afinal qual era o número (pelo menos aproximado) de enfermos no Brasil. Acreditavam os sanitaristas que planejar ações de combate à doença sem a realização de um censo poderia levar a equívocos no sentido de não serem trabalhadas as regiões mais endêmicas. Desse modo, entre 1923 e 1927 foi iniciado um levantamento do número de leprosos em alguns estados brasileiros:

Tabela 3. Censo dos Leprosos em sete Estados Brasileiros

CENSO	1923	1924	1927
Amazonas	272	838	1000
Pará	1452	2540	2000
Maranhão	450	680	1200
Ceará	141	457	1000
Pernambuco	131	355	427
Distrito Federal	456	1200	1607
Minas Gerais	601	601	5000

Fonte: SCHILLING, Ana Zoe. **Hanseníase: a história de um problema de Saúde Pública.** Dissertação de Mestrado / UNISC. Florianópolis, 1997, p 157..

²²⁶ No final da década de 1920 tem-se notícias de apenas duas colônias agrícolas para leprosos no Brasil. Departamento Nacional de Saúde Pública. Regulamento da Profilaxia Especial da Lepra. p. 5. Arquivos Capanema CPDOC.

A partir desse censo foi identificado em 1927 um número superior a 12 mil *leprosos*. Em 1928, com os resultados mais ampliados onde mais 13 estados foram adicionados à pesquisa leproológica, chegou-se a um número aproximado de 24.000 leprosos. É necessário enfatizar, porém, que na maioria dos casos, o censo limitava-se às cidades maiores e às vezes à capital dos estados.

É importante reafirmar que os leprosários construídos na década de 1920 ou em período anterior, foram em grande parte erguidos graças à iniciativa particular e muito pouco puderam contar com subsídios da União e/ou dos estados da federação. Das quinze instituições para leprosos existentes no Brasil até 1930, sete foram erguidas graças à iniciativa privada, duas pela União e seis através de subsídios dos estados, como pode-se observar abaixo:

Tabela 4. Instituições de combate à Lepra

Instituições Privadas	Localidades	Anos
Hospital dos Lázaros	Rio de Janeiro	1741
Hospital dos Lázaros	Bahia	1787
Asilo São João dos Lázaros	Mato Grosso	1815
Hospital dos Lázaros	Minas Gerais	1883
Hospital dos Lázaros	Pernambuco	Anterior a 1920
Asilo do Gavião	Maranhão	1870
Leprosário Antonio Diogo	Ceará	1929
Instituições Estaduais		
Leprosário São Roque	Paraná	1926
Leprosário Santo Ângelo	São Paulo	1928
Leprosário S.F. de Assis	Rio G. do Norte	1929
Hospital dos Lázaros	Sabará	1883
Asilo Belizário Penna *	Amazonas	?
Asilo Tocunduba*	Pará	?
Instituições Federais		
Lazarópolis do Prata	Pará	1924
Curupaiti	Distrito Federal	1929

Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da Lepra no Brasil – Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, pp. 533-597.

O Leprosário Souza Araújo, no Acre, aparece como tendo sido erguido em 1928, mas não é mencionado se foi iniciativa privada, estadual ou federal (daí serem quinze). Quanto aos asilos Belizário Penna no Amazonas e Tocunduba no Pará são citados como tendo sido construídos na década de 1920, mas não constam as datas exatas²²⁷. No entanto, a construção dos primeiros leprosários foi, via de regra, obra de beneméritos e grupos religiosos. No Ceará, foi obra indubitavelmente da igreja católica que, através do seu prestígio, conseguiu articular vários grupos que já realizavam trabalhos evangelizadores e filantrópicos sob sua coordenação como a Liga das Senhoras Católicas e os Cavalheiros de Cristo. Porém, fundamental nesse processo foi mesmo o papel desempenhado pelo jornal *O Nordeste*, que recebia e encaminhava doações, publicava informações sobre o andamento das obras bem como evidenciava a importância da tarefa empreendida por todos os envolvidos naquela “santa empreitada”.

4.3 O Leprosário Antônio Diogo: instalação e funcionamento.

Segundo o Boletim Comemorativo das Bodas de Prata da Colônia da Canafistula²²⁸, depois Colônia Antônio Diogo, o benemérito que lhe deu o nome foi quem realmente saiu do discurso para a ação no sentido mais literal do termo, quando da edificação da referida instituição. Assim, segundo a imprensa da época, teria o Coronel Antonio Diogo²²⁹ empregado uma alta quantia na construção da leprosaria e ainda, teria acompanhado pessoalmente todos os passos da construção da mesma. Nos últimos dias do ano de 1926, publicou o jornal *Correio do Ceará*:

²²⁷ Resumo Histórico da Lepra no Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional da Lepra. Gabinete do Ministério – 05/10/1943 – p. 12. Arquivo Capanema CPDOC.

²²⁸ Boletim Comemorativo das Bodas de Prata da Colônia Antônio Diogo. Fortaleza, Agosto de 1953, p. 45.

²²⁹ O Coronel Antônio Diogo era um grande proprietário de terras e um dos líderes oligarcas do Ceará. MOTA, Aroldo. Op. Cit. p. 49.

“A planta da Colônia dos Leprosos já está devidamente preparada. É um conjunto de casas, em grupo que forma uma espécie de cruzeiro. A haste principal da cruz será ocupada no seu pé, próxima à povoação, pelas seguintes habitações: seis casas para os empregados, uma para o porteiro, outra para o diretor, outra para um instituto de terapêutica, outra para uma creche e alojamento de crianças, outras ainda para administração, farmácias e laboratórios, dispensa, escola, armazém, rouparia e pavilhão de observação. No centro da haste, no terreno propriamente da colônia, ficará em quadro, um grupo de 32 casas, oito em cada face, destinada aos casados que ali se asilarem. Dentro do quadro serão situadas a capela e a lavanderia. Na extremidade dessa haste estão 14 casas para os contribuintes. Os braços da cruz serão representados de um lado e de outro por dois grupos de 16 casas, em quadro, sendo quatro em cada face. Num dos lados serão alojados os homens solteiros, do outro, as moças. Há também os terrenos destinados ao cemitério e necrotério e aos estábulos.”²³⁰

É interessante observar que talvez não constituísse um acaso, as edificações estarem dispostas em forma de um *cruzeiro*. No universo católico tradicional a *cruz* é um símbolo de dores e padecimentos. O leprosário também o era. Nessa ótica não representaria a *lepra* uma *cruz* a ser carregada não apenas pelo enfermo e sua família, mas também uma espécie de *cruz* para a própria sociedade que teria forçosamente que conviver com tal problema? Segundo o fragmento acima, a planta da edificação destacava a haste principal do *cruzeiro* destinada aos sãos: talvez numa alusão ao fato que os sãos representavam o sustentáculo dos enfermos.

Segundo a imprensa da época, o Coronel Antonio Diogo mandou construir, logo após ficar pronta a planta da *gafaria*, as 32 casas já citadas pela matéria do jornal, além da lavanderia e da capela. As demais dependências que constavam na planta seriam erguidas na medida em que fossem reunidas mais doações e subsídios governamentais. Além do acompanhamento da construção da obra, o citado benemérito teria concorrido com a doação de três mil réis para a manutenção do estabelecimento. Além de Antônio Diogo, outros dois

²³⁰ Jornal *Correio do Ceará*. Fortaleza, 1 de dezembro de 1926. p. 3.

Antônios, empenharam-se pessoalmente na construção do *leprocômio*: Monsenhor Antônio Tabosa²³¹ e Dr. Antônio Alfredo da Justa²³².

O Leprosário da Canafistula foi construído sem observância à planta original da edificação, amplamente apresentada à imprensa, em virtude da ausência de recursos financeiros necessários. Segundo o Boletim já citado, a instituição iniciou seu funcionamento sem obedecer aos requisitos formalmente exigidos a um estabelecimento da sua natureza. O Regimento do DNSP de 1923, referente à Profilaxia Especial da Lepra no artigo 141 preconizava:

“A instalação de estabelecimentos destinados a leprosos obedecerá a condições de conforto e apazibilidade para os doentes e de proteção para as populações vizinhas, ficando subordinado o funcionamento deles a instrução expedida pelo Distrito Federal depois de aprovada pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores²³³.”

O artigo 139, do Regulamento Federal da Saúde Pública, esclarecia que as áreas destinadas as colônias deveriam ter amplitude para nelas serem estabelecidas “verdadeiras Villas de Leprosos” com capacidade para posterior ampliação. Daí a necessidade de serem estabelecidas “em lugares onde a par das melhores condições higiênicas existam amplos logradouros numa extensão nunca inferior a 500 metros quadrados”. Rezava o mesmo artigo que a colônia deveria comportar um hospital e uma creche e que eram absolutamente

²³¹ Monsenhor Antônio Tabosa foi um dos baluartes da campanha em prol da edificação do primeiro leprosário cearense e durante uma década compôs a comissão encarregada de recolher fundos para a manutenção do leprosário da Canafistula. Apostilas históricas. Op. Cit. pp. 101-102.

²³² Dr. Antonio Alfredo da Justa chefiou o Serviço de Saneamento Rural, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e posteriormente a Inspetoria de Profilaxia da Lepra no Ceará. Toda a sua vida profissional esteve ligada à profilaxia da lepra chegando a receber o codinome de “pai dos leprosos do Ceará”. Apostilas históricas. Op. Cit. pp. 101-102.

²³³ Regimento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1923, pp. 28-29. Arquivos Capanema CPDOC.

necessárias áreas para culturas agrícolas, daí a necessidade da observância do solo e espaço para a criação de animais²³⁴.

Um artigo publicado por um anônimo em julho de 1924, sugere que a área escolhida para a instalação da colônia cearense era três vezes menor que o recomendado pelo Regulamento. Garante também que existia no entorno do terreno várias propriedades habitadas, situadas a menos de duzentos metros da área sugerida²³⁵. Ou seja: as recomendações básicas não haviam sido obedecidas. Mas, o artigo 150 do mesmo Regimento acenava com a seguinte possibilidade:

“...será permitida a fundação e manutenção de estabelecimentos nosocomiais para leprosos por pessoas ou associações privadas (...) que só podem funcionar mediante licença da Inspeção da Profilaxia da Lepra, sujeitas à sua vigilância e obrigados a executar as medidas sanitárias necessárias.”²³⁶

O Inspetor-Chefe da Inspeção de Profilaxia da Lepra (IPL) no Ceará era justamente Dr. Antonio Justa, um dos cidadãos mais empenhados na construção do Leprosário da Canafístula e o médico mais envolvido com o acompanhamento dos doentes de *lepra* no Ceará na sua época. Deste modo, fica-se com a impressão que houve uma certa flexibilidade na concessão inicial para o funcionamento do leprosário cearense quando: avalia-se alguns artigos do citado Regulamento, observa-se a planta original e vê-se o que realmente foi edificado.

O artigo 139 da Profilaxia Especial da Lepra sugeria, ainda, que as instituições nosocomiais para leprosos deveriam observar os três modelos sugeridos: Colônias Agrícolas, Sanatórios ou Hospitais e Asilos. As colônias agrícolas, sempre preferíveis, deveriam ter bastante amplitude para que pudessem ser estabelecidas verdadeiras Vilas de leprosos com

²³⁴ Regulamento Federal da Saúde Pública. Departamento Nacional de Saúde Pública. Aprovado pelo Decreto 16.300 de 31/12/1923, p. 39. Rio de Janeiro: Arquivos Capanema CPDOC.

²³⁵ Jornal Correio do Ceará. Fortaleza, 10 de julho de 1924, p. 3.

²³⁶ Regulamento do Departamento Nacional de Saúde. Capítulo II. Profilaxia Especial da Lepra. p. 41. Arquivos Capanema. CPDOC.

hospitais para os que necessitassem de cura de doenças e afecções intercorrentes, creche, orfanato e asilo para os incapazes. Os sanatórios, hospitais e asilos só seriam admitidos quando o reduzido número de doentes dispensasse o estabelecimento de uma colônia.

Tomando por base as sugestões do artigo 139, verifica-se que o Leprosário da Canafistula não se enquadrava em nenhuma das classificações estabelecidas pelo Regimento. Não se constituía em Colônia porque não possuía as instalações necessárias sugeridas; não era hospital porque não possuía o aparelhamento médico-ambulatorial minimamente aconselhável e não podia, em tese, ser asilo porque o Ceará possuía um número de leprosos suficiente para justificar uma colônia agrícola. No entanto, pelas suas características e modo de funcionamento, o primeiro leprosário cearense se configurou efetivamente num grande Asilo para os acometidos da *morphéa*.

O Leprosário da Canafistula possuía instalações físicas extremamente precárias, sem luz e sem um sistema de água adequado. Eram mínimas as possibilidades de prestar atendimento médico especializado visto que o médico visitava o leprosário uma vez por semana e a medicação estava sempre em falta²³⁷. Conclui-se então que a construção do Leprosário da Canafistula objetivava atender a duas necessidades urgentes: evitar o “espetáculo” dos *leprosos* perambulando pelas ruas da capital e tranquilizar a população apavorada, diante da ameaça do contágio, na medida em que o perigo era afastado para longe do maior centro urbano do Estado.

Tais constatações não minimizam o trabalho hercúleo que foi necessário para a construção e posterior funcionamento da Colônia da Canafistula. Nesse sentido, observa-se um consórcio entre vários grupos interessados na edificação da colônia e, conseqüentemente, no isolamento dos *lázarus*: médicos, particulares, os poderes municipal e estadual, embora os

²³⁷ Boletim Comemorativo das Bodas de Prata da Colônia Antônio Justa, p.38.

esforços dispensados em maior escala e de modo muito pontual, tenham sido os da igreja católica, através das ordens religiosas e das várias associações e grupos que coordenava.

Apenas em 1º de agosto de 1928 foi solenemente inaugurado o Asilo da Canafistula, na presença das mais representativas autoridades do Estado. Embora toda a campanha para a edificação do Asilo tenha se dado sob a gestão do Presidente do Estado José Moreira da Rocha (1924-1928), a inauguração oficial ocorreu já sob os auspícios e duvidoso interesse do Presidente José Carlos de Matos Peixoto (1928-1930). Nesse momento, a presidência do Serviço de Saneamento Rural no Ceará estava sob a incumbência do Dr. Francisco do Amaral Peixoto.

Bastante reduzido em relação ao seu projeto original, o primeiro leprosário cearense foi assim definido pelo periódico *O Nordeste*:

“...a colônia de leprosos sita em Canafistula, é composta de uma vila com 64 casinhas isoladas com cômodos para 180 enfermos. Há também a casa do cura d'almas e da administração ainda em construção e mais nada...”²³⁸

Sugeriu ainda o periódico que, agora mais do que nunca, estaria a instituição necessitada do auxílio dos poderes públicos e do povo em geral, pois além da simplicidade das suas instalações, havia ainda a responsabilidade de alimentar aquelas pessoas e principalmente garantir algum tratamento para sua moléstia. De qualquer modo, ressaltava, se o leprosário não oferecia conforto, pelo menos havia retirados os leprosos de Fortaleza das ruas, pois até então, “viviam em grande promiscuidade”²³⁹.

Em 09 de agosto de 1928, foi levada a primeira turma de enfermos para a Colônia, transportada em um vagão isolado num trem da Rede de Viação Cearense (RVC). Saíram de Fortaleza em número de 35 doentes e mais sete foram recolhidos em outras estações,

²³⁸ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 03 de agosto de 1928. p. 1.

²³⁹ Op. Cit. p. 2.

totalizando em número de 42 os primeiros enfermos. A composição do trem estava assim disposta: um carro aberto para o transporte de bagagem dos doentes, uma prancha que fará o transporte dos doentes da Canafistula até o Leprosário, um carro de passageiros exclusivamente para os *leprosos* e um carro especial para o médico e o sacerdote²⁴⁰.

Ficou a cargo do Dr. Antônio Justa a direção clínica da Colônia. A Administração geral foi entregue a três irmãs da Ordem Franciscana. A manutenção do estabelecimento ficou sob responsabilidade da comissão já citada, presidida por Monsenhor Tabosa e auxiliada por Antônio Diogo e Antonio Justa. Não é demais lembrar que a Direção Geral de um Leprosário era entregue a um médico diretor, que via de regra, realizava todas as tarefas clínicas sozinho, exceto quando podia contar com a colaboração de médicos auxiliares, o que era raro.

Em muitos leprosários era prevista a separação de doentes com base na sua posição social e econômica. A separação clássica era aquela havida entre os enfermos contribuintes e os indigentes. No seu Organização de Leprosários²⁴¹, Dr. Lincoln Continentino, Chefe do Serviço de Engenharia Sanitária do Estado de Minas Gerais, aconselhava, além da divisão já citada, a separação entre os leprosos educados e analfabetos; entre crianças e adultos; loucos e criminosos e de um modo geral que “fosse respeitada a hierarquia peculiar a todas as sociedades humanas.”²⁴²

Na Leprosaria Antônio Diogo, havia rigorosa separação sexual entre os doentes solteiros no âmbito das habitações, embora, durante a produção de algum trabalho, jogos e estudos, pudessem ficar reunidos sem distinção de sexo. O casamento entre os enfermos era permitido desde que fossem comprovadamente solteiros ou viúvos, mas a critério da autoridade sanitária e subordinada ao estágio e forma clínica da *moléstia*. Sabe-se também

²⁴⁰ *Boletim Comemorativo das Bodas de Prata da Colônia Antônio Diogo*. Fortaleza, agosto de 1953, p. 38.

²⁴¹ CONTINENTINO, Lincoln. Organização de Leprosários. Serviço de Engenharia Sanitária da Diretoria de Saúde pública de Minas Gerais, 1933, p. 4. Arquivos Capanema CPDOC.

²⁴² Op. Cit. p. 5.

que a intervalos regulares, era eleito entre os doentes um prefeito – espécie de autoridade que atuava como intermediário entre os isolados e as autoridades sanitárias – para receber as reclamações dos seus pares e defender, perante a administração, os interesses dos doentes ²⁴³.

No tocante ao cotidiano médico do leprosário Antônio Diogo, especificamente, parecia ser difícil e penoso o trabalho dos médicos que prestavam serviços aos internos. Como a instituição era filantrópica, não havia salário. As dificuldades para clinicar no Abrigo da Canafistula começavam pelo deslocamento até o mesmo. Dr. Walter Porto²⁴⁴, que em alguns momentos acompanhou Antonio Justa nas visitas médicas à leprosaria, narrou no artigo abaixo um pouco do cotidiano médico naquela gafaria:

“(…) quer pela Estrada de Ferro, quer de automóvel, as viagens eram desconfortáveis, mormente, para quem as empreendia sem obrigação funcional e já em idade avançada. Comumente partíamos de madrugada (4 horas) e estávamos de volta em Fortaleza às 20 horas quando o trem não atrasava, o que era freqüente.

A maioria das vezes chegávamos depois da meia-noite, devido aos empecilhos comumente verificados nas viagens ferroviárias. Quando chegávamos à Estação da Canafistula, cobríamos a pé, os três quilômetros que distam do Prédio da Administração.

Após ligeiro repouso de alguns minutos, entrávamos na zona destinada aos doentes onde começávamos nossa via-crucis. Nos primeiros contatos a impressão era aterradora diante do número de mutilados e prostrados, bem como diante do quadro sanitário da colônia.

A princípio duas vezes por semana, depois semanalmente, passávamos 5 horas em convívio com os doentes, auscultando e receitando seus males físicos e ouvindo suas queixas e lamúrias.

As dificuldades eram enormes. Tínhamos de vasculhar o pequeno depósito da farmácia da Colônia, à procura do medicamento receitado ou de algum sucedâneo o que infelizmente quase sempre não conseguíamos.”²⁴⁵

Nos primeiros anos do leprosário, dois grupos filantrópicos o mantinham: uma comissão de beneméritos cuja coordenação cabia ao Cel. Antônio Diogo, intitulada Sociedade

²⁴³ Revista Ceará Médico. Fortaleza, abril, 1929, p. 24.

²⁴⁴ Dr. Walter Porto, substituiu Antônio Justa na direção clínica da Leprosaria Antônio Diogo em agosto de 1939. Foi também chefe do Serviço de Profilaxia da Lepra na década de 1940. Nos anos 50, quando escreveu este artigo, era Professor Assistente da Cadeira de Dermatologia e Sifilografia e membro do Instituto do Câncer.

²⁴⁵ PORTO, Walter. Revista Ceará Médico, 5 de maio de 1953, p. 57.

Protetora e Mantenedora do Leprosário Antônio Diogo (SPMLAD) e outro grupo, coordenado pela Sra. Dagmar Gentil²⁴⁶ e outras insuspeitadas damas da sociedade local.

No já citado artigo, Dr. Walter Porto não deixou também de enfatizar o estado clínico e psíquico dos pacientes, além de denunciar as condições sanitárias do leprocômio:

“(...) as intercorrências mórbidas múltiplas, como as desenterias, as reações lepróticas intensas e subintrantes, os surtos erisipelatosos determinam uma média elevada na estatística da mortalidade do leprocômio.

Comunidade sem conforto, mal alimentada, portadora de doença crônica debilitante, sem medicação adequada e suficiente, teria forçosamente de apresentar as mais variadas associações mórbidas. A desesperança era quase geral, desde, que, não criam em possíveis curas, sentiam que não mais seriam libertados do nosocômio. As enfermarias viviam superlotadas de prostrados, esperando apenas o alívio supremo para os seus sofrimentos.

Outro problema cruciante era a falta de água. A reserva líquida dos poços perfurados não era suficiente para as necessidades mínimas de higienização do leprosário.

Faltava tudo. Energia elétrica, água suficiente, remédios, alimentação...mas, o leprosário continuava a prestar benefícios.

A maioria dos internos vivia em enfermarias, privados de qualquer atividade, conseqüências das suas lesões: uns quase cegos, outros afônicos, outros com pronunciadas rinites impedindo-lhes a respiração e o restante com violentas crises reacionais próprias da moléstia quando em fase aguda.²⁴⁷

Para além de todos os problemas, o leprosário sobrevivia. As campanhas eram freqüentes, embora se destacassem aquelas promovidas em datas especiais como o natal, festas juninas e como não poderia deixar de ser, a páscoa. A campanha denominada “Jejum dos Lázaros,” promovida anualmente pelo periódico *O Nordeste*, constituía-se na principal ação de distribuição de “óbolos aos lázaros” organizada pela sociedade fortalezense.

Sabe-se que os recursos para manutenção dos leprosários de modo geral, eram provenientes da caridade individual e coletiva. Algumas empresas e associações de trabalhadores contribuía bem como o estado, mas não havia uma regulamentação sobre os direitos dos leprosos no que consistia à assistência pelos poderes constituídos. Nesse sentido,

²⁴⁶ A família Gentil era uma das mais tradicionais do estado e tinha como sustentáculo Antônio Gentil e sua esposa Dagmar Gentil, ambos profundamente identificados com as campanhas filantrópicas de combate à lepra. Dagmar Gentil era também uma das principais figuras da Liga das Senhoras Católicas bem como foi a primeira presidente da Sociedade Cearense de Assistência aos Leprosos e Defesa contra a Lepra. Boletim da Colônia Antônio Justa. Ano II. Agosto de 1953, p. 71.

²⁴⁷ PORTO, Walter. Op. Cit. p. 58.

eram as doações que constituíam a principal fonte de renda também da leprosaria cearense²⁴⁸. Porém, nesta sociedade cearense, os vários donativos que eram destinados aos leprosários, possuíam também uma relação com a religiosidade militante presente naquele universo temporal e espacial.

Talvez a compreensão desse universo religioso “militante” seja uma das chaves para o entendimento da ampla rede caritativa organizada para a construção e manutenção do leprosário Antônio Diogo, mas não a principal. É importante frisar que, embora a *lepra* no Ceará tenha a sua história intimamente entrelaçada com as realizações e ações de caridade, não é possível descartar o lado racional, prático e profilático de tais medidas. Se no trato com o problema da *lepra* em Fortaleza, não se tenha notícias de conflitos de idéias entre a religião e a medicina - pois não mais se creditava o acometimento da enfermidade aos pecados terrenos - para ambas, a *lepra* continuava terrível e carente de medidas drásticas onde a segregação e o afastamento dos sãos eram as primeiras medidas lembradas.

Por outro lado, os grupos que estiveram à frente das trincheiras de combate à *morfheá*, conquistaram muita expressão social e política e não fazia diferença – desse ponto de vista – se a atuação se dava no norte ou no sul do país. O trato com os *leprosos* estabeleceu uma estranha dicotomia: os *leprosos* precisavam estar invisíveis (segregados nos leprosários) mas os segmentos que com eles tratavam adquiriram grande visibilidade e notoriedade.

Dentre os vários grupos e/ou associações que colaboravam com a manutenção do leprosário cearense, vai destacar-se a partir de 1929, o Centro Médico Cearense (CMC). Muitos temas debatidos por essa sociedade médica eram publicados não só na revista da entidade – a Ceará Médico – como nos jornais locais. Em abril de 1929, o jornal *O Nordeste* publicou o resultado de uma das muitas reuniões realizadas pelo CMC com vistas ao

²⁴⁸ A partir de 1937 o Leprosário Antonio Diogo passou a receber verba federal para auxílio na sua manutenção e compra de medicamentos. JUSTA, Antônio. Notas sobre a profilaxia da Lepra. Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 28 de setembro de 1938, p. 2.

estabelecimento de uma série de diretrizes objetivando auxiliar a leprosnria. Neste sentido, apresentava o CMC as seguintes propostas:

- “1. Que se iniciasse uma subscrição pública em favor do leprosnrio da Canafistula, abrindo-a o Centro Médico Cearense com a quantia de 500\$000 independente do que possa ser subscrito pelos seus associados.
2. Que se nomeie uma comissão para entender-se com o Diretor da RVC no sentido de obter da mesma a continuação do transporte no sentido de obter do mesmo a continuação do transporte que gentilmente vinha proporcionando ao médico do leprosnrio.
3. Que por intermédio de uma comissão se consiga do governo do Estado, *ad referendum*, da Assembléia Legislativa, a elevação para 72\$000\$000 anuais, da verba de 24\$000\$ atualmente consignada para custeio daquele estabelecimento.
4. Que se telegrafe ao Presidente da República pedindo-lhe:
 - a) que pela I.F.O.C.S seja o Leprosário da Canafistula dotado imediatamente de serviço de abastecimento de água e esgotos de que necessita , segundo orçamento já efetuado;
 - b) que seja concedido transporte pela RVC a todos os gêneros alimentícios e quaisquer objetos destinados ao leprosnrio, quer adquiridos pelo estabelecimento, quer oferecidos por particulares”²⁴⁹

Outras propostas de caráter mais político podem ser vistas nas Atas das Reuniões do CMC ²⁵⁰, como, por exemplo, a sugestão para contatar os representantes do Ceará na Câmara Federal, para que os mesmos informassem ao Presidente da República a situação do leprocnmio cearense e tentassem conseguir alguma verba extra para garantir o seu funcionamento. No entanto, o que chama atenção na leitura de algumas atas das citadas reuniões do CMC é a pequena disponibilidade da maioria dos médicos associados para com a “causa dos leprosnos” que a entidade dizia defender. Observa-se que uma das tarefas mais difíceis nas reuniões era definir que médicos formariam as comissões para encaminhar as propostas postas em votação e aprovadas ²⁵¹. Ao que parece, os médicos discutiam os

²⁴⁹ Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, 19 de abril de 1929, p. 5.

²⁵⁰ As atas das reuniões do CMC eram publicadas na última seção da revista *Ceará Médico*.

²⁵¹ Dr. Carvalho Lima, ao ser indicado para uma das comissões “pede licença para declinar da proposta em virtude de não lhe sobrar tempo para o bom desempenho da missão”. O presidente do Centro Médico, na ocasião o Dr. Fernandes Távora, mantém o nome do citado médico, por não achar justo excluir-se o autor do projeto. O Dr. Carvalho Lima propõe o nome do Dr. Fernandes Távora para presidir a Comissão que vai encaminhar as questões que tratam da RVC. Este último recusa, alegando viagens. A Assembléia presente, referenda, no entanto, o nome do Dr. Fernandes Távora para Presidente da citada Comissão. Além dos dois citados médicos, integraram-na o Dr. Antônio Justa, o Dr. Demóstenes de Carvalho e o Dr. Carlos Studart após acaloradas discussões, sugestões recusadas e apartes.

problemas da Leprosaria, apresentavam propostas, porém na hora da divisão das atividades, todos pareciam ter muitas ocupações e pouco tempo para dedicar realmente à causa dos *leprosos* e às dificuldades do Leprosário.

Na reunião seguinte, em 10 de maio de 1929, em ata também publicada pela *Ceará Médico*, o Dr. Fernandes Távora levou ao conhecimento dos sócios do CMC, que o Presidente do Ceará, atendendo ao apelo do Centro Médico elevou de 24\$000 para 72\$000 a verba destinada à manutenção do leprosário e que o Arcebispado, a Associação Comercial do Ceará e várias prefeituras do Estado prontificaram-se a concorrer com auxílio para o abrigo dos leprosos. Ficou também estabelecido que a associação médica iria contribuir com 50\$, assim como seus associados em particular.

É patente, a partir das leituras das atas do CMC, principalmente após a construção do leprocômio, que era rara a reunião em que o tema do mesmo não viesse à baila, sempre alavancado pelo Dr. Antônio Justa. O médico propunha discutir a ampliação das instalações, aumento da subvenção do Estado e casos clinicamente mais complexos. Em algumas dessas atas, observa-se que grande parte dos associados tentava não assumir atividades ligadas ao Leprosário. A maioria precisava de persuasão para exercer algum tipo de tarefa neste sentido.

Ainda a partir das Atas das reuniões do Centro Médico, foi perceptível, a partir de meados do ano de 1929, certa tensão nas relações entre o CMC e a Comissão Mantenedora do Leprosário, presidida por Monsenhor Tabosa. A razão da discórdia residiu no fato do CMC ter proposto o estabelecimento de uma personalidade jurídica para o leprocômio, na perspectiva de uma melhor coordenação das doações efetuadas. Monsenhor Tabosa entendeu que pairavam dúvidas sobre o destino das doações dirigidas ao Leprosário. As duas entidades não chegaram a um acordo²⁵².

²⁵² ATAS DA SOCIEDADE – resumo das reuniões do Centro Médico Cearense, publicadas na Revista Ceará Médico. Como a revista era geralmente de publicação mensal, as reuniões que também eram mensais, foram

Deste modo, ficou resolvido que todas as contribuições recolhidas pelo Centro Médico para o Antônio Diogo, seriam depositadas em uma das casas bancárias da cidade, até que fosse organizada a tal sociedade com personalidade jurídica, à qual se pudesse entregar as quantias arrecadadas. Acompanhando os números das doações, percebemos que o CMC conseguiu arrecadar somas consideráveis que ficaram sem movimentação por ausência da “personalidade jurídica” sugerida. Várias prefeituras enviaram quantias bastante razoáveis, além de vários estabelecimentos comerciais terem contribuído até generosamente, segundo a avaliação do CMC. Particulares também faziam sua parte, como mandou publicar no Jornal *O Povo* a citada associação médica:

“(…) graças à campanha feita quase diariamente em um de nossos jornais e aos diversos consórcios do Centro Médico Cearense, aliados à graça e gentileza de bondosas senhorinhas e ao apoio de respeitáveis senhores da nossa sociedade, o CMC conseguiu garantir quantia superior a três dezenas de contos de réis, a qual somada a outras, obtidas de diversas fontes, muito virão a concorrer para a execução de obras e aquisição de objetos, que assaz aliviaram o desconforto da Leprosaria.”²⁵³

Ao que tudo indica o Leprosário ficou com duas fontes de renda: uma que já existia muito antes do seu próprio funcionamento e que na realidade já há muito organizava campanhas para a sua manutenção e aquela do CMC à espera da tal “personalidade jurídica”. Tal impasse só foi resolvido com a criação da Sociedade Cearense de Assistência aos Leprosos e Defesa Contra a Lepra, onde os dois grupos acabaram tendo que conviver.

Naquela ocasião, o Centro Médico conseguiu do Governo Federal autorização para a Inspeção das Secas construir cisternas no Leprosário, pois a carência de água constituiu desde a fundação da *gafaria* um sério problema, que nunca foi satisfatoriamente

sempre publicadas do seguinte modo: a reunião de um determinado mês era publicada no número seguinte. E, se por algum motivo, a revista não foi editada aquele mês, todas as atas (às vezes até em número de três) eram pontualmente publicadas no número seguinte.

²⁵³ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 2 de dezembro de 1929, p. 4.

resolvido²⁵⁴. O problema da água era da maior gravidade, mas não era o único. Ainda nos primeiros meses de 1930, o Dr. Antônio Justa tentava sensibilizar a opinião pública acerca das condições físicas da instituição:

“... a iluminação da leprosaria é feita pelo processo rotineiro, primitivo e inconveniente das lamparinas ou pequenos faróis de querosene. Da qualidade da luz e demais inconvenientes nem é preciso falar. Há, no entanto, o perigo de incêndio e a circunstância do preparo dos aparelhos de iluminação ser realizado pelos próprios lázaros, no interior das habitações. Todos sabem o quanto é precário o tacto e a sensibilidade dos leprosos e quanto deve ser perigoso terem eles que se locomover manuseando tais aparelhos de iluminação com combustíveis de fácil ignição.”²⁵⁵

Nos seus artigos, o Dr. Antônio Justa pretendia atingir as autoridades competentes no sentido de ampliar as verbas para o melhoramento das condições de moradia dos *leprosos* que eram bastante precárias, pois a redução ou suspensão de pagamentos e subvenções federais, estaduais ou municipais era um fato bastante comum e corriqueiro. Assim, queixava-se o médico:

“...em geral, as casas dos doentes estão com os telhados deteriorados e as portas e paredes desde 1928, não recebem pintura, nem caiação e os pisos de tijolos com largos interstícios, acumuladores de poeiras, muito melhorariam se fossem cimentados. Fica aqui nosso apelo à nunca desmentida generosidade e altruísmo dos cearenses.”²⁵⁶

Uma outra questão que se apresentava desde a inauguração da Colônia Antonio Diogo era a necessidade urgente de isolar os filhos sadios dos *leprosos* segregados na

²⁵⁴ Era o estabelecimento servido por três poços tubulares, sendo os banheiros e gabinetes sanitários providos de água corrente, mas de tão inferior qualidade, tão concentrada em sais, que em breve, os maquinismos se deterioraram completamente. Cessando o funcionamento dos poços. A água de beber era obtida de mananciais próximos à Leprosaria, mas crescendo o consumo com o aumento do número de asilados e estancando as fontes por mingua de chuvas, ficou o hospício restrito à água obtida de um poço tubular perfurado nas adjacências das construções da Colônia Cristina, potável, porém escassa e à transportada por via férrea. Uma cisterna, construída pela Inspeção Federal de Obras Contra Secas, capaz de armazenar perto de 500.000 litros d'água, nunca produziu resultado, devido à precária técnica de sua construção e à continuada deficiência de chuvas. Era esta a situação, quando o Governo do Estado cogitou em 1930 de derivar para a Leprosaria, água do açude do Acarape, chegando às obras a serem iniciadas. Sobreveio porém, a *Revolução de Outubro*, sendo suspensos os trabalhos.

²⁵⁵ JUSTA, Antonio. **Situação do Leprosário Antônio Diogo**. Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, março /1930, p.6.

²⁵⁶ JUSTA, Antonio. **O abandono do Leprosário Antonio Diogo**. Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, setembro / 1931, p. 4.

Leprosaria. Quando da instalação da mesma e em período imediatamente subsequente não havia recursos para a manutenção de uma “creche” destinada a essas crianças. Deste modo, um espaço destinado aos filhos sadios dos doentes de *lepra*, só foi criada em 1930, como parte das medidas de isolamento compulsório. No dia 11 de janeiro, o jornal *O Povo* publicou a seguinte matéria com um certo destaque:

“Visitou-nos uma distinta comissão composta de D. Zilda Martins, D. Nina Mesquita e do Acadêmico José Ribamar Perez Lima, convidando-nos a participar do festival a ser realizado no Passeio público, em benefício da creche dos filhos dos leprosos. Haverá variedade de diversões, entre as quais uma barraca de sortes interessantes, um restaurante e venda de flores. Tocarà uma excelente orquestra de musicistas afamados: piano, violão, flauta e bandolim.”²⁵⁷

Segundo a revista *Ceará Médico*, os primeiros apelos às autoridades cearenses no sentido de sensibilizá-las para a necessidade de ampliação do leprosário da Canafistula, já vinha sendo feito desde o segundo semestre de 1929. No bojo dessa ampliação, figurava a criação de um espaço para abrigar os filhos sadios dos leprosos, conforme pode-se observar através do fragmento abaixo:

“Entre as maiores iniciativas da caridade cearense, nestes últimos tempos, figura sem nenhuma dúvida, a fundação do leprosário da Canafistula. O isolamento das infelizes vítimas de tão temível e contagioso mal impunha-se como um dever irremovível à consciência dos nossos homens de responsabilidade. Agora, outra medida se impõe, medida complementar em todo ponto impreterível daquele isolamento – um asilo para os filhos dos leprosos.

As crianças nascem sadias, mas hão de contrair o mórbus terrível, se ficarem na convivência dos pais contaminados. A instalação de uma casa de caridade para tomar sob sua assistência e guarda os pobrezinhos dos meninos ameaçados de contaminação é, desta maneira, uma imperiosa e urgentíssima necessidade”²⁵⁸.

Em 23 de maio de 1930, foi solenemente inaugurada a creche para os filhos dos *lázaros* cearenses. Tal empreendimento foi creditado aos esforços pessoais do Dr. Samuel Uchoa, naquele momento, Diretor do Saneamento Rural:

²⁵⁷ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 11 de janeiro de 1930. p. 1.

²⁵⁸ Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, 10 de setembro de 1929, p. 38.

“Na construção da creche foi despendida a importância de 39 contos: sendo 12 da venda de um automóvel da repartição do Saneamento, 05 contos do governo e 22 contos de subscrição de particulares. Esta obra de tanta utilidade foi projetada e realizada dentro de poucos meses pelo Dr. Samuel Uchoa, a que se torna por isto, digno da gratidão e do reconhecimento não só dos leprosos, mas de todos os cearenses”²⁵⁹

Foram também concedidos maiores detalhes sobre a referida creche, que recebeu o nome de Creche Silva Araújo:

“ A creche mede 19 metros de frente para 33 de fundos. A sua construção obedeceu aos rigorosos e indispensáveis preceitos higiênicos. Por isso é amplamente ventilada e varrida de luz solar. Edificada em quadrilátero, tem ao centro ampla área. De um lado, fica o gabinete da administração e do outro, a residência das irmãs que vão administrá-la.

A seguir, dois dormitórios, um destinado aos meninos e outro às meninas. Cada um deles tem quinze leitos. Há ainda salas para rouparia, dispensa e cozinha. Um refeitório geral e ainda um salão para uso das irmãs.”²⁶⁰

Assim como administrava a leprosaria, outro grupo de religiosas da ordem franciscana encarregou-se da organização e funcionamento da Creche Silva Araújo. As crianças eram transferidas imediatamente após o nascimento a fim de evitar o contágio, e a partir daí, ficavam sob a tutela das religiosas até a maioridade ou até quando os pais obtivessem alta. Concomitante à inauguração da Creche Silva Araújo foram também entregues aos internos da Canafístula quatro novos pavilhões. Dentre esses, um cassino, destinado ao lazer dos internos. Foram esses os primeiros melhoramentos das instalações físicas da leprosaria em dois anos.

No apagar das luzes da década de 1920, a presença da *lepra* no Ceará era um fato incontestável. Do abandono total em que viviam os *leprosos* cearenses entregues à própria sorte, passou-se à organização de ações filantrópicas cujo objetivo maior consistia no recolhimento dos enfermos das ruas e praças. Não pairam dúvidas que o Leprosário da Canafístula, depois Antônio Diogo, foi edificado visando o afastamento dos doentes das pessoas sãs. Porém, naquele momento, o isolamento compulsório era a única medida

²⁵⁹ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 30 de maio de 1930, p. 2.

²⁶⁰ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 30 de maio de 1930, p. 1.

profilática aceitável em virtude do desconhecimento dos agentes etiológicos da doença e das suas formas de contágio. Nessa perspectiva, o Estado do Ceará tentou alinhar-se ao modelo e às práticas consideradas mais adequadas no trato com a enfermidade, sugeridas pelos grandes sanitaristas do país, pelo Regulamento de 1923 e pelos Congressos Internacionais segundo o Barão de Studart ²⁶¹.

Apesar de todo o esforço para a segregação dos doentes cearenses em Canafístula, a documentação em nenhum momento, sugere atos fisicamente violentos no processo de internação. A impressão que ficou é que no Ceará, as internações davam-se através do convencimento pautado na pressão psicológica, exercida através dos jornais, dos médicos, dos vizinhos e mais tarde do rádio, cuja estratégia discursiva atingia diretamente ao doente e sua família.

No Brasil, o trato com a Moléstia de Hansen vai ser muito importante - principalmente no Estado Novo – para propiciar maior visibilidade ao governo federal. Embora tal questão não tenha sido ainda discutida nos estudos que abordam a Era Vargas, o investimento financeiro dedicado a essa enfermidade pelo MES principalmente entre 1935 e 1945 foi muito alto²⁶². Se tomarmos somente a estrutura física das colônias (eram 32 em 1942) foram empregadas grandes somas para construção, ampliação, reparos e manutenção dessas instituições. Essas gigantescas edificações por si mesmas representavam (no pós-1930 com mais propriedade) o símbolo *visual* da árdua batalha contra a terrível moléstia. Essas construções, por sua magnitude, não poderiam também ser vistas como mais uma estratégia de propaganda do Governo Federal? Não tornaram-se os Leprosários, com suas estruturas físicas imensas mais um símbolo do qual o Estado Varguista apropriou-se para fins políticos ?

²⁶¹ STUDART, Guilherme. Revista do Instituto do Ceará. Tomo XLVI. Ano XLVI. Fortaleza, 1932, p. 90.

²⁶² Plano de Combate à Lepra. Resumo da Proposta de Distribuição Orçamentária. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro 1940-1941. Arquivos Capanema – CPDOC. O plano em questão faz um apanhado dos gastos do governo federal no trato com a lepra entre 1937-1942.

Embora não sejam estas questões fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, não há como negar que o Governo Federal, sob os auspícios de Getúlio Vargas, contribuiu como nenhum outro até então, para a ampliação do isolamento compulsório dos enfermos de *lepra*, como ficará muito visível na segunda parte desta pesquisa.

SEGUNDA PARTE

TEMPO DE REFORMAS (1930-1942)

CAPÍTULO 1: AS REFORMAS NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA (1930-1934)

1.1 O Ceará na cena política do movimento de 1930

A *Revolução de Outubro* de 1930 propiciou, em nível nacional, algumas reformas que acabaram desalojando do poder velhas oligarquias e permitindo a ascensão de outras, sob a influência e/ou autoridade de Getúlio Vargas. Os rumos políticos, tomados durante a chamada República Velha, explicitaram as grandes diferenças econômicas e sociais entre as várias regiões do país. As ações governamentais concentravam-se em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, enquanto a maioria dos estados ficava à mercê dos poucos recursos previstos por lei, quando esta era cumprida. O federalismo, fortemente presente na Constituição de 1891, não foi favorável aos estados do Norte e Nordeste, pois, sob certos aspectos, uma estrutura estatal mais centralizada e intervencionista talvez lhes fosse mais interessante, uma vez que as mudanças políticas provocadas pela revolução de 1930 diminuiria a força dos estados mais poderosos do Centro-Sul²⁶³.

Deste modo, no norte e nordeste as oligarquias estaduais mais conservadoras foram também desalojadas com a “revolução” e acreditavam os “revolucionários” que um novo tempo de maior participação e distribuição de recursos mais justa seria inaugurado para esses estados. Nesse sentido, não é absurdo especular que as elites “nortistas” descontentes vissem nas reformas caminhos para o seu fortalecimento e, quem sabe, a possibilidade de uma maior expressão nacional.

²⁶³ PANDOLFI, Dulce Chaves. Os Anos 1930: as incertezas do regime. In FERRREIRA, Jorge e DELGADO, Lucília de Almeida Neves (org). **O Brasil Republicano: o tempo do nacional estatismo: do início da década de 1930 ao Estado Novo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 18.

A crise econômica agravada nos últimos anos da década de 1920 não permitia que os estados nordestinos se impusessem frente ao poder central; a falta de condições para reivindicar mais recursos tornara-se fatal para uma região dependente e em franco declínio. Essa situação criou um terreno fértil para o fortalecimento das oposições e explica o impacto da revolução de 1930 na região. Durante a campanha de 1929-1930, a Aliança Liberal recebeu rápidas adesões do *Norte* ao assumir, como uma de suas bandeiras, a luta contra a submissão política dos governos estaduais frente ao poder central. Para o *Norte*, a redefinição provocada pelo movimento de 1930, atingindo as bases de sustentação e de domínio político dos estados do sul, poderia possibilitar a retomada de uma participação mais expressiva em âmbito nacional. Recuperar o espaço político tornava-se fundamental para uma região com pequena capacidade de intervir nas grandes decisões federais²⁶⁴.

No Ceará, o movimento de 1930 foi articulado por civis e militares, apesar das pressões das conservadoras oligarquias locais, desejosas de continuarem a manter seus privilégios. A coordenação militar do movimento em todo o “Norte” do país foi exercida por Juarez Távora que, durante os preparativos da “revolução”, articulou-se com os Tenentes de Fortaleza. A liderança civil ficou sob a coordenação do médico Manoel Fernandes Távora, na ocasião, presidente do Centro Médico Cearense e principal liderança do Partido Republicano no Ceará²⁶⁵. Após a deflagração da “revolução,” a facção que ascendeu ao poder, embora minoritária na cena política cearense, tratou de destituir aquela que mantinha a hegemonia política até então, a exemplo do que aconteceu em vários estados da federação. A “revolução” traria uma nova ordem e novas lideranças para o Estado do Ceará ?

²⁶⁴ PANDOLFI, Dulce. A Trajetória do Norte: uma tentativa de ascenso político. In GOMES, Ângela de Castro et alli. **Centralização Política e Constituinte nos anos 30**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1980, pp. 342-343.

²⁶⁵ SOUZA, Simone. As Interventorias no Ceará. In SOUSA, Simone. **História do Ceará**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, p. 332.

Logo que assumiu o poder, Getúlio Vargas, através do Decreto número 19.398, de 11 de novembro de 1930, criou a figura dos Interventores nos estados. Estes teriam a função de, em nível estadual, implantar a política federal, com poderes executivos e legislativos, já que as assembleias estaduais tinham sido dissolvidas. Os interventores eram os representantes diretos do poder central nos estados e, de modo geral, três características norteavam sua escolha: ser estrangeiro (elementos sem vínculos diretos com as forças políticas locais), ser militar (lê-se ser Tenente – oriundo do movimento tenentista) e ser neutro politicamente (para realizar uma intervenção apartidária e livre da rede de alianças locais). Entretanto, mesmo tratando-se de um delegado do Governo Provisório, não se pode deixar de pensar no interventor como um elemento bem articulado com os poderes locais, necessitando atuar com sua colaboração, embora não devesse a estes a sua permanência na interventoria, pois sua missão era fortalecer o governo central.

No Ceará, ato contínuo à “revolução”, foi deposto o Governador Matos Peixoto, assumindo a Interventoria, a princípio apoiado pelos Tenentes apesar de civil, o médico Manoel Fernandes Távora, irmão do Tenente Juarez Távora e presidente do CMC. A indicação do Dr. Manoel Fernandes Távora foi justificada pelo seu amplo apoio à Aliança Liberal e conseqüentemente ao movimento revolucionário, bem como a uma década de oposição às oligarquias mais tradicionais do Ceará, encrustradas nos partidos Conservador e Democrata, que desde a queda da Oligarquia Accyolina²⁶⁶ revezavam-se no poder. Porém, é interessante esclarecer que o Partido Republicano Cearense não foi formado a partir das bases populares ou por republicanos históricos, mas a partir de uma dissidência do Partido Democrata. No entanto, em virtude do seu apoio à Aliança Liberal, essa composição partidária estava politicamente qualificada para defender os interesses “revolucionários” no Estado.

²⁶⁶ Informações sobre a queda da oligarquia accyolina na página 22 deste trabalho.

As oligarquias desalojadas do poder colocaram-se em oposição ao Interventor Civil. Os Tenentes, por sua vez, desejando aprofundar as reformas político-administrativas, teciam sérias críticas ao Médico-Interventor. Segundo Policarpo Barbosa²⁶⁷, os Tenentes locais logo identificaram em Fernandes Távora uma postura política que, embora não fortalecesse as antigas oligarquias contrárias à revolução, dava continuidade às práticas clientelistas e conservadoras de “apadrinhamento” tão comuns no Estado, principalmente aos membros da família Távora. Assim, os Tenentes acreditavam que só um militar comprometido com os “ideários revolucionários poderia realizar as mudanças que o Ceará necessitava”. Deste modo, neste período inicial de ajustes político-administrativos, os conflitos ocorriam em dois níveis: de um lado, entre o Interventor Civil e os Tenentes e, de outro, entre o Interventor Civil e as facções oligárquicas que perderam suas posições de mando.

Por outro lado, já em 1931, começaram os embates entre os diversos grupos que tinham composto a Aliança Liberal. Uma das principais divergências era o tempo de duração do Governo Provisório bem como outras sérias discordâncias em torno do modelo de estado a ser implantado no país²⁶⁸. Também nos estados surgiram as primeiras crises em virtude das disputas entre os interventores e os segmentos alijados do poder com a “revolução”. Ao final desse ano, com exceção do Acre, Paraíba e Pernambuco, os demais estados do Norte já eram governados por interventores militares. No Ceará, em virtude das insatisfações já mencionadas contra o Interventor Civil Fernandes Távora e a forte pressão dos Tenentes, Vargas o destituiu. Távora permaneceu no poder por apenas oito meses, porém o seu

²⁶⁷ BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 182.

²⁶⁸ PANDOLFI, Dulce. Op. Cit. pp. 17-18.

afastamento não significou um rompimento com o novo governo e sua substituição pelo Capitão Roberto Carneiro de Mendonça (1931/1934)²⁶⁹ inicialmente agradou aos Tenentes.

Nesse sentido, percebe-se que Getúlio Vargas, ao mesmo tempo que fazia concessões às forças políticas locais, substituindo os “administradores estaduais”, na tentativa de evitar conflitos que pudessem comprometer os interesses gerais da “revolução”, não eximia-se de tomar medidas que fortalecessem o controle sobre os estados e cerceassem sua autonomia. Como exemplo de uma dessas medidas, pode-se citar o Código dos Interventores de agosto de 1931, que estabeleceu, entre outras normas, que os estados não poderiam contrair empréstimos externos sem a autorização do Poder Central. Também não poderiam fazer uso de mais de 10% da despesa ordinária com serviços da polícia militar, dotar as polícias estaduais de artilharia e aviação ou de armá-las em proporção superior à do Exército. Neste sentido, fica clara a intenção de Vargas: para diminuir o poder das oligarquias regionais era necessário diminuir o seu poder de fogo ²⁷⁰.

Em meio a este embróglio, algumas forças políticas aglutinadas em torno da Aliança Liberal pressionavam o Governo Federal a estabelecer algumas medidas de caráter democrático e participativo. Cedendo a algumas dessas pressões, Vargas editou, em 1932, o Código Eleitoral que contemplava uma das bandeiras da Aliança: a instituição da Justiça Eleitoral que permitia a criação de novos partidos, além de terem sido marcadas eleições para a Assembléia Nacional Constituinte.

No bojo das discussões em torno da formação de novos partidos, as forças vinculadas ao Tenentismo propuseram a criação de um partido nacional. Mas, apesar de

²⁶⁹ Roberto Carneiro de Mendonça foi o segundo Interventor Federal no Ceará (o primeiro militar) após a “revolução” e comandou o estado de setembro de 1931 a setembro de 1934. Em tese Carneiro de Mendonça atendia a todos os pré-requisitos estabelecidos no Código dos Interventores: era estrangeiro, militar e “neutro” politicamente. In SOUZA, Simone. Op. Cit. p. 335.

²⁷⁰ PANDOLFI, Dulce. Op. Cit. p. 19.

algumas tentativas, nenhum partido nacional foi criado. O que surgiu foi uma infinidade de partidos estaduais, articulados pelos interventores nos estados.

A Igreja Católica, com o objetivo de mobilizar seu eleitorado criou a Liga Eleitoral Católica (LEC) que, em nível nacional, organizava as candidaturas comprometidas com a sua doutrina social. No Ceará, as forças oligárquicas afastadas do poder em 1930 articularam-se em torno da LEC, e a facção liderada pelo Dr. Fernandes Távora (Facção Tavorista, como ficou conhecida) organizou o Partido Social Democrata (PSD). Os Tenentes integraram o PSD, mas Carneiro de Mendonça²⁷¹, manteve-se afastado da arregimentação política ocorrida no Estado no período. Sua postura “neutra” rendeu-lhe críticas tanto por parte dos Tenentes quanto da facção Tavorista, agora PSD, que cobravam do Interventor:

“...inspirar-se na nova mentalidade formada com o movimento revolucionário, cujos esteios ancoravam-se em um programa meticulosamente concatenado em torno dos ideais adiantados e patrióticos que colimam acima de tudo o interesse público.”²⁷²

A atuação da LEC no Ceará merece especial atenção em virtude da grande articulação política que conseguiu compor na década de 1930, reorganizando em torno das suas fileiras os remanescentes dos partidos Conservador e Democrata. Criada e coordenada por um grupo de intelectuais católicos e membros da igreja, foi responsável, ponto, pela recondução à cena política dos grupos afastados do poder com a “revolução” de 1930. A integração das oligarquias mais tradicionais do Estado à LEC, foi fundamental para o sucesso da sua ação política posterior.

²⁷¹ Para Sebastião Rogério Ponte, Carneiro de Mendonça, diante da fragilidade do bloco dos revolucionários de 1930 no Ceará, aliou-se às oligarquias tradicionais e à igreja no momento em que esta se fez presente no processo político-partidário, pois a mesma era um importante esteio para o interventor devido à força e prestígio que possuía entre a população cearense. PONTE, Sebastião Rogério. *A Legião Cearense do Trabalho*. SOUZA, Simone. Op. Cit. p. 374.

²⁷² *Jornal O Povo*. Fortaleza, 26 de outubro de 1932, p. 1.

A LEC, através da igreja, pôde lançar mão dos inúmeros aparatos institucionais que a mesma coordenava no Ceará, bem como também dispor de diversos mecanismos colocados à sua disposição para a orientação do “eleitorado católico”. Dentre os aparatos e mecanismos articulados pela igreja que foram primordiais para a LEC, pode-se enumerar a cooptação de setores do operariado cearense, com a criação do Círculo Operário Católico (COC) e Juventude Operária Católica (JOC) e Legião Cearense do Trabalho (LCT)²⁷³. Parece óbvio que a arregimentação de boa parcela do nascente operariado cearense foi muito importante para aos planos eleitorais da LEC.

Outro mecanismo primordial para as pretensões político-partidárias da LEC foi o jornal *O Nordeste*. Este representava a voz da Igreja Católica no Ceará e era veiculador de um discurso político-religioso amplamente sintonizado com os interesses da LEC. Nessa equação, o combate à *lepra* tão propalado pela igreja e pelo jornal *O Nordeste* não teria sido um dos elementos que proporcionou grande visibilidade à igreja católica cearense, no período situado entre as décadas de 1920 e 1930?

D. Manoel da Silva Gomes assumiu o Bispado do Ceará no mesmo ano em que a oligarquia Accyolina foi afastado do poder, 1912. Sob a gestão de D. Manoel, mais dois bispados foram criados no Ceará (nas cidades de Sobral e Crato) e com isso o Estado passou à categoria de arcebispado. O Ceará foi um dos estados precursores do Centro Dom Vital e dos Círculos Operários Católicos (que somente seriam articulados no país respectivamente em 1922 e 1933) bem como da criação do Círculo Católico de Fortaleza, em 1913 (que congregou intelectuais de classe média do Estado)²⁷⁴. A Igreja cearense antecipou-se ainda na organização da Ação Católica, criando, na década de 1920, a União dos Moços Católicos

²⁷³ A LCT em 1931 já contava com 41 associações filiadas e um efetivo de 9.000 legionários. As categorias profissionais que faziam parte desse elenco de sociedades filiadas eram tecelões, barbeiros, trabalhadores marítimos, gráficos, ambulantes, padeiros, engraxates, carpinteiros, alfaiates, pedreiros e trabalhadores da Light. PONTE, Sebastião Rogério. Op. Cit. p. 378.

²⁷⁴ PARENTE, Francisco José Camelo. **ANAUÊ: As Camisas Verdes no Poder**. Fortaleza: Edições UFC, 1986. p. 23-24.

(UMC) e anteriormente havia organizado a Liga das Senhoras Católicas, sempre muito presentes nas campanhas em prol dos *leprosos*.

Fundado em 1922 por D. Manoel da Silva Gomes, o jornal *O Nordeste* possuía como principal objetivo divulgar o fundamental interesse da igreja católica no Ceará naquele momento: mediar a criação de um estado forte e cristão. Com um discurso que louvava a importância da autoridade diante do avanço das forças da desordem, culpava o liberalismo pelo abalo dos alicerces cristãos, fundamentais para a manutenção do patriotismo e da família.²⁷⁵ Nesse sentido, o jornal católico trouxe para o seu campo de abordagem todas as temáticas que pudessem chamar a atenção dos cearenses e pudessem ser passíveis de uma ação católico-cristã no Estado. A causa dos *leprosos* foi, certamente, uma das que mais possibilitou à igreja uma visibilidade explícita, diante da sociedade cearense.

Para que se tenha uma noção da importância que a temática dos *leprosos* adquiriu para o jornal *O Nordeste* e conseqüentemente para a igreja, pode-se começar refletindo sobre os modos como a questão foi abordada. Nos anos de 1920, o discurso que o periódico assumia perante os *leprosos* era aquele mediado pela caridade: “socorrer os infelizes”, “prestar auxílios,” e/ou “conclamar a piedade dos cristãos para a causa dos leprosos”. Assim, o problema era abordado sob a ótica da denúncia caridosa, na perspectiva de apontar a existência daquela “chaga social” bem como deixar claro para a população que existiam setores da sociedade que dedicavam atenção ao problema, embora esta fosse uma questão de saúde pública. É importante recordar que foi o jornal *O Nordeste*, a igreja e mais um grupo de beneméritos católicos, os setores diretamente responsáveis pela coordenação das várias campanhas, que possibilitaram a criação do Leprosário Antônio Diogo. Do mesmo modo e na mesma proporção, fizeram ampla divulgação de todo o trabalho que realizaram em “prol dos lázaros do Ceará”.

²⁷⁵ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 17 de fevereiro de 1934, p. 2.

Na década de 1930, o citado jornal vai continuar possibilitando grande visibilidade à causa dos *leprosos*. No primeiro ano da década, seu tom era mais crítico e reivindicatório, sugerindo à população que a manutenção do leprosário era responsabilidade do Estado. São claras as cobranças para a melhoria das instalações da Leprosária Antônio Diogo e Creche Souza Araújo, assim como a ampliação do atendimento aos *leprosos* no Dispensário Oswaldo Cruz. Assim, o jornal continuou tomando para si a divulgação de todas as informações que estivessem ligadas à questão dos *leprosos*: publicação das doações, reivindicação de melhorias na leprosaria e principalmente, organizava campanhas para arrecadação de roupas, remédios, material de construção civil entre outros. Percebe-se, deste modo que, quando o tema era a “socorro aos leprosos”, o jornal *O Nordeste* tomava sempre a dianteira, indubitavelmente divulgando a ação da igreja e dos seus fiéis.

Em âmbito nacional, na medida em que as propostas intervencionistas eram implementadas, crescia a insatisfação dos setores oligárquicos. Os tenentes, por sua vez, temerosos com a força das oligarquias regionais, buscavam se organizar enquanto grupo, criando o Clube 3 de Outubro, cujos objetivos eram instituir um espaço de pressão junto ao governo provisório e ao mesmo tempo um fórum de debates e discussões. O estopim da crise, que cada vez mais evidenciava-se, foi disparado pelo Estado de São Paulo, que se considerava o grande derrotado do movimento de 1930. Em julho de 1932, eclodiu uma revolução em São Paulo que, apesar dos esforços, não recebeu apoio oficial de nenhum governo estadual, embora tenha conseguido adesões de expressivas lideranças gaúchas e mineiras como Arthur Bernardes em Minas e Borges de Medeiros do Rio Grande do Sul. A revolução paulista provocou uma reorganização no cenário político nacional e o governo provisório foi obrigado a levar avante o processo de reconstitucionalização do país. No campo das concessões, merecem destaque as convocações para a Assembléia Nacional Constituinte de 1933 e para as Assembléias Constituintes Estaduais em 1934.

A convocação das Constituintes representou uma derrota para os Tenentes e seus aliados civis, pois era um momento de retorno à constitucionalidade no país e ao mesmo tempo a possibilidade de rearticulação dos grupos aliados do poder com a “revolução”. Diante da sua inevitabilidade, os adeptos do tenentismo posicionaram-se das mais variadas formas. Juraci Magalhães e Carlos de Lima Cavalcante, respectivamente interventores da Bahia e Pernambuco, optaram pela rearticulação das agremiações partidárias e para o alistamento eleitoral. Os interventores de Sergipe e do Ceará, Augusto Maynard e Carneiro de Mendonça decidiram assumir uma postura de neutralidade e distanciamento das eleições.

No Ceará, com toda a base que conseguiu articular, a LEC pretendia vencer o PSD em ambas as eleições. O resultado do pleito de 1933 apontou a vitória da LEC, que elegeu seis dos dez deputados à Assembléia Nacional Constituinte e dezessete dos trinta deputados à Assembléia Estadual Constituinte em 1934. Após a divulgação dos resultados, a luta política entre a LEC e o PSD tornou-se ainda mais acirrada. O interventor Carneiro de Mendonça foi acusado pelo PSD de favorecer à LEC com sua “neutralidade”, pois, segundo o partido derrotado, sua ausência da disputa eleitoral era digna da exigência do seu afastamento do cargo²⁷⁶.

Acredita-se que responsabilizar a derrota do PSD à suposta neutralidade do interventor, consistiu numa estratégia para afastar o mesmo da cena política do Estado. A vitória da LEC pode ser entendida sob dois aspectos: primeiro, às forças que o partido conseguiu aglutinar e segundo às limitações do movimento de 1930 no Ceará. Simone de

²⁷⁶ Como já foi dito, com a revolução de 1930 e a ascensão do grupo Tavorista, uma frente ampla de oposição foi articulada pela LEC, que atuando nas várias frentes citadas, minava a frágil base do recém criado PSD. Assim, passo a passo, a igreja trilhou o caminho que possibilitou sua hegemonia política no período, mediante a ação da LEC que por sua vez, contava com a alocação de intelectuais (muitas vezes, vigários) na condução das várias associações e entidades que criou bem como a colocação de seus intelectuais orgânicos em posições de mando²⁷⁶. No entanto, considera-se de importância capital para esse processo, a fundação do jornal *O Nordeste*, que através da colaboração de jornalistas – evidentemente ligados à intelectualidade católica – muito respeitados em âmbito local, emprestavam credibilidade aos temas que abordavam. Dentre esses jornalistas, destacou-se a figura de Francisco de Menezes Pimentel, que durante o Estado Novo seria governador do Estado do Ceará. SOUZA, Simone. Op. Cit. p. 362.

Souza²⁷⁷ destaca que tanto as oligarquias dissidentes que se articularam ao PSD quanto os Tenentes, excluíram totalmente os segmentos populares de qualquer participação no processo de 1930, setores esses que foram arrebanhados pela igreja através das suas várias organizações, como, por exemplo, os Círculos Operários Católicos. Por outro lado, é interessante destacar que, para além das várias sociedades criadas pela igreja, não se pode de modo algum minimizar a grande visibilidade que aquela conseguiu através do seu trabalho junto aos *leprosos*, amplamente divulgado pelo jornal *O Nordeste*.

Por outro lado, as bandeiras políticas dos “revolucionários” de “moralização da vida pública e reformas político-administrativas” talvez não tenham encontrado ressonância no eleitorado cearense, cuja grande maioria ainda vivia nos sertões sob o jugo dos coronéis. Talvez seja possível concluir que o discurso e as práticas político-católicas da LEC faziam mais eco junto à sociedade cearense que as promessas de reforma política do PSD.

Os representantes do PSD cearenses não tardaram a apelar para Juarez Távora – o grande chefe da “revolução” em todo o “norte” do Brasil – para que usasse sua influência junto a Getúlio Vargas para destituir Carneiro de Mendonça. A morosidade do Chefe do Governo Provisório em atender à solicitação dos seus aliados é explicada “em virtude de Vargas não ter interesse em acirrar as lutas políticas regionais, tendo em vista seus projetos de centralização política.”²⁷⁸

Diante das pressões do PSD e Tenentes, Carneiro de Mendonça renunciou ao cargo ainda em 1934. Foi indicado para substituí-lo, com base nas reivindicações do PSD, o Coronel Felipe Moreira Lima (05/09/1934 a 10/05/1935) que possuía uma visão muito peculiar sobre a LEC:

²⁷⁷ Op. Cit. p. 368

²⁷⁸ MONTENEGRO, Abelardo. **Os Partidos Políticos do Ceará**. Fortaleza: Editora UFC, 1980, p. 91.

“... a LEC é afinal de contas, um partido de lavadeiras analfabetas e mulheres fanáticas. Seus homens em geral, pertencem ao sexo neutro e representam uma minoria sem combatividade...”²⁷⁹

O novo interventor governou sob forte pressão da LEC e oposição da Assembléia Legislativa até a decretação do Estado Novo. Durante a sua curta administração as críticas à situação dos leprosos no Ceará ganharam novo fôlego. É interessante perceber que cobranças ao governo federal eram quase inexistentes de modo que ficam claros os interesses locais em jogo.

Em 1935, PSD e LEC enfrentaram-se em outra disputa, dessa vez pelo governo do Estado do Ceará. Como o jogo político é muito dinâmico e às vezes surpreendente, para o pleito de 1935, o PSD indicou como candidato José Accioly Filho (filho do oligarca Accioly deposto em 1912) e a LEC o líder católico Menezes Pimentel. Os deputados estaduais eleitos no pleito de 1934 escolheram o novo governador do Ceará. É claro, Menezes Pimentel (25/05/1935-10/12/1937) foi eleito visto que a LEC possuía uma maior representação na bancada estadual. Com o movimento do Estado Novo, Menezes Pimentel permaneceu no poder até 28 de outubro de 1945.

A vitória da LEC representou a recomposição política das oligarquias mais conservadoras do Ceará, mais a incorporação de intelectuais católicos, oriundos alguns dos Círculos Católicos de Fortaleza, que formaram o novo (?) bloco hegemônico no âmbito da política cearense em torno do líder Menezes Pimentel.

Em essência: tudo mudou para não mudar. Mas o dado novo perceptível é o seguinte: se a instalação de uma agenda de saúde pública foi fundamental no processo de centralização política e administrativa ampliado na década de 1930 no país, no Ceará, o trato com a endemia leprótica possibilitou uma boa visibilidade à igreja e conseqüentemente à LEC

²⁷⁹ LIMA, Felipe Moreira. Carta escrita a Juracy Magalhães – Interventor do Estado da Bahia, em 28 de novembro de 1934. Rio de Janeiro: Arquivos Capanema CPDOC.

que, após o golpe de 1937, reforçou sua posição de grupo dominante ao implementar com racionalidade as medidas propostas pelo Estado Novo, inclusive no âmbito das ações em torno da profilaxia e combate à lepra.

1.2 As reformas na saúde pública e seus reflexos no combate à lepra no Ceará (1930 – 1933)

As reformas na esfera da saúde pública, iniciadas em princípios da década de 1930, são apontadas pela maioria dos estudiosos do tema, como um passo fundamental na constituição de um aparato governamental que visava integrar as esferas municipal, estadual e federal num projeto político unificado, que contribuísse para a formação de um estado forte e centralizado. Nesse sentido, a constituição do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) representou uma alternativa viável para a implementação do projeto político desejado pelo Estado Vargas²⁸⁰.

A criação do MESP foi um dos primeiros atos do Governo Provisório e estava inserida na perspectiva das mudanças propostas pela Reforma Administrativa a ser implementada pelo novo governo. Pode-se afirmar, sem embargo, que no âmbito da saúde pública, o processo de centralização se consubstanciou com a criação do MESP, misto de dois departamentos nacionais: um de educação e um de saúde. Apesar do novo Ministério ter sido criado em 1930, as reformas planejadas pelos três ministros que antecederam a Gustavo Capanema – Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Pires - foram inviabilizadas, em parte, pela instabilidade política que acompanhou o governo provisório bem como em virtude das dificuldades econômicas que ora se apresentavam.

²⁸⁰ GOMES, Ângela de Castro. A Construção do Homem Novo. In OLIVEIRA, Lucia Lippi; VELLOSO, Mônica Pimenta; GOMES, Ângela de Castro. **Estado Novo: ideologia e poder**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora. 1982, pp. 157-158.

Dirigir o MESP durante o Governo Provisório (1930-1934) não constituiu-se em tarefa simples. A ausência de políticas claras de combate às endemias que ainda grassavam nos sertões do Brasil e ações ainda muito direcionadas para a capital federal, não possibilitaram inicialmente ao Ministério a visibilidade esperada. Por outro lado, as sucessivas mudanças no seu comando, que nos quatro primeiros anos de existência teve à frente os três ministros já citados, colocou sérios entraves ao processo de consolidação da estrutura administrativa de saúde pública desejada, na medida em que, de certa forma, caracterizava a instabilidade política e econômica do Governo Provisório.

As reformas empreendidas na esfera da saúde pública, entre 1930 e 1934, não alteraram o modelo de combate à lepra no país. O Departamento de Saúde Pública continuou fazendo uso do Regulamento Sanitário de 1923 para a profilaxia e tratamento da doença. É necessário enfatizar que, neste período, nenhum plano especial foi traçado para as ações federais no combate à doença de modo geral e os auxílios financeiros provenientes da União, continuaram na sua grande maioria, empregados em ações sanitárias encetadas no Distrito Federal²⁸¹. O ministro Belisário Penna, que acreditava na necessidade de um fundo específico para a arrecadação de dinheiro para a luta contra a lepra, criou o “Selo Educação” de duzentos réis, cuja renda total seria dividida entre o ensino público e o combate à lepra, porém, em pouco tempo, esse imposto foi incorporado às rendas da União deixando o ministro profundamente desgostoso.²⁸²

Nos primeiros meses da década de 1930, havia no Brasil 14 leprosários. Destes, cinco possuíam estrutura hospitalar mínima e localizavam-se no Distrito Federal, Bahia, Pernambuco, Minas Gerais e Mato Grosso. Três eram qualificados como colônias e situavam-

²⁸¹ CUNHA, Vivian Silva da. **O Isolamento Compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)**. Dissertação de Mestrado em História, COC / Fiocruz. Rio de Janeiro. 2005, mimeo, pp. 81-82.

²⁸² SOUSA-ARAÚJO. **Balanço de Quarenta Anos de Atividade de Combate à Lepra no Brasil**. Arquivos Capanema. CPDOC. Rio de Janeiro. 1944, pp. 22-23.

se no Pará, Paraná e Rio Grande do Norte. Outros quatro, considerados asilos, estavam localizados no Acre, Pará, Amazonas e Ceará. São citados ainda, no período em questão, um asilo-colônia em São Paulo e um hospital-colônia no Rio de Janeiro. Essas instituições pioneiras, reconhecidamente espaços insalubres, costumeiramente mantidos graças à ações de grupos envolvidos com a filantropia, foram apresentadas na década de 1940 já encampadas pelos estados ou pela União²⁸³.

Porém, até 1931, a ação do governo federal, no quesito *lepra*, limitava-se à aplicação de cerca de 3.000 contos anuais a serem distribuídos aos estados, sem que a documentação esclarecesse naquele momento os critérios para a distribuição dos “auxílios”, posto que os estados recebiam quantias diferenciadas²⁸⁴. É válido ainda esclarecer que o problema da *lepra* continuou sob o encargo da IPLDV que não conseguia cumprir os seus objetivos centrais em relação à doença. Na verdade, suas atividades no período em questão ainda continuavam muito restritas no território nacional²⁸⁵.

Até 1934, apenas seis estados (Pará, Maranhão, Rio G. do Norte, Espírito Santo, Estado do Rio, Minas Gerais) e o Distrito Federal recebiam subvenções federais para auxílio no trato com a *lepra*. No entanto, observou-se que esta década apresentou uma maior rede orçamentária para essas instituições, que a anterior, não só em termos da ampliação de recursos para os leprosários como também em benefícios para os funcionários dos leprosários oficiais, assim como uma verba própria para a Inspetoria de Profilaxia da Lepra que existiu

²⁸³ Relatório de Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1934, p. 2. Arquivos Capanema. CPDOC. Este relatório aponta a existência de 3.120 leitos para leproso no Brasil até 1930.

²⁸⁴ BARRETO, Barros. **Localização dos Leprosários no Brasil**. Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, agosto de 1936, pp. 2-3. Arquivos Capanema. CPDOC.

²⁸⁵ Estudo enviado por Sousa Araújo ao ministro Gustavo Capanema, analisando as atividades desenvolvidas pelos órgãos de Saúde Pública no Brasil de 1521 a 1935. Rio de Janeiro, 1936, p. 8. Arquivos Capanema. CPDOC.

até 1933²⁸⁶. Assim, durante o Governo Provisório, foi gasto com ampliação e melhoramentos de leprosários cerca de 1.175:000\$000n nos estados abaixo elencados:

Tabela 5. Verbas para melhoramento dos Leprosários (1932-1934)

Anos	Verbas	Estados
1932	200: 000\$000	Maranhão
1933	1. 000: 000\$000	Maranhão, Espírito Santo, Minas Gerais.
1934	1. 975: 000\$000	Maranhão, Pará, Rio G. do Norte, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Distrito Federal.
Total	1. 175: 000\$000	(seis estados e Distrito Federal)

Fonte: Gabinete do Ministério da Educação e Saúde Pública. Ações de Combate à lepra em 1937. Resumo encaminhado ao Presidente. pp. 2-3.

Mesmo sem a divulgação de um planejamento ou orçamento, dois leprosários foram inaugurados nos últimos dias do ano de 1931²⁸⁷. Em 1933, foram encaminhados recursos para a construção de mais três leprosários e em 1934, mais dois foram inaugurados como pode-se observar conforme o quadro abaixo:

Tabela 6. Construção de leprosários (1931-1934)

Instituição	Ano	Estado
Sanatório Pe. Bento	1931	São Paulo
Colônia Santa Isabel	1931	Minas Gerais
Asilo-Colônia Pirapitingui	1933	São Paulo
Asilo Aimorés	1934	São Paulo
Asilo Cocais	1934	São Paulo

Fonte: Notas sobre a Lepra – Contribuição da União para o Combate à Lepra. Rio de Janeiro, 1934, p. 2-3. Arquivos Capanema. CPDOC.

²⁸⁶ A IPLDV atuou mais efetivamente no Distrito Federal organizando principalmente o censo e fichamento dos doentes de lepra. Apenas o estado do Maranhão recebia verbas em 1932 e os estados do Espírito Santo e Minas Gerais tinham já auxílios para o combate à lepra em 1933. **Notas sobre a Lepra: Contribuição da União para o Combate à Lepra.** Rio de Janeiro, 1938. p. 9. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Arquivos Capanema CPDOC.

²⁸⁷ Segundo Souza-Araújo foi inaugurado em 06 de janeiro de 1931 no Pará, o Asilo Infantil Santa Terezinha destinado a receber e educar os egressos da creche da Lazarópolis do Prata. Contribuição à Epidemiologia e Profilaxia da Lepra no Norte do Brasil. Rio de Janeiro: Tipografia do IOC, 1933, pp. 7-8.

A reforma dos serviços federais de saúde, nos últimos dias do Governo Provisório, extinguiu o DNSP e criou a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS). As funções da nova diretoria seriam a orientação, coordenação e fiscalização dos serviços de saúde pública e assistência médico-social executados pela União, bem como o acompanhamento das atividades realizadas em consórcio entre o governo federal e outras instâncias administrativas. No entanto, a missão mais importante do novo órgão consistia em articular, uniformizar e ampliar as atividades técnico-administrativas da Diretoria atuando em benefício da coletividade ²⁸⁸.

A DNSAMS foi subdividida em duas seções técnicas gerais: uma de saúde pública e outra de assistência médico-social. Ambas deveriam coordenar e sistematizar os serviços de saúde e assistência médico-social, assim como estudar soluções para os problemas referentes às doenças transmissíveis como as endemias rurais, as doenças venéreas, a tuberculose e a *lepra*.

A reforma empreendida por Washington Pires, em 1934, propôs algumas modificações nas ações de combate à lepra. A IPLDV - criada em 1920 - era subordinada ao DNSP que foi extinto. Deste modo, os serviços que eram coordenados pelo DNSP deveriam em tese ficar sob responsabilidade do DNSAMS. Como os regulamentos das novas repartições ainda não haviam sido aprovados, a IPLDV ficou submetida à Diretoria de Defesa Sanitária Internacional da Capital e da República. Na prática, a IPLDV foi dividida em duas seções: na capital federal, os serviços de combate à lepra ficaram subordinados à Inspeção dos Centros de Saúde que, juntamente com outras inspeções, compuseram a Diretoria da Defesa Sanitária Internacional da Capital e da República. As demais ações contra a lepra

²⁸⁸ BRASIL, Coleções de Leis, 1934, vol. 3. p 647/649. Decreto n. 24.438 de 21 de junho de 1934.

ficaram a cargo dos estados, sendo comandadas pela Diretoria dos Serviços Sanitários dos Estados, nova denominação dada à Diretoria de Saneamento Rural, após a reforma de 1934²⁸⁹.

Como foi possível concluir, de 1930 a 1934, as “reformas” significaram muito mais arranjos institucionais que ações transformadoras. Em relação ao combate à *lepra*, a partir de 1931, alguns estados foram beneficiados com verba para ampliação e melhoramentos em alguns leprosários. No entanto, apesar do desconhecimento de uma agenda específica do MESP para o combate à *lepra*, pode-se afirmar que no transcorrer da década de 1930, principalmente após 1935, ocorreu efetivamente um aumento dos investimentos financeiros destinados à criação de novas colônias para *leprosos* no Brasil.

Mesmo tímidas, as reformas empreendidas no governo provisório possibilitaram alguma alteração no modelo de saúde pública que ensaiava os primeiros passos no Ceará? Se na década de 1920 o “alinhamento” com o governo federal foi fundamental para a instalação das primeiras ações de saúde pública no Estado, de que modo essas novas diretrizes seriam apreendidas pelos grupos no poder? Sofreria alguma transformação o quadro da luta contra a *lepra*?

Através do Decreto n. 78, de 05 de janeiro de 1931²⁹⁰, em substituição ao Serviço de Saneamento Rural (SSR), foi criado o Serviço Sanitário dos Estados (SSE) sendo indicado para dirigir o órgão no Ceará o Dr. Antonio Alfredo da Justa, antes inspetor do SSR. O novo Serviço compreendia a antiga Diretoria de Higiene que tinha sob sua alçada a Seção de Polícia Sanitária, a profilaxia da febre amarela e o Dispensário Oswaldo Cruz bem como o mesmo também encampou as atribuições do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (SPLVD). Dentre as funções do SSE constava também a tarefa de fazer a

²⁸⁹ CUNHA, Vivian da Silva. Op. Cit. pp. 92-93.

* Outros serviços que ficaram sob encargo da Diretoria da Defesa Internacional e da Capital da República foram: Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, Diretoria de Assistência Hospitalar e Diretoria de Serviços Sanitários dos Estados.

²⁹⁰ Almanaque do Ceará: Estatístico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário do Estado do Ceará para o ano de 1932. Op. Cit. p. 48.

distribuição dos medicamentos para os *leprosos* e oferecer as condições técnicas necessárias para a produção das injeções de chalmoogra, antes facultadas pelo SSR.

Até 1930, a profilaxia da *lepra* no Ceará era exercida pelo Dispensário Oswaldo Cruz, pela Leprosaria Antonio Diogo e pela Creche Silva Araújo. O Dispensário funcionava numa das dependências do Serviço de Profilaxia Rural onde também foi iniciado o levantamento dos *lázarus* notificados em Fortaleza e aqueles do interior do Estado. No mesmo local, era feita a distribuição dos medicamentos para o tratamento domiciliar. Até 1931, os medicamentos consumidos na leprosaria eram facultados pelo Serviço de Saneamento Rural.

Em 1931, a Leprosaria Antônio Diogo abrigava 200 enfermos, dos quais 120 ingressaram entre 1928 e 1932. Os cuidados clínicos oferecidos aos enfermos estavam sob responsabilidade de um único médico (Dr. Antônio Justa) e duas enfermeiras. A administração geral da Instituição estava sob o encargo de seis freiras da Ordem Franciscana. Neste momento, já estava em funcionamento a Creche Silva Araújo (primeiro Preventório do Estado) também sob a direção clínica do Dr. Antonio Justa²⁹¹.

Em artigo para a *Ceará Médico*²⁹², nos primeiros meses do ano de 1930, o Dr. Antônio Justa afirmava que no ambulatório do Serviço de Saneamento Rural, em Fortaleza, e no Leprosário Antônio Diogo em Canafístula, o tratamento empregado eram os preparados de ésteres etílicos de chalmoogra – gotas, cápsulas e empoulas. Segundo o médico, novos medicamentos com a mesma base - como os *sabões e os saes sódicos*, as injeções de Alepol – um composto de sais sódicos – e o *Carpotreno*, de particular eficiência nos casos da *Lepra*

²⁹¹ Almanaque do Ceará: Estatístico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário para o ano de 1932. pp. 123-125.

* Os estados que foram contemplados com as verbas previstas no orçamento da União no período entre 1936 e 1939 foram Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, R.G. do Norte, Paraíba, Pernambuco, Lagoas, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo, Goiás, Mato Grosso, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Distrito Federal.

²⁹² Revista *Ceará Médico*. Fortaleza. Abril, 1930, pp. 28-29.

Anestésica já estavam sendo utilizados em pacientes de Belém e do Rio de Janeiro. Lamentava o médico que os *lázaros* do Ceará ainda estivessem sem acesso a esses novos medicamentos já testados com sucesso no Instituto Oswaldo Cruz.

Até 1931, os medicamentos consumidos na Leprosaria Antonio Diogo eram facultados, como já foi dito, pelo SSR. Com a reforma nos serviços de saúde no início do governo provisório, o SSR foi extinto e com sua extinção, várias das suas atribuições foram delegadas a outros novos órgãos ainda em estruturação. Deste modo, os serviços de distribuição de medicamentos foram suspensos prejudicando em grande escala a todos os doentes e particularmente aos *leprosos*, conforme noticiou o jornal *O Nordeste*.

“Infelizmente acaba de ser interrompido o socorro em medicamentos que o Serviço Sanitário vinha prestando à Leprosaria, rompendo-se assim a reciprocidade de favores entre este instituto e a Seção de Profilaxia da Lepra do Serviço Sanitário. Já agora, a assistência terapêutica que era indistintamente prestada pelo Departamento de Higiene do Ceará aos *lázaros* de Fortaleza, da Canafístula e mesmo a alguns outros disseminados no Interior, fica restrita a três dezenas de enfermos do Ambulatório do Serviço Sanitário. Nada de admirável, nem motivos de espanto haverá quando emigrarem para fortaleza, quantos, ali em Canafístula se encontram atualmente, a revelia de medicamentos, mas não tolhidos em sua locomoção. E a incidência da lepra dobrará e certamente os contágios se multiplicarão na capital do Ceará! É o nosso triste presságio, em face à medida intempestiva da nossa atual administração sanitária.²⁹³”

O periódico afirmava terem “ficado os pobres *lázaros* de Antônio Diogo desamparados de socorro em medicamentos e conseqüentemente também de médicos, posto que a reforma proposta para a saúde pública ainda necessitava de ajustes”²⁹⁴. Assim, com a extinção do SSR, que compreendia os serviços de combate às endemias, o censo da lepra e até o fabrico e distribuição de medicamentos, inclusive no interior, o recém-criado SSE, ainda procurava estruturar-se dentro do formato mais centralizado que o governo Vargas pretendia inaugurar. Em relação à extinção dos antigos serviços e a ausência de agilidade na

²⁹³ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 18 de julho de 1932, p. 3.

²⁹⁴ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 27 de abril de 1932, p. 1.

organização dos novos, o jornal *O Nordeste*, em crítica ao MESP, qualificou como “extinção arbitrária” a “nova reforma”:

“...o respectivo ministério nada mais tem feito que proceder justamente contra a saúde pública, extinguindo serviços da importância do Serviço de Saneamento Rural, suprimindo ou diminuindo subvenções, fechando hospitais, enfim, negando recursos a muitas obras de incontestável utilidade coletiva. E tudo isso em benefício apenas de um grande e custoso aparelho burocrático quase que privativo do governo federal²⁹⁵”.

Em maio do mesmo ano, o Dr. Antonio Justa expunha a situação dos *leprosos* no Estado do Ceará em Relatório ao Interventor Carneiro de Mendonça:

“Durante quatro anos, de Agosto de 1928 a Maio de 1932, funcionou a Seção de Profilaxia da Lepra em estreita relação com a Leprosaria Antonio Diogo. Desde então, passou aquele Departamento de Higiene a fazer a assistência medicamentosa aos doentes internados na Leprosaria, como também a um pequeno grupo de lázaros domiciliados nesta capital, para o que estabeleceu-se um modesto ambulatório na própria sede do Serviço de Saneamento Rural. No ano de 1928, foram examinadas em Fortaleza 170 pessoas, das quais 130 tiveram diagnóstico positivo de lepra. Dessas, 54 foram internadas na leprosaria; 03 deixaram o Estado; 08 disseminaram-se no Interior; e faleceu 01, permanecendo na cidade 64. Em 1929, submeteram-se ao exame em Fortaleza 159 pessoas, das quais somente 58 tiveram diagnóstico positivo. A leprosaria, este ano, recebeu mais 77 doentes, os quais se elevaram a 141 com os já internos. Em 1930, examinaram-se em Fortaleza 130 pessoas. Nestas acusaram-se o estigma de morphéa 63. A leprosaria acolheu mais 84 enfermos este ano. Elevaram-se os internos para 212. Em 1931, submeteram-se ao exame em Fortaleza 142 pessoas das quais 65 tiveram diagnóstico positivo de lepra. A leprosaria recebeu mais 44 enfermos. Elevou-se assim, o número de internos para 229, porque faleceram oito e deixaram o estabelecimento 10. Nos primeiros meses de 1932 foram examinadas em Fortaleza 55 pessoas, tendo diagnóstico positivo para lepra 23, embora só tenham sido internados seis²⁹⁶”.

Segundo o fragmento acima, percebe-se que entre, 1928 e maio de 1932, foram confirmadas, em Fortaleza, 339 pessoas afetadas pela lepra. Destas, foram internadas 117 na

²⁹⁵ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 04 de julho de 1932, p. 7.

²⁹⁶ JUSTA, Antônio. Apontamentos sobre a Profilaxia da Lepra no Ceará entre 1930 e 1938. Arquivos Capanema CPDOC.

O diagnóstico do Dr. Antônio Justa é mais minucioso do que o fragmento acima transcrito. Destacou os examinados por idade e sexo, se oriundos do interior ou da capital, além do número de óbitos e de evadidos. No artigo citado, o médico ainda apresenta informações sobre o estado civil dos enfermos e profissões que desempenhavam bem como o tipo de tratamento a que eram submetidos. Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, maio de 1932, p. 1.

Leprosaria Antonio Diogo, na Canafistula. Faleceram 13. Disseminaram-se no Estado 46. Deixaram o Ceará 07. Permaneceram 146 internos. Ora, o médico concluiu então que entre 1928 e 1932 foram diagnosticados 339 doentes de lepra no Estado, com base apenas nos exames efetuados no Dispensário Oswaldo Cruz, localizado na capital. Deste modo, não havia como obter números sequer aproximados da moléstia no interior do Ceará, posto que eram inexistentes os recursos para um planejamento mínimo para a profilaxia da *lepra* fora do espaço da capital. Por outro lado, o Censo iniciado pelo SSR foi suspenso com a extinção do órgão, o que deixava os dados apresentados no mínimo superficiais.

O período situado entre 1932 e 1934 é considerado por Dr. Justa um momento de “colapso” dos serviços prestados aos *leprosos*, particularmente ao censo que se realizava no Ceará pelo SSR desde a década de 1920. Segundo o médico, todo o trabalho de combate à *lepra* ficou restrito a “algumas pesquisas microscópicas no Laboratório da Diretoria de Saúde Pública”²⁹⁷. Nesse sentido, para o leprologista cearense, o período do governo provisório, de modo geral, não representou avanço no combate e profilaxia da *lepra* e sob certos aspectos teria significado um retrocesso²⁹⁸. Acredita-se que o retrocesso a que o médico refere-se resume-se à extinção do SPLDV e Vacinogêneo Rodolfo Teófilo contra o qual expressou algumas críticas nas páginas da Ceará Médico. Somente em 1934, a distribuição de remédios foi retomada, no entanto, agora a partir de acordo firmado entre o governo estadual e a Leprosaria. O Estado comprometeu-se com uma subvenção anual cuja soma chegava a 40:000\$000²⁹⁹.

Um dos argumentos mais utilizados pelos técnicos, quando tinham que justificar as dificuldades para o combate à *lepra* no Brasil, era aquele da carência de um amplo e

²⁹⁷ JUSTA, Antônio. Apontamentos sobre a profilaxia da lepra no Ceará (1930-1938). *Revista Ceará Médico*. Fortaleza. Abril, 1934, pp. 5-6.

²⁹⁸ JUSTA, Antônio. A Lepra no Ceará. *Revista Ceará Médico*. Fortaleza. Setembro, 1934, pp. 38-40.

²⁹⁹ Op. Cit. pp. 2-3.

* Os medicamentos citados resumiam-se as injeções de preparado de Chalmoogra.

pormenorizado censo dos enfermos. As dificuldades financeiras, a ausência de técnicos qualificados e a extensão geográfica do país eram os principais problemas apontados pelos especialistas para a realização de um censo rigoroso que desde à década anterior havia sido iniciado.

Em artigo para a *Ceará Médico*, Dr. Antônio Justa queixava-se da morosidade na realização do censo dos enfermos de *lepra* no Ceará:

“Não se pode exigir extremado apuro de pesquisas num laboratório de bacteriologia e manipulações farmacêuticas, em conjunto com um pessoal minguido e iniquamente remunerado, como sucede no Serviço Sanitário do Ceará. Além disto, os exames clínicos deixam a desejar, quer sejam efetuados em domicílio, em regras residências rudimentares, escuras e desaceiadas, quer mesmo no Consultório do Serviço Sanitário, aposento exíguo e incomfortável.³⁰⁰”

Ainda assim, na revista citada, o médico apresentou um levantamento numérico - ainda que incompleto - dos enfermos de *lepra* no Estado do Ceará:

Tabela 7. Casos recenseados

Fortaleza	146
Leprosaria	214
Interior	76
Total	436

Fonte: Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, junho de 1932, p. 8

Com base nesses dados, Justa tentava obter um resultado aproximado do total de *lázarus* existentes no Estado. Para chegar a um número possível de doentes, Justa procedeu aumentando em “um quarto o número de *lázarus* conhecidos, referindo-se aos casos ignorados”. Em relação ao Interior, dobrou o número de internados em Canafistula, com base nos enfermos que foram registrados e dos que “disseminaram-se”. Deste modo, com base nessa equação confusa, chegou ao número de:

³⁰⁰ Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, junho de 1932, p. 2.

Tabela 8. Casos não recenceados

Fortaleza	328
Interior	494
Total	822

Fonte: Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, junho de 1932, p. 8

Infere-se que o Dr. Antonio Justa contabilizou 1.258 *leprosos* no Ceará, somando os doentes “recenceados” e “não recenceados” no período situado entre 1928 e 1932, destacando que os não “recenceados” encontravam-se em “promiscuidade com a população sadia do Estado”. Na ocasião, ele reiterava a importância do isolamento para o sucesso do tratamento, lamentando que nos dias finais de 1930, a lotação da leprosaria (176 cômodos individuais) já se achasse excedida.

Pode-se afirmar, a partir dos artigos de Justa, que ele era um defensor contumaz do espaço do leprosário, porém, não deixava de reforçar o valor “da assistência medicamentosa em domicílio ou ambulatório.” Nas entrelinhas, o médico parecia sugerir que aquele que possuísse recursos para ser tratado em casa não precisava recorrer ao leprosário, embora devesse permanecer isolado. Os leprosários deveriam assistir aqueles que não possuíam meios para manter-se financeiramente e cuidar da saúde ao mesmo tempo³⁰¹.

Não deixava também o médico de exaltar a importância do trabalho realizado em Antônio Diogo, destacando que os internos de Canafistula eram mantidos sem nenhum constrangimento, ressaltando que, em quatro anos, somente 28 indivíduos deixaram a “gafaria”, sendo “de notar que 06 não eram doentes e 05 foram expulsos por *medida disciplinar*”.

É sabido que a constituição dos aparatos de saúde pública no Brasil acompanhou as dificuldades administrativas e as oscilações políticas do período. Deste modo, a constante troca dos ministros no MESP durante o governo provisório, a instabilidade política, as

³⁰¹ Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, setembro de 1932, p. 27.

dificuldades em serem votados os regimentos que deveriam dar suporte às várias instituições, bem como o alinhamento das várias atividades do Ministério ao projeto de centralização e uniformização das ações de saúde no território nacional, trouxeram inúmeras dificuldades para os estados, que deveriam também reorganizar-se para enquadrar-se na nova lógica das políticas de saúde do governo federal.

Não pode-se deixar de destacar que naquele período, mais especificamente entre agosto e setembro de 1932, o jornal *O Nordeste* noticiou a evasão de vários internos do Asilo da Canafístula, ainda sob a direção clínica do Dr. Antonio Justa do CMC. Tais notícias não causaram boa repercussão no âmbito do Estado e principalmente na capital. Em virtude das aludidas fugas, um grande número de parentes e curiosos dirigiram-se à Canafístula em busca de informações sobre parentes e amigos causando incômodo à direção da Instituição³⁰².

As notícias das constantes fugas objetivam, talvez, atingir aqueles diretamente envolvidos na manutenção e defesa do leprosário filiados ou próximos ao PSD.³⁰³ Convidado a manifestar-se no tocante à questão, o Diretor do SSE Dr. Amílcar Barca Pellon:

“(...) científica que a fuga não foi motivada por falta de recursos com que sejam tratados os asilados. Os que de lá evadiram-se saíram por não viverem satisfeitos com a disciplina interna da casa. Não há ordem de exigir dos leprosos o que as Irmãs encarregadas da direção doméstica não podem evitar.”³⁰⁴

³⁰² Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 12, 13, 16, 22 de agosto e 13, 21 e 25 de setembro de 1932.

³⁰³ As fugas foram sempre constantes durante todo o período que prevaleceu o internamento compulsório. A distância e a saudade da família e dos amigos eram as causas apontadas como razões mais frequentes para as evasões. Em determinados casos, os pacientes viam-se obrigados a sair para resolver questões particulares, sem que, com isso, tivessem a intenção de não retornar à Colônia. Diante da negativa de permissão para ausentar-se, viam-se obrigados a fugir. Em algumas colônias formavam-se grupos que planejavam cuidadosamente as fugas. Em outros casos, os pacientes aproveitavam as lacunas na vigilância nos momentos festivos, como a páscoa, o natal e o ano-novo para não retornar. É fundamental destacar que o ato da fuga raramente significava um retorno à vida anterior ao internamento, pois o estigma de leproso acompanhava o paciente na sua tentativa de retomar o convívio social. Muitos provinham de pequenas cidades do interior, onde sua condição de lazarento era conhecida e assim na maioria das vezes, ele era rechaçado pela comunidade da qual fazia parte. Deste modo, os enfermos eram obrigados a voltar para o leprosário, principalmente se fosse desprovido de bens materiais. Acredita-se que não foram poucos os que fugiram e depois retornaram “espontaneamente,” em virtude das dificuldades de adaptação. MONTEIRO, Yara Nogueira. Op Cit. p. 78.

³⁰⁴ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 30 de setembro de 1932, p. 3.

Na tentativa de justificar as causas para as fugas, o diretor da Saúde Pública em longo artigo enviado *Nordeste* sugeriu que as religiosas administradoras do leprosário empregavam meios por demais “persuasivos” no trato com os *leprosos*. E estes, por serem portadores de “tão cruel moléstia”, não conseguiam se enquadrar facilmente às regras disciplinares, por seu comportamento irritadiço e a sua “natural rebeldia”. Deste modo, as fugas da leprosaria ocorriam em virtude de as religiosas que o administravam serem por demais benevolentes com pessoas de comportamento muitas vezes violento e agressivo. Porém, se as administradoras eram tão tolerantes e compreensivas, porque as fugas ocorriam por questão de insatisfação com a disciplina interna da casa como será visto mais adiante?

É importante frisar que os *leprosos* isolados nos asilos-colônias eram obrigados a adaptar-se ao cotidiano e a disciplina rígida dessas instituições, independente de sua concordância e não encontravam, fora destes locais, meios para estabelecer algum tipo de crítica aos princípios que norteavam a organização desses espaços segregadores. Nesse sentido, o fugitivo de um leprosário era um transgressor e a sua fuga, um ato de indisciplina³⁰⁵.

Foucault enfatizava que para cada poder socialmente construído desenvolvia-se um saber correlato, e também o inverso. Desse modo pode-se inferir que, neste caso, saber e poder concorreram para a legitimação do discurso do isolamento e para a formação de

³⁰⁵ Para este autor a disciplina é uma técnica de exercício do poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais, durante o século XVIII. Historicamente, a prática disciplinar já existia na Antiguidade e podemos apontar, como exemplo, as legiões romanas. Na Idade Média, os mosteiros eram instituições onde reinava um rígido sistema disciplinar. As grandes empresas escravistas existentes nas colônias portuguesas foram constituídas, sob fortes mecanismos disciplinares. Assim, entendemos que as práticas disciplinares são antigas, mas existiam em estado isolado e fragmentado até o século XIX. A disciplina moderna do século XIX era uma técnica de poder que trazia em seu bojo, uma vigilância perpétua e constante sobre o cotidiano do indivíduo, aplicada de modo plenamente satisfatório em várias instituições que tomaram forma mais definida, no século XIX. Segundo essa lógica, o leproso era vigiado e administrado num espaço criado exclusivamente para este fim, sujeito a um poder disciplinador e normatizador que atingia profundamente o seu cotidiano - já limitado, em virtude das características da enfermidade a que era cometido. Destarte, no espaço dos leprosários articulavam-se saber e poder, produzindo verdades sobre a lepra que induziam o leproso a acatar o isolamento, o que concorreu, segundo Foucault, para a formação do discurso institucional de exclusão dos mesmos. FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 105

verdades socialmente aceitas, posto que essas verdades, recebiam o rótulo de científicas conduzindo e apontando o isolamento como a única alternativa viável e adequada para o enfrentamento da endemia leprótica³⁰⁶.

Os dispositivos construídos em torno da *lepra* encontraram sua força não exatamente no rigor das imposições ou nos códigos disciplinares, mas na plena aceitação pela sociedade na racionalidade científica da época, inquestionável no que concernia ao trato com a *lepra* e com o *leproso*. Assim, sua força residia na positividade do poder que, conseqüentemente, justificava o rigor disciplinar.

Destarte, os argumentos utilizados para o isolamento dos *leprosos* no Brasil e conseqüentemente no Ceará terminaram por consolidar a sua prática. O discurso do isolamento como um “mal necessário” foi o veículo legitimador da segregação dos *leprosos*. Por outro lado, reter a circulação dos morféticos foi uma prática que possibilitou o surgimento de uma maior intervenção na sociedade, onde foram sujeitos a medicina e o Estado, pois não podemos ignorar que o poder exercido sobre os internos das colônias encontrava aceitação e ressonância também entre a maioria dos próprios doentes, amplamente apoiado na força dos discursos acerca da *lepra*, oriundos da racionalidade médico-científica, que, faziam-se presentes na compreensão dos próprios acometidos pelo mal de que eram portadores.

Em setembro de 1932, o Interventor Carneiro de Mendonça convocou o Diretor da Saúde Pública no Ceará, Dr. Amílcar B. Pellon e os representantes dos jornais da cidade para uma reunião. Desejava saber o motivo da evasão dos doentes da leprosaria, além de tentar responder, como pode-se observar, às críticas que lhe eram imputadas. Assim o motivo da “convocatória” seria:

³⁰⁶ FOUCAULT, Michel. Op. Cit. p. 106.

“(…) por à imprensa ao corrente da situação do leprosário, pois se está formando entre nós uma idéia errada a propósito da atitude do Governo do Estado em relação aquela gafaria. Pensa-se que o poder público não tem olhado com interesse devido aquela instituição, quando o Estado concorre, incluindo nesta soma, as quotas municipais, com 150 contos de réis anuais para a sua manutenção. Segundo as prestações de contas do próprio Dr. Justa – ilustre responsável pela assistência médica daquele estabelecimento – as despesas do último ano atingiram apenas a importância de 135 contos! Logo, o Estado tem cumprido seu dever.

Não vejo assim razão para aquele facultativo, com a responsabilidade de seu nome, asseverar na Revista Ceará Médico que se acha rompida a reciprocidade de serviços entre o Governo e o Leprosário. Acho que, dentro da verba de subvenções, deve a administração adquirir os remédios para uso dos asilados, por quanto além dos 150 contos recebidos do Estado há donativos particulares em dinheiro e em gêneros, num total de mais 50 contos.

Desde que a diretoria da Associação Protetora e Mantenedora da Leprosaria Antonio Diogo, organize convenientemente os recursos que dispõe não haverá embaraços para a vida do estabelecimento.³⁰⁷”

Os relatórios dos gestores estaduais anteriores a Carneiro de Mendonça não faziam menção a repasse de subvenções regulares do governo estadual para tratamento e profilaxia da *lepra*. Eventualmente a Assembléia Legislativa conseguia aprovar alguma verba extra para o leprosário, mas não havia uma lei no âmbito do Estado que amparasse ou que comprometesse o poder estadual com a dotação de verbas para a “luta” contra a *lepra*. Com a extinção dos pequenos serviços facultados pelo SSR restavam as doações e subvenções especiais. Embora, a partir de 1932 o governo federal tenha iniciado dotação financeira regular aos estados com a finalidade de construção e manutenção de leprosários, o Estado do Ceará não foi inicialmente contemplado por essas medidas. Nesse sentido, as cotas municipais eram irregulares assim como os auxílios estaduais que eram também esporádicos. É oportuno frisar que o Interventor explicitou à imprensa a sua disponibilidade para a “causa dos leprosos” bem como comprometeu-se em manter um contato mais direto com a diretoria da SMLAD. Nessas ocasiões, apenas o jornal *O Nordeste* publicava, o resultado dessas reuniões nos seguintes termos:

³⁰⁷ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, setembro de 1932, p. 1.

“A convite do Interventor Federal reuniram-se anteontem os membros da Diretoria da Sociedade Mantenedora do Leprosário da Canafistula. Presentes Monsenhor Tabosa, Drs. Antonio Justa, César Cals e Pedro Sampaio, além do Diretor da Saúde Pública, Dr. Amílcar Barca Pellon, todos sob a presidência do Capitão Carneiro de Mendonça.

O Sr. Interventor mostrou que não tinham razão de ser as acusações contra a atuação do governo no concernente ao Leprosário da Canafistula. Provou que a referida instituição com as rendas atuais, pode, dentro das verbas e esmolos que recebe, acarretar com as despesas. Finalmente assentou-se que a Comissão Mantenedora intensificará a sua atividade, aumentando o número de sócios. E, assim, fica devidamente esclarecido o assunto como este, tão palpitante para a nossa terra.”³⁰⁸

Infere-se que o interventor convocava tais reuniões para inibir quaisquer declarações que lhe fossem desagradáveis e pudessem ser feitas à imprensa. Certamente, objetivava também deixar claro à população cearense que o seu governo não havia declinado das responsabilidades que lhe eram concernentes no combate à *lepra*³⁰⁹. No entanto, na gestão de Carneiro de Mendonça, críticas à situação do leprosário vinham somente de duas direções: da revista *Ceará Médico* e do Jornal *O Povo*. A primeira sob forte influência de Fernandes Távora e Antônio Justa e a segunda, que consistira num dos articuladores da Aliança Liberal no Ceará, que não viam no Interventor um digno representante do movimento de 1930. Desse modo, acredita-se que as declarações de Carneiro de Mendonça objetivavam invalidar as “denúncias” da *Ceará Médico* e do jornal *O Povo*. Ocorreram várias reuniões convocadas pelo Interventor que supostamente pretendia acompanhar os debates e projetos desenvolvidos pela Associação.

É válido lembrar que o período situado entre 1931 – após o afastamento do Dr. Manoel Fernandes Távora da Interventoria – e 1933 foi bastante agitado para as facções políticas cearenses em virtude das eleições para a Constituinte Federal de 1933. Pode-se afirmar que o Centro Médico Cearense situava-se em lado oposto ao do Interventor no pleito

³⁰⁸ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 28 de setembro de 1932, p. 4.

³⁰⁹ Em declaração ao jornal *O Nordeste* o interventor Carneiro de Mendonça afirmou que o Estado do Ceará contribuía anualmente (incluindo nesta quantia as cotas dos municípios) com 150 contos de réis anuais para o leprosário. 09 de agosto de 1932, p. 1.

que se avizinhava. Segundo Simone de Souza,³¹⁰ o Interventor se dizia “neutro e apolítico”, mas a sua posição privilegiava às oligarquias mais conservadoras do Ceará, encasteladas na LEC. O CMC também se dizia uma instituição “sem coloração política”, mas, muitos artigos que eram publicados na Ceará Médico constituíam-se em fortes críticas a situação da saúde no Ceará bem como ao “abandono” do leprosário pelos poderes locais.

Dr. Fernandes Távora, uma das figuras mais proeminentes do CMC e líder do PSD no Ceará não aceitava a posição “neutra” do Interventor enquanto representante dos “Revolucionários e dos Tenentes” no Estado. Assim, o PSD cearense pressionava Juarez Távora – Chefe da “Revolução” em todo o norte – para agilizar a deposição de Carneiro de Mendonça, que devido à posição que ocupava, deveria apoiar claramente o PSD e não o fazia.

Porém, é importante esclarecer que, nacionalmente, os interventores que conseguiram manter-se mais tempo no poder, eram aqueles que conseguiram estabelecer boas relações com as oligarquias dominantes nos estados. No Ceará, a facção revolucionária Tavorista – como era chamada – não tinha o mesmo poder que os vários grupos articulados em torno da LEC. Desse modo, Carneiro de Mendonça tentava, em termos do discurso, manter uma política de neutralidade, mas findava por favorecer a LEC, força majoritária no Estado. Assim, compreende-se que o Interventor viu na postura do CMC – através da Ceará Médico – uma crítica que ia além das preocupações com a situação do leprosário e logo reagiu às acusações que lhe eram lançadas.

É interessante citar que observou-se uma certa mudança – entre 1932 e 1933 – no tom das notícias referentes ao leprosário. Este período coincide com o “acompanhamento direto” da questão pelo Interventor Carneiro de Mendonça. É impossível não notar que de setembro a dezembro de 1932, mais especificamente, as notícias que foram publicadas sobre a colônia cearense, limitaram-se a dar conta da movimentação em torno da campanha para o

³¹⁰ SOUZA, Simone. Op. Cit. p. 367.

“Natal dos Lázaros” instituída desde 1923³¹¹. Quase diariamente, as doações das várias associações caritativas, operárias e de particulares, tomavam o espaço antes dedicado às reivindicações das subvenções oficiais para o leprosário³¹². Ainda assim, o jornal *O Povo* denunciava a ausência de real interesse das autoridades estaduais e federais pela Colônia:

“Aqui, infelizmente, cabe assinalar a despreocupação do Governo, que, ninguém contesta, pois deveria assegurar o pleno funcionamento da leprosaria, por se tratar de um problema de saúde pública, de uma instituição que não deveria estar sujeita aos percalços de auxílios incertos e duvidosos³¹³”.

Por outro lado, é interessante enfatizar que, no período referente aos anos de 1932 e 1933, o jornal *O Nordeste* cedeu bastante espaço para a divulgação de trabalhos realizados por outras instituições de caráter filantrópico que praticavam ações de saúde na capital cearense, bem como aquelas que desde o século XIX exercitavam a “caridade”. Pode-se citar: o Asilo Bom Pastor (abrigo para menores desvalidos), Asilo da Mendicidade (instituição que alimentava diariamente os mendigos da capital) e principalmente o Dispensário dos Pobres, mantido pela Liga das Senhoras Católicas sob a coordenação do Arcebispo do Ceará. Esta instituição, além da distribuição de alimentação e roupas, contava com um posto de saúde e

³¹¹ Excetuando-se as notícias sobre doações (sempre divulgadas pelo Jornal O Nordeste) apenas oito matérias foram publicadas durante todo o ano de 1932 sobre o leprosário: a maioria no jornal O Povo.

³¹² Nos primeiros meses de 1933, o Ceará enfrentou uma epidemia de *coli-tifo-desintérico*. A Diretoria de Saúde Pública enviou várias circulares à imprensa, informando a população sobre as várias formas da infecção, alimentação adequada e as medidas higiênicas a serem tomadas, esclarecendo que, ao menor sintoma, deveria o “suspeito” ser notificado na repartição sanitária, o que de certa forma, desviou a atenção da população e da própria imprensa no tocante ao grave problema dos leprosos. Ainda em 1933, outra notícia ofuscou momentaneamente, o problema da lepra no Ceará. Foram as primeiras informações em torno da edificação de um sanatório para tuberculosos em Fortaleza. Embora na década de 1920 já fossem bastante numerosos os casos de tuberculose no estado, esses não ocupavam o mesmo espaço dedicado à lepra nas páginas da imprensa e artigos médicos. Apesar de as questões do contágio e do isolamento serem sugeridas, se tomarmos por base as notícias dos jornais e artigos médicos, a tuberculose não parecia despertar mesmo pavor que a *lepra*. Não é demais informar que, entre 1933 e 1934, o Ceará também teve que enfrentar uma nova onda de paludismo. Assim, em virtude dos novos surtos epidêmicos e, acreditamos também por imposição governamental, não foram publicadas reivindicações ao governo em prol da Colônia da Canafistula.

³¹³ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 2 de setembro de 1932, p. 5.

uma farmácia. Nos anos de 1933 e 1934, o citado posto contabilizou sete mil atendimentos a pessoas pobres da cidade além da distribuição gratuita de medicamentos³¹⁴.

Não é demais frisar que as instituições citadas eram todas mantidas por associações ligadas à Igreja. Também não é bom esquecer que 1933 e 1934 foram anos eleitorais e que a LEC foi a grande vencedora dos dois pleitos ocorridos nos períodos em tela: o de 1933, para a Assembléia Nacional Constituinte e o de 1934, para a Assembléia Estadual.

1.3 A Reforma Pellon: um novo organograma para a saúde no Ceará

Efetivamente os serviços de saúde pública no Ceará sofreram três reformas entre 1930 e 1939, ancoradas nas proposições do governo federal. A primeira mudança, operada através do decreto de 05 de janeiro de 1931, criou o Serviço Sanitário do Estado (SSE) que poucas alterações causou ao frágil modelo de saúde pública já existente. Este, como já foi visto, apenas encampou a antiga Diretoria de Higiene que abrigava as seções de Polícia Sanitária, a profilaxia da febre amarela e o Dispensário Oswaldo Cruz que mantinha as atribuições do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (SLPDV). Dentre as funções do SSE constava também a tarefa de realizar a distribuição dos medicamentos para os leprosos e oferecer as condições técnicas necessárias para a produção das injeções de chalmogra.

No tocante à questão do combate à *lepra*, a reforma de 1931 quase nada significou a não ser a regularidade dos subsídios financeiros para o leprosário que tornaram-se um pouco mais regulares. Até 1930, o governo do Estado contribuía “espontaneamente” com a

³¹⁴ Dr. Clovis Bezerra Moura era o clínico responsável pelas consultas no Dispensário que ocorriam 3 vezes por semana além da distribuição de medicamentos. O governo do estado contribuía com quinze contos de réis anuais em auxílio para a instituição. Jornal *O Nordeste*, 18 de agosto (p 1), 12 de setembro (p 2), 21 e 22 (p 1) de outubro de 1932. 11 de fevereiro (p 2), 20 e 22 de março (p 1), 3 de maio (p 1) 2 de julho (p 2) de 1933. O Almanaque do Ceará do ano de 1934 publicou números semelhantes.

importância anual de 75 contos de réis para o leprosário em forma de auxílio e de forma esporádica. Essa subvenção elevou-se a 90 contos a partir do segundo semestre de 1931 e só a partir de 1932 as contribuições do Estado tornaram-se mais regulares.

Avalia-se que, a partir de 1932, o estado do Ceará iniciou o seu processo de inserção na agenda de saúde pública desejada pelo governo Vargas. Observa-se que é esboçado, por parte do Interventor Carneiro de Mendonça, interesse em estabelecer acordos e firmar convênios com os serviços federais de saúde³¹⁵. Tais acordos, como já foi dito, tinham por base a reciprocidade das responsabilidades financeiras onde Estado e União contribuía igualmente, embora o governo federal disponibilizasse os técnicos para a realização dos trabalhos de profilaxia das endemias rurais.

Assim, compreende-se que os poderes estabelecidos no Estado (pelo menos até este momento) apresentavam como alternativas viáveis para a saúde pública aquelas orquestradas pelo governo federal, em parte, porque setores da elite local, tradicionalmente, investiam há décadas em atividades filantrópicas que visavam à saúde de setores pobres do Estado (contando inclusive com subvenções oficiais para a realização desses trabalhos) e em parte, porque não era prioridade desses grupos o estabelecimento de projetos centrados na aquisição de mecanismos para a saúde pública.

A primeira “reforma” poucas alterações causou à agenda de saúde existente no Ceará, conforme pode-se observar. A segunda reforma é identificada a partir de 1933 e vai ocorrer, sob a vigência do decreto-lei 1.103 de 09 de maio de daquele ano, quando o SSE é transformado em Diretoria de Saúde Pública (DSP). O médico sanitário Amílcar Barca Pellon foi convidado para dirigir a nova Diretoria.

³¹⁵ JUSTA, Antônio. Relatório do Serviço de Saneamento do Estado do Ceará. Fortaleza, 1933, pp. 7-8. Arquivos Capanema CPDOC.

Barca Pellon recebeu de Carneiro de Mendonça total autonomia para estruturar um plano de saúde emergencial para o Estado ³¹⁶. No intuito de implementar as ações transformadoras que pretendia, Pellon organizou uma equipe de jovens médicos sanitaristas, objetivando fixar uma sede de comando que seria a peça motriz de toda a organização do sistema de saúde pública do Ceará. Essa peça motriz seria o Centro de Saúde que, com seus órgãos técnicos essenciais, faria de Fortaleza

“...a primeira das capitais nordestinas dotadas de um instrumento novo e ativo da defesa da saúde de seus municípios, ponto radiador de práticas e conhecimentos que logo iria ser aprimorada em outras unidades da federação. De uma repartição adstrita quase que exclusiva aos limites da capital - que além da chefia e serviços de policia sanitária, contava com o Vacinogênio Rodolfo Teófilo, o Dispensário Oswaldo Cruz, o modesto Posto da Prainha e o rudimentar laboratório, reduzidos que eram à prática de exames microscópicos diretos – passamos a um tipo de organização mais avançada e estendida a ponto de cobrir, embora indiretamente, toda a área do estado ³¹⁷”.

As reformas propostas por Pellon também incluíam uma política de contratação de novos quadros de funcionários qualificados que além de submeterem-se a uma rigorosa seleção passavam também por um longo treinamento.

A base do organograma planejado por Pellon foi a divisão distrital. As cidades e Municípios foram divididos em Distritos Sanitários, constituídos por áreas delimitadas, cujas atividades concentravam-se de forma hierarquizada, coordenadas por um órgão principal que era o Centro de Saúde. Este modelo de organização ancorava-se em três tipos de unidades: no topo da hierarquia, o Centro de Saúde, em seguida, os Postos e, finalmente, os Sub-Postos de Higiene.

O Estado foi dividido em cinco Distritos Sanitários. Na capital, o distrito sede da Diretoria do Centro de Saúde. No interior, o Estado foi dividido em quatro setores com sedes

³¹⁶ LEAL, Vinicius Barros. **História da Medicina no Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1978, pp 32-33.

³¹⁷ PELON, Amílcar Barca. Uma Revolução na Saúde Pública do Ceará. *Jornal O Nordeste*. Fortaleza, 30 de maio de 1933, p.1.

em Aracati (com cobertura para a região Jaguaribana), Juazeiro (para a região sul ou do Cariri), Quixadá (para o Sertão Central) e Sobral (para a região norte), cada uma com um Posto de Higiene fixo, além do restabelecimento dos postos itinerantes.

A capital contava com o Centro de Saúde que além de ser o núcleo de toda a estrutura, estava dotado de condições técnicas para auxiliar as outras unidades. O Centro também passou a dispor de um serviço de epidemiologia bem como um hospital para isolamento, criado em 1932 e também oferecia à população tratamento para as seguintes enfermidades: tuberculose, lepra, doenças contagiosas em geral, doenças venéreas, higiene infantil, pré-natal, pré-escolar, escolar, dentária, alimentar, trabalho além do serviço de visitantes sanitários³¹⁸.

A Diretoria também contava com serviço de estatística, epidemiologia, laboratório, farmácia e, anexo, o Serviço Especial da Malária. A profilaxia da febre amarela funcionava mediante acordo firmado entre o Governo Federal e a Fundação Rockefeller e os serviços de combate à peste – endêmica no Estado desde 1900 – estavam a cargo da Delegacia Federal de Saúde³¹⁹.

Os Centros de Saúde foram criados com o objetivo de reunir num mesmo local vários profissionais e métodos de combate às doenças. Destarte, a população passou a encontrar, em um mesmo espaço, todas as atividades antes divididas nos vários Dispensários que, inicialmente, eram instituições beneficentes e possuíam caráter meramente curativo. Tais instituições atendiam à demanda de uma determinada doença, geralmente um grave problema de saúde pública na época, como, por exemplo, tuberculose, doenças venéreas e lepra. O crescimento da demanda dos serviços oferecidos por essas instituições, passou a

³¹⁸ PELLON, Amílcar Barca. Relatório ao Interventor Carneiro de Mendonça. Fortaleza. Abril de 1933, pp. 7-8. Arquivos Capanema – CPDOC.

³¹⁹ UZÊDA, Virgílio de. Organização Sanitária do Estado do Ceará. Fortaleza, maio de 1938, pp.1-2 Arquivos Capanema CPDOC.

gerar sérios problemas econômicos e gerenciais para o seu funcionamento. Assim, entende-se que a resposta técnica para equacionar os problemas que os Dispensários não mais podiam resolver foi a criação dos Centros de Saúde. Em Relatório apresentado ao Presidente da República, Carneiro de Mendonça comemorava:

“Sendo Fortaleza, cidade de cerca de 120 mil habitantes, prestou-se admiravelmente esse novo sistema de divisão distrital de trabalho já levado avante com sucesso em outros pontos do país de modo a centralizar no mesmo edifício sob a direção administrativa local, todas as atividades sanitárias, embora orientada no ponto de vista técnico por especialistas reunidos em núcleo central, verdadeiro estado-mor da saúde pública”³²⁰.

O funcionamento dessa política de saúde foi garantido pelo Governo Federal e municípios, que criaram fundos específicos para a saúde pública³²¹. Os investimentos públicos possibilitaram a contratação de profissionais com elevado padrão técnico e capacidade administrativa. No entanto, segundo Dr. Híder Correia Lima³²², os recursos não eram bem distribuídos, pois a capital, que contava com 8,5% da população do Ceará, consumia 70% das verbas destinadas à saúde pública.

Deste modo, a segunda reforma na saúde pública do Ceará, iniciada em 1933, possibilitou uma maior organização e distribuição dos serviços sanitários e de saúde no Estado e pela primeira vez com uma agenda permanente contemplando o Interior. Embora se compreenda que os Distritos Sanitários não eram suficientes para suprir a demanda existente nos rincões mais distantes, não se pode deixar de reconhecer o quanto foi inovador o novo organograma projetado pela Reforma Pellon, uma vez que procurou levar em conta a localização dos Sub-Postos de Saúde em relação aos Distritos Sanitários situados em

³²⁰ Relatório do Interventor Carneiro de Mendonça ao Presidente da República Getúlio Vargas. Fortaleza, setembro de 1934, pp. 9-10. Arquivos Capanema CPDOC.

³²¹ Foi criada uma Caixa de Fundos para os serviços de assistência à saúde pública. Cada município contribuía com 5% de toda a receita arrecada a partir da reforma de 1933. Op. Cit. p.11.

³²² Híder Correia Lima, Diretor do Serviço de Oftalmologia do Centro de Saúde de Fortaleza no período em questão. BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 216.

municípios-chaves, tanto do ponto de vista da divisão espacial quanto da densidade demográfica.

Os resultados das ações de saúde planejadas via Reforma Pellon, só puderam aparecer dois ou três anos depois, já na gestão de Menezes Pimentel³²³, que fez amplo uso da agenda planejada no governo de Carneiro de Mendonça, estabelecendo apenas alguns pequenos ajustes em áreas que considerou prioritárias, como se poderá constatar oportunamente.

³²³ Carneiro de Mendonça foi destituído da função de Interventor em novembro de 1934. Seu sucessor, Felipe Moreira Lima ficou apenas oito meses no governo até a eleição de Menezes Pimentel. SOUZA, Simone. Op. Cit. p.369.

CAPITULO 2: A AMPLIAÇÃO DO DEBATE E DAS AÇÕES EM TORNO DA QUESTÃO DA LEpra NO BRASIL E NO CEARÁ

2.1 A Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra (1933)

Como já foi dito, o governo federal não dispunha de uma estratégia nacional de atuação para o combate à lepra. É sabido que diretrizes gerais eram traçadas nos Congressos Internacionais e que as resoluções, ali estabelecidas, funcionavam como um conjunto de normas a serem adotadas nos vários países, objetivando uniformizar minimamente a profilaxia e o tratamento da doença.

Durante toda a década de 1920, o espaço por excelência para o trato com a endemia era o leprosário e para garantir seu funcionamento, havia as várias associações e sociedades mantenedoras de leprosários por todo o país. A Sociedade de Assistência aos Lázaros de São Paulo propôs a reunião de todas essas sociedades em torno de uma Federação, cujo objetivo era organizar e propor diretrizes nacionais para o trato com o Mal de Hansen. Assim nasceu a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra (FALeDCL)³²⁴.

Nesse sentido, uma das primeiras ações estabelecidas pela FALeDCL, em termos nacionais, foi a realização da I Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra, na capital da República, entre 24 de setembro e 02 de outubro de 1933. O objetivo desse evento era discutir uma política nacional de combate à lepra, que era, até 1930, da competência de cada Estado.

³²⁴ A Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra foi idealizada por Alice de Toledo Ribas Tibiriçá, presidente da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra de São Paulo. CURI, Luciano Marcos. Op. Cit. p. 211.

Compareceram médicos representando quase todos os estados do país, além de institutos científicos nacionais e internacionais. Essa conferência, por sua dimensão, representou uma oportunidade ímpar para os profissionais da área de leprologia do país que, pela primeira vez, reunia-se com representantes do governo federal, na tentativa de estabelecer conjuntamente uma estratégia nacional de abordagem do problema.

Os temas debatidos foram variados e polêmicos. Entre eles: esterilização dos leprosos, proibição patrimonial, isolamento, separação compulsória dos filhos indenes, perda do poder pátrio, cunhagem de moeda específica para o uso dos leprosos, aposentadoria, padronização dos leprosários, expatriação estadual dos leprosos, novos censos da lepra e publicação de uma revista nacional de leprologia.

Entre as diversas proposições debatidas, havia aquelas já convertidas em prática: o isolamento e separação dos filhos indenes, que já ocorria na grande maioria dos estados brasileiros e moeda específica para a circulação nos leprosários, adotadas na Lazarópolis do Prata no Pará e no Leprosário Santa Teresa em Santa Catarina³²⁵.

No tocante à moeda específica para circulação nos leprosários como medida profilática, Souza Araújo assim explicava sua adoção e funcionamento na Lazarópolis do Prata:

“Instituí uma moeda convencional para uso dos doentes, a qual era lastrada pela Administração da Colônia que a permutava por moeda legal quando os doentes desejavam remeter qualquer soma às suas famílias. Com essa moeda é que a Administração pagava os vencimentos, gratificações ou prêmios aos enfermos que trabalhavam, recolhendo no cofre a moeda legal correspondente, como lastro³²⁶.”

³²⁵ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cezar. **Balço de 40 anos de atividades no combate à Lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Gráfica Milone Ltda, 1944, p 20/21. Arquivos Capanema. CPDOC.

³²⁶ SOUZA-ARAÚJO. Op. Cit. pp. 27-28.

O impedimento do convívio do filho *indene* com pai ou mãe *leprosos* ou ambos já era uma prática adotada desde o final da década de 1920. Inicialmente, os espaços criados para este fim eram chamados de *creches* e funcionavam como uma espécie de berçário, um apêndice dos leprosários. No entanto, para as creches eram levados apenas os recém-nascidos, o que significava que as crianças chegadas maiores aos leprosários lá ficavam com seus pais. Já na década de 1930, esses espaços foram ampliados para receber crianças maiores e somente em 1941 foi aprovado pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS), o *Regulamento dos Preventórios para filhos de Lázaros instalados no Brasil*, organizado conjuntamente pela Comissão Técnica³²⁷ e Diretoria da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros.

Os Preventórios eram destinados a acolher, manter, educar e instruir menores sadios, filhos e conviventes com doentes de *lepra*, desde que estes não tivessem parentes idôneos dispostos a assumir este encargo. Fundamental, para quem se dispusesse a “adotar” os filhos dos lázaros, era a faculdade de possuir recursos para educá-los e mantê-los sob a vigilância das autoridades sanitárias competentes. O inciso único do parágrafo primeiro do Regulamento para Preventórios dizia que os internados deviam permanecer no mínimo seis anos na instituição e os limites de idade para admissão era 15 anos para meninos e 18 para meninas. Os internos só deixavam os Preventórios mediante as seguintes condições: “falecimento, doença de *lepra*, limite de idade alcançado, vantajosa colocação ou casamento, contumaz indisciplina ou inveterados maus hábitos”³²⁸.

Durante principalmente a década de 1920, observou-se, por parte de vários setores da intelectualidade brasileira, em especial juristas e médicos, uma certa aproximação com os

³²⁷ A Comissão Técnica acima citada foi composta pelo Dr. Ernani Agrícola, Dr. Souza-Araújo, Dr. Manoel Ferreira e Eunice Weaver, Presidente da FSALeDCL

³²⁸ **Regulamento dos Preventórios para Filhos Sadios dos Lázaros instalados no Brasil**. Rio de Janeiro, março, 1941, p. 5. Arquivos Capanema CPDOC.

ideais da ciência eugênica, embora, segundo Nancy Leys Stepan³²⁹ nos estudos recentes, a eugenia americana tenha sido completamente ignorada pelos historiadores. Devido à conexão histórica entre a eugenia e os excessos nazistas e talvez devido à crença, segundo a qual a América Latina teria ficado relativamente isenta do racismo fortemente presente em outras partes do mundo, há uma tendência a negar que a eugenia tenha desempenhado um papel importante na história recente dessa região.

O Brasil teria sido o primeiro país a ter um movimento eugênico organizado na América Latina. A fundação da primeira sociedade eugênica brasileira data de 1918, apenas dez anos depois da sociedade britânica equivalente e seis anos após a francesa, sugerindo quão sintonizados estavam os cientistas brasileiros com as teorias científicas européias³³⁰.

Em 1917, Renato Ferraz Kehl reuniu um grupo de médicos em São Paulo para discutir a nova ciência eugênica de Sir Francis Galton, os exames pré-nupciais e a proposta de revisão da legislação matrimonial que permitia casamentos consanguíneos, aos quais a maioria dos médicos se opunha fundamentados na eugenia. Em seguida à reunião, Kehl enviou uma circular a médicos do Estado de São Paulo propondo a criação de uma nova sociedade científica e convidando seus colegas a participar.

A sociedade conseguiu reunir 140 membros da elite médica paulista e apenas 18 deles eram de fora do Estado. Entre os 18 não paulistas estavam Victor Delfino (fundador da eugenia na Argentina) e Carlos Henrique Paz Soldan (pioneiro da medicina social no Peru). Entre os membros mais destacados da sociedade estavam Vital Brazil, Arthur Neiva, Luís

³²⁹ STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil – 1917/1940 – In HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005, p 333/335.

³³⁰ Observou-se que ao longo da década de 1920 a eugenia esteve associada ao patriotismo e à reivindicação de um papel mais importante para o Brasil nos assuntos internacionais. Assim, a eugenia surgiu no Brasil como resposta a prementes questões nacionais às quais os brasileiros denominavam de questão social: a miséria e a falta de saúde da maioria da população brasileira, em grande parte negra e mulata. Deste modo, a eugenia brasileira associou-se à mobilização pela introdução de uma legislação de bem-estar social como forma de aprimorar o povo brasileiro.

Pereira Barreto, Antônio Austregésilo e Fernando Azevedo. A sociedade objetivava alertar os cientistas brasileiros para a necessidade do Brasil se aliar ao mundo avançado nos estudos da hereditariedade, da evolução, da influência do meio-ambiente, das condições econômicas, da legislação, dos costumes e dos hábitos sobre a raça brasileira³³¹.

Em virtude do seu clima tropical e de sua população “mestiça”, o Brasil representava tudo que os europeus consideravam disgênico e muitos entre a elite brasileira compartilhavam desse ponto de vista. À medida que o “credo eugênico” ganhava novos adeptos, a linguagem da eugenia incentivava as discussões científicas sobre saúde. O “aprimoramento humano” passou a ser discutido também em termos “eugênicos” e “disgênicos” e giravam em torno da higiene sexual, prevenção de doenças venéreas, taras e defeitos hereditários.

Foi nesse contexto que o debate sobre a esterilização dos leprosos veio à tona, na medida em que os adeptos da eugenia viam as doenças como uma ameaça à nacionalidade e ao progresso do país. Em meio a este embróglio, a problemática acerca da prole dos leprosos se colocava na medida em que muitos acreditavam que essas crianças já traziam em si uma “tara”, o que incentivava às idéias de esterilização. Segundo Souza-Araújo, Emílio Ribas, no Oitavo Congresso Médico realizado no Rio de Janeiro, em 1918, teria sido um dos primeiros a defender a separação das crianças recém-nascidas dos pais leprosos em creches como medida profilática (e eugênica), pois afirmava o médico que: “só se poderá dispensar a creche quando fosse permitido assexuar os leprosos pelos processos modernos e humanos³³².” Na impossibilidade de uma legislação que amparasse temas como esterilização dos leprosos, uma medida paliativa, como a aguerrida defesa das creches, foi a solução conciliadora. Em período

³³¹ KEHL, Renato Ferraz. **Lições de Eugenia**. Rio de Janeiro: Editora Brasil, 1935, p 231/232.

³³² Oitavo Congresso Médico Brasileiro. Rio de Janeiro: 12 a 18 de outubro de 1918. Citado por SOUZA-ARAÚJO. **A Luta contra a lepra no Brasil**. [s/d] Arquivos Capanema CPDOC.

anterior a 1920, os casamentos entre doentes de *lepra* eram desaconselhados pelas mesmas razões.

Como se pode observar, os simpatizantes do eugenismo no Brasil remontam á 1917 e a Conferência a que se faz referência ocorreu em 1933, o que permite inferir que os debates em torno da ciência eugênica continuaram ocorrendo por toda a década de 1920 e chegaram à década de 1930. A prova cabal do vigor da eugenia durante toda a década foi a realização do Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia em 1929, no Rio de Janeiro, como parte integrante das comemorações pelo centenário da fundação da Academia Nacional de Medicina, além do “Boletim de Eugenia” que começou a circular também em 1929. No entanto, a eugenia da década de 1930 é apontada como sobrevivente no Brasil, devido às características dos poderes instituídos no país naquele momento que, através do projeto de gerenciamento e controle dos grupos que representavam “problemas sociais” (como os doentes mentais, as prostitutas, os delinquentes juvenis bem como os leprosos) buscava, via ações de políticas sociais e de saúde pública, mantê-los sob controle³³³.

Outros temas como proibição patrimonial, o destino dos bens do leproso após o internamento e a perda do poder pátrio – que também não eram aplicados no Brasil – eram extremamente polêmicos, pois tais questões esbarravam numa série de empecilhos legais e constitucionais. Outro tema de difícil conciliação era o da expatriação estadual. Afinal, como impedir a circulação dos brasileiros dentro do seu próprio país? Como seria na prática a ação de expulsar alguém de um estado e mandá-lo de volta ao local de origem? Como seria feita essa “vigilância e controle”?

Ao final da Conferência, as conclusões apresentadas foram remetidas ao Governo Federal, em caráter de sugestão. Foram elas: realização de censos da lepra, imposto específico

³³³ STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil. In HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2005, pp. 375-376.

para o combate à lepra, padronização dos leprosários, cunhagem de moeda específica e privativa dos leprosários e instituição de carteira de saúde em âmbito nacional para os não leproso.

Como se pode averiguar, as conclusões do evento foram bem tímidas e conciliatórias, tanto em número quanto em teor, se compararmos com a variedade dos temas discutidos. Tal resultado mostrou claramente o quanto eram complexas as questões que envolviam o destino dos *leproso*s brasileiros. De qualquer modo, a partir de 1935, os princípios acima citados converteram-se em postura estatal, apoiada no tripé asilos/colônias/leprosários-dispensários-preventórios.

Em outubro de 1935, foi realizado em Fortaleza o I Congresso Médico Cearense, promovido pelo CMC. As transformações propostas no organograma da saúde pública a partir de 1933 e a necessidade de discutir o quadro endêmico do Estado contribuíram para a realização do evento que contou com o apoio incondicional do governador Menezes Pimentel:

“Sob o alto patrocínio do governo do estado recebeu do Exmo. Sr. Dr. Menezes Pimentel o maior incentivo e as mais robustas provas de acatamento que bem revelam o grau de cultura, o entusiasmo cívico e o alto espírito de administrador de que é dotado sua excelência, de par com a intenção patriótica de elevar o nome do Ceará.³³⁴”

Participaram do encontro 104 congressistas cearenses, além de representantes da maioria dos estados do “norte” do Brasil. Foram discutidos trinta temas que variavam de saneamento, polícia sanitária, vacinação, mortalidade infantil até as endemias rurais e a *lepra*. Além dos debates, fez parte da programação uma série de visitas aos principais serviços de saúde de Fortaleza à época: Casa de Saúde César Cals, Casa de Saúde São Lucas, Maternidade João Moreira, Instituto de Proteção à Infância, Abrigo Juvenil de Carvalho, Casa

³³⁴ Anais do I Congresso Médico Cearense. Ocorrido em Fortaleza, outubro de 1935, p.3. Arquivos Capanema. CPDOC.

de Saúde São Geraldo, Sanatório de Messejana, Instituto Pasteur, Centro de Saúde e Enfermaria da Força Pública.

Os temas discutidos refletem que questões despertavam mais interesse naquele momento em termos de saúde pública no Ceará. As supostas transformações propiciadas pela Reforma Pellon não foram apresentadas ou discutidas. Segundo Policarpo Barbosa³³⁵, as idéias sanitárias norte-americanas veiculadas no Ceará, principalmente pela Fundação Rockefeller, foram fundamentais para a formação do modelo de consciência sanitária que fortemente influenciou o pensamento da elite médica local³³⁶. Essa elite vai ser incondicionalmente apoiada pelo governo estadual que necessitava contar com a competência desses novos profissionais para aumentar seu raio de ação no âmbito da saúde pública

A variedade dos temas discutidos sugere que, aparentemente, nenhuma questão foi devidamente aprofundada. Os temas mais abordados foram o impaludismo e a mortalidade infantil, considerados na ocasião os problemas de saúde mais graves. O debate sobre a *lepra* ficou restrito a uma conferência proferida pelo Dr. Antônio Justa.

O que pôde-se concluir do Congresso é que, sua realização, foi fundamental para o fortalecimento das relações entre governo federal e estadual no quesito saúde pública, pois, segundo os congressistas, apesar de alguns avanços observados nessa área, o Ceará ainda carecia melhorar os seus mecanismos de assistência sanitária, principalmente no interior do Estado. A impressão que se tem é que o objetivo do evento foi pontuar as prioridades do governo Pimentel em relação à saúde no Ceará e principalmente para não deixar dúvidas quanto ao alinhamento do novo governo cearense ao governo federal.

É importante registrar neste período, as primeiras tentativas de aproximação da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra (FALeDCL)

³³⁵ BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 236.

³³⁶ PORTO, Walter. **Em Prol da Saúde Pública no Ceará.** *Ceará Médico*. Fortaleza. Setembro, 1934, p. 17.

da Sociedade Cearense de Assistência aos Leprosos. Até então, como se sabe, havia a Sociedade Mantenedora do Leprosário Antonio Diogo (SMLAD), entidade responsável pela manutenção da leprosaria desde a sua fundação, cuja função residia principalmente em receber os donativos oriundos dos trabalhos de filantropia destinados ao leprosário. Dr. Heráclides de Souza Araújo³³⁷ (que neste período inspecionava os serviços de lepra do Norte) em visita ao Ceará enfatizava que

“...para o Ceará por eficiência na sua campanha anti-lazarina deve organizar uma Sociedade de Assistência aos Lázarus nos moldes de São Paulo. Congratulando-me com essa federação acredito que o interesse agora despertado em nosso país pela cruzada humanitária e social anti-lazarina tem por origem a propaganda e o trabalho da federação.”³³⁸

Nesse sentido, quem tomou a frente na perspectiva de emprestar total apoio para formação da Sociedade Cearense de Assistência aos Leprosos – e de certo modo afastar a antiga Associação – foram o CMC e o jornal *O Povo*, que possibilitaram a necessária visibilidade ao processo de transição das atribuições da antiga associação para a nova sociedade, que, aliás, não consistia numa simples substituição de tarefas e responsabilidades.

Havia uma estratégia para a FSALeDCL propor a criação de Sociedades a ela filiadas nos estados brasileiros. A Presidente da Federação realizava uma visita à cidade escolhida, durante a qual coordenava palestras e encontros, nos quais fazia o grande apelo eugênico da “salvação da raça”³³⁹. Os convidados eram pessoas que ocupavam posições estratégicas nos locais visitados como a primeira dama do município, senhoras da sociedade,

³³⁷ Em 1933 o Dr. Heráclides de Souza-Araújo veio ao “Norte” do País – a serviço do MESP - a fim de verificar as condições epidemiológicas relativas à lepra.

³³⁸ SOUZA-ARAÚJO. Entrevista concedida ao Jornal *O Nordeste*, 9 de maio de 1933. p. 4.

*A imprensa cearense deu muito destaque em princípios de 1933 a uma campanha médica desenvolvida no nordeste por uma *missão médica* do DNSP cujo objetivo era “assistir no nordeste os flagelados da seca mormente aqueles empregados nos trabalhos da Inspetoria Federal de Obras Contra as Secas (IFOCS)”. Os acampamentos e abarracamentos onde instalavam-se os trabalhadores da IFOCS, espalhavam-se desordenadamente sob péssimas condições sanitárias. No Ceará, a referida comissão prestou serviço em cinco locais onde estavam sendo construídos açudes e enfatizou a grande dificuldade enfrentada para efetuar as vacinações³³⁸.

³³⁹ CURI, Luciano Marcos. Op. Cit. p. 231.

vigários, médicos, jornalistas e políticos. As sociedades constituíram um meio eficaz de arregimentação de colaboradores para o trabalho de angariar amparo financeiro para a “causa”.

A Sociedade Cearense Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra (SCALeDCL) foi instalada em 1937 e ocorreram inúmeras reuniões entre a Sociedade Mantenedora do Leprosário Antônio Diogo e a Pré-Comissão da SCDCL até a inauguração da filiada cearense. O que era discutido nessas reuniões não era divulgado pela imprensa que se limitava a publicar as datas e local dos encontros. No entanto, imagina-se que não deve ter sido simples essa transferência de responsabilidades e poderes em virtude da visibilidade que a questão da *lepra* proporcionava no Estado.

Uma vez formada, a Sociedade local funcionava sob orientação direta da Federação, convertendo-se num desdobramento da própria. Além de hierárquico e jurídico, havia o vínculo financeiro entre a FSALeDCL e suas associadas, uma vez que a mesma passava a administrar os recursos oriundos das subvenções federais bem como era responsável pelo repasse financeiro para as filiadas. Acredita-se que, em parte, em virtude da associada local poder contar com verba assegurada pelo governo federal e também no sentido de talvez renovar a condução da Sociedade que mantinha o leprosário há anos, foi escolhida uma nova diretoria, embora a antiga tenha permanecido prestando apoio à seção local da FSAL.

Para o combate à lepra, nos anos de 1932 e 1933 o auxílio do Estado chegou a 150 contos anuais. Em 1934, com uma contribuição maior dos municípios do interior, a dotação anual atingiu 180 contos de réis. Segundo Antônio Justa³⁴⁰, 180 contos de réis aliados à contribuição dos grupos filantrópicos e particulares seria suficiente para manter em torno de

³⁴⁰ JUSTA, Antonio. Op. Cit. pp. 8-9.

120 doentes (número de internos em 1930) e não o número superior a 200 internos isolados em Canafístula entre 1933 e 1934.

Conforme os dados do Dispensário Oswaldo Cruz entre os anos de 1934 e 1938 o número de internos da leprosaria quase triplicou e a endemia cada vez mais crescia no Estado como é possível avaliar:

Tabela 9. Casos de lepra no Ceará (1934-1938)

Anos	Novos casos confirmados de lepra
1934	95
1935	134
1936	146
1937	128
1938	130

Fonte: JUSTA, Antônio. **Apontamentos sobre a Profilaxia da Lepra no Ceará.** Rio de Janeiro: Arquivos Capanema. CPDOC, 1938. pp 2-5

Desse modo, entre 1934 e 1938, foram diagnosticados mais 633 novos casos de lepra no Ceará. Em 1938, a leprosaria abrigava 485 doentes. Um pequeno número de enfermos recebia tratamento em domicílio e uma outra pequena parcela realizava o acompanhamento médico no dispensário.. Assim, a cada ano, crescia também o número de internos da Colônia Antonio Diogo que, de 120 internos em 1930, saltou para 485 em 1938. Tal situação ameaçava o funcionamento da leprosaria.³⁴¹ Em virtude desse crescimento, as necessidades básicas do leprosário, como alimentação e remédios não eram supridas. O obituário atingia cifras alarmantes para a lógica da doença no Estado, sendo constatada até quarenta mortes por ano³⁴².

Em 1938, a administração estadual teria designado para os serviços de saúde 6,21% da sua receita que, em números redondos, significou 1.926:400\$000. Porém grande parte dessa quantia foi empregada num grave surto de malária ocorrido aquele ano, que dada a sua extensão ultrapassou em grande parte os recursos que lhe foram destinados. É bom

³⁴¹ JUSTA, Antonio. Op. Cit. pp. 7-10.

³⁴² Almanaque do Ceará: estatístico, administrativo, literário e comercial para o ano de 1938, p. 42

destacar também a criação de departamento próprio para a profilaxia e tratamento da lepra diretamente integrado ao Centro de Saúde da Capital que por definição, compreendia todas as atividades sanitárias do Estado. A maior crítica ao organograma da saúde referia-se aos Postos de Higiene no interior. Dizia-se que os mesmos padeciam de orientação, racionalização e uniformidade de organização, pois não havia uma agenda comum que os integrasse, apesar das tentativas de centralização dos serviços³⁴³.

2.2 O Plano de Combate à Lepra ou Plano de Construção de Leprosários?

Eleito pela Assembléia Constituinte para a Presidência da República em 16 de julho de 1934, Getúlio Vargas indicou Gustavo Capanema para o ministério da Educação e Saúde (MES). Ao iniciar sua gestão, Capanema propôs uma série de modificações nos serviços de saúde do país bem como nos serviços de profilaxia da lepra.

Ao iniciar sua gestão no MESP, Gustavo Capanema tinha clareza da necessidade de reorganizar os serviços de educação e saúde. Assim, deu início a uma reforma administrativa dos serviços federais de saúde tendo como base os ideais que orientavam a política Varguista, quais sejam, a formação de um novo homem e a necessidade de consolidar o Estado Nacional³⁴⁴. Ao que parece, o objetivo do Ministro era propiciar ao Ministério uma estrutura mais coordenada e uniformizada na perspectiva da centralização desejada pelo Governo Federal.

Em 1935, teria o Dr. João Barros Barreto - naquele momento à frente da Diretoria Nacional de Saúde Pública e Assistência Médico-Social – com a colaboração dos Drs. Ernani

³⁴³ Os Serviços de Saúde no Estado. Jornal *O Povo*. Fortaleza, 30 de agosto de 1938, p. 4.

³⁴⁴ HOCHMAN, Gilberto e FONSECA Cristina. In GOMES, Ângela de Castro (org). **Capanema: o Ministro e seu Ministério**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

Agrícola e Joaquim Mota, elaborado um Plano Nacional de Combate à Lepra (PNCL), que, apoiado por Capanema, mereceu a aprovação do presidente Getúlio Vargas.

O citado Plano buscava melhorar os serviços de combate à lepra, dando-lhes um formato mais coordenado e uniformizado, visando ampliar as possibilidades de centralização desses serviços no âmbito dos poderes federais. As informações iniciais contidas no Plano esclarecem que o mesmo visava atender, em primeiro lugar, o problema da construção de novos leprosários além de adequar às novas condições sanitárias os estabelecimentos já existentes.

Sem sombra de dúvida, a campanha contra a lepra no Brasil adquiriu maior visibilidade a partir da execução do Plano, elaborado em 1935, já sob a gestão de Gustavo Capanema no MES. O citado plano, que somente ficou conhecido a partir de 1937, objetivava promover pesquisas, um novo censo, além de racionalizar a construção de novas leprosas, adequando-as às condições brasileiras, bem como realizar obras e melhoramentos naquelas já em funcionamento. Acredita-se, que neste momento, o governo federal compreendeu a real dimensão que o combate à lepra poderia proporcionar-lhe em termos de visibilidade política e social.

Do PNCL o que apareceu em princípio, efetivamente, foi um amplo projeto para construção de novos leprosários e melhoramentos nos já existentes com verba específica para tais ações. Nesse sentido, o referido Plano propunha, em linhas gerais, as seguintes orientações: a construção por parte da União de Colônias Agrícolas em número suficiente para abrigar os enfermos de lepra, ampliação e melhoramentos dos leprosários já existentes não só no sentido do aumento do número de leitos, mas também na perspectiva de propiciar uma assistência de maior qualidade, internação de todos os doentes de lepra aberta (contagante) e também dos mutilados, mendigos, indigentes, embora não contagiantes.

As ações acima – objetivando ampliar o aparelho anti-leprótico - seriam desenvolvidas pelo Governo Federal, embora fosse obrigação dos estados medidas como a instalação dos Dispensários, cessão de terrenos para a construção dos novos leprosários, manutenção de metade dos doentes, além da adoção da legislação federal sobre o tema e subordinação técnica aos órgãos competentes da União.

O Plano Nacional de Combate à Lepra estabelecia ainda critérios para a escolha adequada do terreno para a construção da leprosaria (que preferencialmente deveria ser do tipo colônia agrícola). Esclarecia ainda que área escolhida deveria possuir no mínimo 250 hectares, ser distante da capital ou de um grande centro de 6 a 30 quilômetros e ser acessível por estrada de ferro ou de automóvel. Deveria ainda possuir clima saudável, facilidades para um bom e abundante abastecimento e esgotamento d'água, condições para instalação de luz elétrica e, principalmente, a colônia deveria possuir área suficiente para o cultivo agrícola, de modo a proporcionar trabalho aos doentes e baratear o custeio do estabelecimento³⁴⁵.

Os articuladores do Plano calculavam à época em 23.017 o número de leitos necessários para isolamento dos leprosos no país, pois, segundo as estimativas, havia apenas 8.675 enfermos isolados nos 24 leprosários. Estava prevista a construção de mais 18 instituições para doentes de *lepra* nos dois anos seguintes. A despesa total das construções foi avaliada naquele momento em 33.040:900\$000.

Nos três anos seguintes (1935, 1936, 1937) as verbas destinadas à construção, melhoramentos e manutenção dos leprosários foram consideravelmente ampliadas como pode-se observar abaixo, bem como mais estados foram beneficiados com as subvenções federais³⁴⁶.

³⁴⁵ Plano Nacional de Combate à Lepra. Rio de Janeiro, 1935, pp. 4-5.

³⁴⁶ Em 1936 já eram 15 os estados assistidos e em 1937 todos os estados, Distrito Federal e Acre recebiam algum tipo de auxílio para o combate e profilaxia da lepra. Plano Nacional de Combate à Lepra. Op. Cit. pp.8-9.

Tabela 10. Verbas para construção e ampliação de leprosários (1934-1937)

1934	2.045:000\$000
1935	1.685:000\$000
1936	4.631:6874550
1937	9.801:672\$100
Total	18.163:359\$650

Fonte: Plano Nacional de Combate à Lepra. Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1935, p.7.

É sabido que um orçamento financeiro é uma previsão que nem sempre é cumprida, seja por corte de verbas, avaliação incorreta dos gastos e/ou por despesas que não foram previstas no momento do planejamento, mas que, depois, se revelaram fundamentais. Nesse sentido, no caso em questão, a despesa foi maior que a quantia em disponibilidade como é possível observar, resultando no não cumprimento do planejamento estabelecido. Assim, os cálculos tiveram que ser refeitos:

Tabela 11. Verba para construção de novos leprosários

1936	4.583: 625\$250
1937	10:000:000\$000
1938	15.602:228\$000
1939	8.000:000\$000
Total	37.000:653\$250

Fonte: Plano Nacional de Combate à Lepra. Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1935, p.7.

Não se pode negar, com base nos dados acima apresentados, que os investimentos financeiros destinados às instituições anti-lepróticas realizados na década de 1930 foram consideráveis³⁴⁷. Percebe-se também que um planejamento foi efetuado pelo MESP e DNS no sentido de ampliar o número de estados contemplados com as subvenções: em maior ou menor grau a todos foram asseguradas verbas para melhoramentos nas condições físicas dos

³⁴⁷ Em dezembro de 1936 Barros Barreto, então diretor do DNS, reformulou o projeto inicial de Construção dos Leprosários. Levando em consideração as observações decorrentes do primeiro ano de execução do plano, readequou as despesas que restavam aos dois anos seguintes tendo em vista a situação dos estados e suas contribuições. CUNHA, Vivian de Sousa. Op. Cit. p. 96.

leprosários, bem como outros tantos foram construídos³⁴⁸. Destaca-se também o aumento significativo do número de Preventórios e Dispensários. Assim, no final da década de 1930, o problema do isolamento dos leprosos em linhas gerais era o seguinte:

“Estão funcionando 28 leprosários, sendo alguns pequenos asilos. O número de leprosos internados é 11.807. Terminadas as construções planejadas ficarão internados cerca de 24.000 leprosos”.³⁴⁹

Porém, tais medidas não significaram efetivamente combate à moléstia de Hansen, mas sim, ações que priorizavam o isolamento dos enfermos. A prova cabal de que o Plano priorizava o afastamento dos doentes do convívio social é o fato de que a fatia mais expressiva das verbas ia mesmo para construção e/ou melhoramentos dos leprosários brasileiros. Gustavo Capanema, em discurso proferido na inauguração da Colônia de Iguá no Estado do Rio de Janeiro garantia que:

“...estamos realizando metodicamente o Plano de Combate à Lepra. De ano para ano os esforços vão se tornando mais numerosos, mais extensos e mais enérgicos com resultados cada vez melhores. A partir de 1938 a atuação federal passou a abranger todo o território nacional e vemos com alegria que os pontos do plano vão sendo atingidos com exatidão.”³⁵⁰

Na prática, na década de 1930 o isolamento compulsório tomou um impulso apenas iniciado na década anterior e os poderes instituídos puderam – agora com a posse de

³⁴⁸ Observa-se que não é elucidada inicialmente pela documentação os critérios estabelecidos para a eleição deste ou daquele estado para a distribuição de maior ou menor verba para a construção e/ou ampliação de leprosários. Minas Gerais foi aquele estado que recebeu as maiores verbas do governo federal e que conseguiu desenvolver o maior aparelho anti-leprótico do país, representado por um maior número de leprosários e preventórios. As verbas que o Estado de Minas Gerais recebia de modo geral para o combate à lepra, ultrapassavam em grande escala as subvenções destinadas à capital federal e/ou a qualquer outro estado da federação. Para que se possa ter uma idéia da superioridade do estado mineiro em termos de subvenções federais a ele destinadas para a profilaxia da lepra, basta informar que em 1936 os recursos federais em termos financeiros para o combate à lepra foram da ordem de 4. 631:887\$5000. Somente o estado de Minas Gerais recebeu 1. 200:000\$000, restando 3.431:887\$500 para serem divididos entre 14 estados. Em 1937, com os 10 mil contos orçados para a profilaxia da lepra, foi possível ampliar a atuação federal nos estados. Foram auxiliados 19 estados e o Distrito Federal.

³⁴⁹ Ampliando o nosso Aparelho Anti-Leprótico. Ministério da Educação e Saúde. Serviço de Publicidade. Rio de Janeiro, Distrito Federal. 1939, pp.1-2. Arquivos Capanema CPDOC.

³⁵⁰ Discurso de Gustavo Capanema na inauguração do Leprosário de Iguá no estado do Rio de Janeiro em 1938. p. 1. Arquivos Capanema CPDOC.

recursos específicos - fazer uso da legislação imposta pelo regulamento sanitário de 1920, posto que não havia outra. Percebe-se efetivamente que a execução do Plano de Combate à Lepra estava por demais restrito ao item que rezava sobre a organização e distribuição das verbas concedidas aos estados para a construção de leprosários. Algum capital também era dispensado ao aparelhamento técnico dos dispensários bem como ao auxílio financeiro para a construção dos Preventórios, cujo funcionamento estava sob encargo da Federação de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra e suas filiadas nos estados³⁵¹. As subvenções direcionadas às instituições de combate à lepra (na sua grande maioria para os leprosários) são apontadas na documentação oficial como parte do “Plano de Combate à Lepra”.

“O Plano de Combate à Lepra, ora seguido pelo Ministério abrange as seguintes partes: a pesquisa, o censo, a legislação e a administração. Por pesquisa entendo o conjunto de todos os trabalhos que se realizam no sentido de estudar o problema do Mal de Hansen no país (...) o censo consiste no levantamento da estatística dos leproso (...), sem uma legislação rigorosa, tanto federal como estadual não é possível combater a lepra. Tal legislação deve constar de princípios gerais rigorosos obrigatórios para toda a nação. A administração significa o conjunto de serviços administrativos a ser postos em prática pelo poder público para o combate à doença”.³⁵²

Uma parte obscura do PNCL referia-se à pesquisa científica sobre a doença. Afinal havia no referido Plano um capítulo, uma proposta sequer dedicada a esta questão? É lamentável informar que não. Evidentemente o PNCL reforçava a necessidade da ampliação da pesquisa científica de combate à enfermidade, mas destaca que, neste sentido, o Brasil já contava com o Centro Internacional de Leprologia, inaugurado em 20 de abril de 1934³⁵³.

³⁵¹ Em 1939 já haviam 86 sociedades filiadas à Federação. O estado do Espírito Santo contava com o maior número de associações (19) e o Estado do Ceará era o quarto em número de associações filiadas à Federação (14). Relatório da Federação de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra para o Ministro Gustavo Capanema. Rio de Janeiro 06 de junho de 1939, pp. 4-5. Arquivos Capanema CPDOC.

³⁵² CAPANEMA, Gustavo. Reunião da Comissão de Saúde da Câmara Federal. Rio de Janeiro: 11 de março de 1937. p. 27. Arquivos Capanema CPDOC.

³⁵³ Quase um ano antes, em 23 de agosto de 1933, fundou-se em São Paulo a Sociedade de Paulista de Leprologia cuja função era realizar pesquisas no âmbito do combate à lepra. In SOUZA-ARAÚJO. **Balanço de 40 anos de Combate à Lepra no Brasil**. Rio de Janeiro, p. 26. Arquivos Capanema. CPDOC.

Os Centros Internacionais de Leprologia foram criados num contexto internacional de tentativas para resolver um problema, cujas dificuldades de solução desafiaram o esforço acumulado de cientistas e pesquisadores do mundo inteiro por décadas: a cura da *lepra*. Estas instituições consistiam num esforço da Liga das Nações em consórcio com vários países na tentativa de debelar o problema de forma mais ampla com a participação de vários países objetivando trocar informações, esclarecimentos e novas descobertas sobre a etiologia da doença.

No Brasil, a criação do Centro Internacional de Leprologia (CIL) ocorreu em virtude de um acordo firmado entre o Governo Brasileiro - que custearia a parte financeira com a colaboração do benemérito Guilherme Guinle – em associação com a Liga das Nações, cuja contribuição resumia-se à cessão do técnico em química chalmoo-grica, que realizava estudos sobre a ação de novos ácidos isolados do chalmoo-gra³⁵⁴. Deste modo, o CIL consistia num centro de estudos e pesquisas sobre a *lepra* cuja função era:

“esclarecer as questões que mais de perto importam para a prevenção e que se relacionem com as condições da infecção, a descoberta precoce dos casos e seu tratamento eficiente. No entanto, a avaliação das condições em que se opera a infecção por via do método estatístico e a epidemiologia indutiva, é praticamente tudo o que até agora podemos fazer para o estudo de uma doença como a lepra que ainda permanece fora da aplicação dedutiva, mais segura, dos elementos fornecidos pelo esclarecimento causal-genético da infecção.³⁵⁵

O primeiro Diretor do Centro foi Carlos Chagas, substituído em 1938 por Eduardo Rabelo, em virtude da morte do primeiro. O mesmo constava de quatro seções: etiopatogenia, imunologia, química e epidemiologia-terapêutica. A instituição, nos seus cinco anos de existência, realizou um inquérito epidemiológico na capital federal além de um estudo comparado das reações sorológicas mais conhecidas para o diagnóstico da lepra e da sífilis.

³⁵⁴ SOUZA-ARAÚJO. Op. Cit. p. 26.

³⁵⁵ Centro de Estudos e Pesquisa sobre a Lepra. Rio de Janeiro 1935, p. 2. Arquivos Capanema CPDOC.

Segundo Souza-Araújo, outro campo de atividade do Centro era a preparação de especialistas em Leprologia. A instituição qualificava – algo equivalente a uma especialização – médicos particularmente interessados em desenvolver atividades específicas de combate à lepra em vários pontos do território nacional. No Rio de Janeiro, a citada instituição realizou três desses cursos, respectivamente, nos anos de 1936, 1937 e 1938, tendo conferido certificados de habilitação a noventa médicos³⁵⁶.

No que concernia às atividades de pesquisa, o CIL realizava estudos sobre a lepra dos ratos com a cooperação do laboratório de leprologia do Instituto Oswaldo Cruz, procedia a estudos sobre a ação dos novos ácidos isolados da chalmoogra, fabricava alimentos chalmoogicos para pesquisas terapêuticas do Centro, pesquisava novos ácidos do óleo do chalmoogra brasileiro (sapucainha) além das pesquisas bacteriológicas e imunológicas ligadas à doença³⁵⁷. Para a manutenção do CIL de acordo com o decreto n. 24.385 de 12 de junho de 1934, a União investiu as seguintes importâncias:

Tabela 12. Verbas da União para o Centro Internacional de Leprologia

ANOS	QUANTIAS
1934	150.000,00
1935	175.650,00
1936	175.650,00
1937	175.650,00
1938	175.650,00
1939	79.043,00
TOTAL	931.645,00

Fonte: Resumo Histórico de Combate à Lepra no Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1944, p. 30

O Centro teve suas atividades encerradas em 1939 e apesar de aparentemente não ter “revolucionado” a pesquisa no combate à lepra no Brasil, sua contribuição operou-se

³⁵⁶ Em Minas Gerais, em 1934, foi também ministrado um Curso de Leprologia na Faculdade de Medicina em cooperação com a Diretoria de Saúde Pública. Resumo Histórico da Lepra no Brasil. Arquivos Capanema. CPDOC.

³⁵⁷ Resumo Histórico de Combate a Lepra no Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Gabinete do ministro. Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1936, pp. 36-37. Arquivos Capanema CPDOC.

dentro das condições científicas, técnicas e estruturais próprias daquele momento. Quando observa-se que as atividades de pesquisa giravam em torno dos derivados da chalmogra, entende-se que não haviam muitas alternativas terapêuticas além daquelas em período anterior à década de 1940.

Pode-se concluir que o governo federal na década de 1930 também investiu na ampliação do Censo dos leprosos. Segundo Capanema, o Censo realizado até 1935 havia fichado 30.747 leprosos em cinco estados do Brasil. Em 1937 o Censo ampliara sua atuação atingindo os estados do Pará, Ceará, Pernambuco, Bahia, Goiás, Mato Grosso e Rio Grande do Sul. No final da década, a estimativa era de 50.000 leprosos no país, cuja grande maioria concentrava-se em Minas Gerais (8.693 doentes), São Paulo (8.000) e Pará (4.000) até 1935³⁵⁸. No entanto, só é possível falar de um censo mais confiável a partir da década de 1940, principalmente pela maior abrangência dos estados pesquisados.

Na perspectiva do combate à *lepra*, o Ceará só passou a ser beneficiado com verba prevista em orçamento federal para o combate à doença, a partir de 1936 com a inserção do Estado no Plano Nacional para Construção de Leprosários (PNCL). Até então, a luta contra a endemia acontecia a partir dos recursos provenientes das campanhas promovidas pela igreja, jornal O Nordeste e várias associações filantrópicas também coordenadas por várias instituições católicas bem como os subsídios do governo estadual, que apesar de ampliados a partir de 1932/33, continuavam incertos³⁵⁹.

Assim, a partir da execução do PNCL, os estados, aptos a receber o auxílio federal para a construção de leprosários, deveriam adquirir o terreno e uma vez edificada a leprosaria, deveriam contribuir com metade das despesas calculadas para a manutenção dos enfermos e o mais importante: estes estados deveriam obrigatoriamente adotar a legislação

³⁵⁸ Resumo Histórico do Combate à Lepra no Brasil. Op. Cit. pp. 119-121.

³⁵⁹ JUSTA, Antônio. A Profilaxia da Lepra no Ceará. *Ceará Médico*. Fortaleza, dezembro de 1936, pp. 2-3.

federal para o combate à doença indubitavelmente através de consórcios estabelecidos com o governo federal.

Em relatório à Assembléia Legislativa o governador Francisco Menezes Pimentel avaliava que, apesar dos esforços dispensados pelo Dr. Antonio Justa e técnicos do Centro de Saúde do Estado, tanto no Dispensário Oswaldo Cruz quanto na Leprosaria Antonio Diogo, o problema da *lepra* no Ceará continuava sem solução satisfatória, pois:

“Há ainda em Fortaleza grande número de leprosos que promiscuamente perambulam pelas ruas da cidade ao desabrigo e sem assistência médica, mantidos apenas pela caridade pública. Como solução do problema da lepra no Ceará faz-se necessário a criação imediata de uma colônia sanatorial nas proximidades de Fortaleza para o isolamento dos doentes que ainda se possam entregar a uma pequena agricultura, ficando reservada a leprosaria Antonio Diogo para os inválidos”³⁶⁰.

Menezes Pimentel afirmou na ocasião que o Leprosário Antônio Diogo não era suficiente para suprir as demandas dos vários doentes de *lepra* do Ceará. Na sua opinião era necessária a construção de uma instituição que não fosse somente abrigo. Nesse sentido, o governo do Ceará já se achava em entendimento com as autoridades sanitárias federais com o intuito de arrecadar a importância de 500:000\$000 para a construção de um novo leprosário³⁶¹.

Pimentel à frente do governo do Estado e em perfeita sintonia com as propostas do Estado Novo, iniciou uma administração que apontava para três prioridades: a educação, a saúde e o saneamento. É impossível negar as tentativas de dinamizar os serviços de saúde previstos pela Reforma Pellon. A partir do discurso da organização sanitária moderna, o governador transformou o Centro de Saúde do Estado na principal instituição de coordenação e sistematização dos serviços de saúde pública do Ceará. Sob sua administração, foi reservada

³⁶⁰ Mensagem do governador do estado do Ceará, Francisco Menezes Pimentel à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza, 1936, p 68. Biblioteca Pública Estadual Menezes Pimentel.

³⁶¹ Op. Cit. p. 69.

uma atenção especial ao combate à Tuberculose, que somente durante o ano de 1935, registrou 11.609 suspeitos³⁶². Deste modo:

“As diretrizes da atual administração da saúde pública tem focalizado principalmente a criação e intensificação dos serviços de higiene rural, em amparo das populações sertanejas* Outra feição que tem tomado a Diretoria de Saúde Pública é a da intensificação do serviço de propaganda e educação sanitária, feita em palestras pela imprensa e pela rádio-difusão. Em Fortaleza, cuja população é 150.000 almas não será de grande exigência a divisão distrital requerida para as cidades com mais 200.000 habitantes, deste modo, o Centro de Saúde conta com doze seções (estatística e demografia, epidemiologia, policia sanitária, fiscalização dos gêneros alimentícios, tuberculose, doenças venéreas e sífilis, pré-natal, infantil, cozinha dietética, escolar e dentário) será suficiente. Como parte integrante dos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde estavam ainda o Dispensário Oswaldo Cruz e a Leprosaria Antônio Diogo³⁶³.

Porém, quando se compara os serviços apresentados pelo novo governador disponibilizados à população através do Centro de Saúde, é possível constatar que são praticamente os mesmos já previstos na Reforma Pellon. No entanto, o Dispensário Escolar foi ampliado nas suas funções, considerado pelos jornais “a menina dos olhos do governador”. Segundo o Almanaque do Ceará, havia em 1936 em torno de 8.000 crianças inscritas nos mais variados serviços oferecidos pelo órgão estadual que, entre outros, possibilitava prevenção e tratamento odontológico, oftalmológico, otorrinolaringológico, cardio-vascular, ósseo, linfático, pele e couro cabeludo³⁶⁴.

Para o trato com outras moléstias contagiosas (excetuando-se a lepra, tuberculose e doenças venéreas com seções próprias), teve início o funcionamento do Hospital de Isolamento. O movimento geral dessa instituição entre os anos de 1935 e 1936 apontaram inúmeros casos de alastrim, impaludismo, sarampo, febre tifóide e peste bubônica³⁶⁵. Se a

³⁶² Mensagem do Governador Francisco Menezes Pimentel à Assembléia Legislativa do Ceará. Fortaleza, 1935, pp 64-65. O Almanaque do Ceará para o ano de 1935, apresenta praticamente os mesmos dados com pequena variação, destacando apenas a marca de 32.275 registros de sífilis.

³⁶³ Op. Cit. pp 68-72.

³⁶⁴ Almanaque do Ceará: estatístico, administrativo, mercantil, industrial e literário para o ano de 1936. Op. Cit. p.38.

³⁶⁵ PIMENTEL, Francisco Menezes. Op. Cit. pp 72-73.

ampliação dos serviços de saúde no interior ocorreram, não foi possível avaliar posto que a gestão Carneiro de Mendonça apenas tornou público o projeto da Reforma e não disponibilizou resultados da mesma (até porque não houve tempo para tal com a destituição do mesmo, pouco depois). O que se percebe é que a estrutura permaneceu a mesma – pautada na divisão do Estado em quatro distritos sanitários - cada um com um posto permanente (dirigido por médicos) e uma média de três postos itinerantes (entregues a guardas sanitários auxiliares).

Do mesmo modo previsto pela Reforma Pellon, os Postos no interior eram providos de duas visitadoras sanitárias e os serviços que realizavam eram principalmente de higiene pré-natal, infantil e escolar, prioridade da gestão Pimentel. Aos sub-postos itinerantes cabiam o combate às endemias e aos surtos epidêmicos conforme fossem aparecendo. Vale destacar que os anos de 1935 e 1936 foram marcados por novos surtos de malária e peste no interior que obrigaram o governador a ampliar os serviços oferecidos pelos sub-postos³⁶⁶.

Desse modo, não se percebe grandes inovações no âmbito da saúde pública na perspectiva da agenda do novo governo, se comparado à agenda Pellon. Em relação à luta contra a *lepra*, o Estado do Ceará foi inserido no Plano de Combate à Lepra de 1935, como já foi dito, cujo planejamento previa para quatro anos a diminuição do problema do isolamento dos leprosos nas instituições adequadas em todo o país até 1939. Nesse sentido, é muito claro que o PNCL ficou realmente muito restrito à agenda de construção e ampliação de colônias, leprosários e preventórios. Ou em outras palavras, as ações dos governos federal e estadual objetivavam mais que qualquer coisa o isolamento dos doentes, embora não se possa negar, neste momento, com um maior conforto do ponto de vista das instalações físicas.

³⁶⁶ Relatório apresentado pelo Dr. Leorne Herbster Menescal, Diretor da Saúde Pública no Ceará ao Governador Menezes Pimentel. Fortaleza, 1936, pp. 12-13. Arquivos Capanema CPDOC.

Mesmo já em meados dos anos 1930 e apesar das reformas, o Ceará parecia pouco avançar no combate à enfermidade. Acredita-se que, apesar do isolamento compulsório ter sido cogitado nesse Estado desde o princípio dos anos 1920 e ter efetivamente iniciado em 1928, quando se examina já na década seguinte o número de casos de *lepra* confirmados, verifica-se o crescimento do número de doentes. O discurso médico e oficial defendia o isolamento como única forma de evitar o contágio e o conseqüente aumento do número de enfermos, porém não era o que se verificava. As estatísticas da doença mostravam a curva ascendente da *moléstia* a cada ano.

Pode-se sempre recordar que, a partir de 1930 e durante todo o período Vargas, *lepra* vai ser colocada numa posição de destaque pela imprensa e pelos próprios órgãos oficiais, o que vai proporcionar uma maior visibilidade da doença, dos doentes e das ações governamentais em torno do combate à enfermidade. Nesse sentido, é possível que as pessoas acometidas pela doença se sentissem mais seguras para procurar o tratamento e desse modo pudessem ampliar os números apresentados pelo governo (até para justificar os investimentos do PNCL). Por outro lado, deveria neste momento ser mais fácil o processo de notificação, manter uma vigilância mais efetiva sobre os casos suspeitos, proceder com mais segurança na profilaxia da doença. Todos esses fatores conjugados aliados à propaganda das medidas encetadas pelo governo federal no combate à doença, não tornam surpreendente a constatação oficial do aumento do número de casos.

A existência de um Plano Nacional de combate à doença, orquestrado pela União e as próprias estruturas gigantescas das novas colônias descortinavam literalmente aos olhos da população o montante do “esforço financeiro” empregado na batalha contra a *morféia*. Por outro lado – apesar da segregação – o bem-estar do *leproso* era prioridade no discurso oficial e as condições físicas das novas Colônias atestavam tais cuidados.

Um dado, no entanto, é perceptível em relação ao combate à *lepra* no Ceará. Quando se toma o número estimado de doentes e compara-os com o número de internos na Leprosaria Antônio Diogo, tem-se a impressão de que, afinal de contas, o internamento compulsório não foi uma prática rigorosa no Estado. É o que se pode especular com base no quadro abaixo:

Tabela 13. Números da Lepra no Ceará (1936-1938)

Anos	1936	1937	1938
Casos Confirmados	789	866	896
Na leprosaria	273	278	277
Fora da leprosaria	516	588	619

Fonte: JUSTA, Antônio. **Balço da situação da Lepra no Ceará (1935/1938)**. Revista Ceará Médico. Maio de 1938, p 27/28.

Não obstante o fato da leprosaria não poder receber todos os doentes identificados pelo Dispensário, observa-se que esses doentes não isolados representavam em média 60% dos casos. Como esses eram dados oficiais disponibilizados pelo órgão encarregado de identificar e notificar os enfermos, só é possível chegar a duas hipóteses: ou havia uma grande parcela de *leprosos* tratados em domicílio ou havia um número considerável de doentes sem tratamento algum, com o conhecimento das autoridades. Ou as duas coisas.

Uma grande parcela de enfermos tratados em domicílio era pouco provável. O Relatório do ano de 1936, de Francisco Menezes Pimentel mencionava apenas 09 doentes assistidos em domicílio pelo Dispensário Oswaldo Cruz. O mesmo relatório citava 63 *leprosos* que recebiam medicamentos para serem ministrados em casa e somente 62 diretamente assistidos pelo Dispensário³⁶⁷. Somando-se os 273 internos no leprosário, mais 9 assistidos em domicílio, mais 62 em tratamento no leprosário e mais 63, que pelo menos recebiam medicamentos, chega-se ao número de 407 leprosos que recebiam o tratamento

³⁶⁷ MENEZES, Pimentel. Op. Cit. pp. 70-71.

possível. Como foram confirmados no ano em questão 789 casos da doença, sobraram 382 doentes aparentemente sem acompanhamento clínico, ou seja, quase metade dos doentes identificados não eram tratados.

Mais grave ainda é concluir que os números acima colocados (789 casos) não podiam representar o número de *leprosos* no Ceará. Muitos ainda deveriam esconder sua condição de doente das autoridades sanitárias por não aceitarem a idéia da segregação. Estes, portanto, não entravam nas estatísticas dos órgãos de saúde. Por outro lado, as características da doença cujos sintomas muitas vezes demoravam a se manifestar, também representavam sérias dificuldades para sua identificação.

Porém, entre 1936 e 1939 foi destinado ao Estado do Ceará, através do orçamento do Plano de Construção de Leprosários de 1935, uma verba de 280:000\$000 no espaço dos quatro anos citados³⁶⁸. No entanto, segundo o MES, a edificação do novo leprosário do Ceará mais a concessão de subvenções para o Leprosário Antonio Diogo resultaram num investimento maior que o previsto, como se pode observar:

Tabela 14. Distribuição de verba para leprosários pela União (1936-1939)

Anos	Verba (obra+inst.)	Novo Leprosário	Leprosário A Diogo
1936	280:000\$000	280:000\$000	-----
1937	388:400\$000	370:000\$000	1: 288\$000
1938	537:000\$000	537:000\$000	1. 449\$000
1939	718:000\$000	718:000\$000	322\$000

Fonte: Ministério da Educação e Saúde. Plano de Combate à Lepra de 1941. Resumo da Proposta de Distribuição da Verba Orçamentária para Construção de Leprosários. Arquivos Capanema. Rio de Janeiro: 1941, p 8/9 CPDOC-FGV.

Assim, a inserção do Ceará no Plano de Combate à Lepra do Governo Federal representou, indubitavelmente, verbas para a construção do segundo Leprosário do Ceará. Aliás, Colônia para *leprosos*. Os recursos enviados pela União, entre 1936 e 1939, para a luta

³⁶⁸ Plano de Combate à Lepra. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 19341, pp. 89. Arquivos Capanema. CPDOC.

contra morféia no Estado, foram abundantemente utilizados na edificação da nova Colônia Modelo do Ceará. Entre os anos de 1940, 1941 e 1942, foram concedidos pela União somente para investimento na nova Colônia o equivalente à 610:000\$000 para a conclusão das obras e instalação. Excetuando-se essa questão, segundo o Dr. Antônio Justa, os avanços efetivamente observados no trato com a *lepra* no Ceará após o PNCL, facilitaram os meios de transporte do médico à leprosaria (suspensos desde 1932) e à contratação de um guarda sanitário para serviço externo do Dispensário Oswaldo Cruz ³⁶⁹.

O que ocorreu no Ceará, em relação ao repasse das verbas oriundas do PNCL, não foi diferente ao que aconteceu em todo o país. Esses recursos eram mesmo para a construção de novas colônias, amplas, com certo conforto e atinentes com os preceitos mais modernos da leprologia. Os antigos leprosários, com sua estrutura de abrigo para *leprosos* na sua maioria, não mais atendiam os pré-requisitos básicos exigidos pelos padrões internacionais de combate à doença. Ao criticar a utilização das verbas federais, Dr. Justa também não se reportou ao Decreto Estadual n.70, de 11 de março de 1936, que reservou um crédito especial de 55:262\$000 especificamente para a compra de medicamentos ao Leprosário e ao Asilo de Alienados³⁷⁰. Porém, insatisfeito com as reais condições do combate à *lepra* no Ceará, desabafava:

“Podemos concluir que no decurso destes últimos anos a profilaxia da lepra no Ceará não regrediu, mas muito lhe falta para ser taxada como serviço regular, mesmo dentro dos mais modestos moldes.”³⁷¹

³⁶⁹ JUSTA, Antônio. O Novo Leprosário do Ceará. *Revista Ceará Médico*. Fortaleza. Janeiro de 1939, pp. 12-13.

³⁷⁰ Almanaque do Ceará: estatístico, administrativo, mercantil, industrial e literário para o ano de 1943, pp. 109-111.

³⁷¹ JUSTA, Antônio. A Lepra no Ceará. *Revista Ceará Médico*. Fortaleza. Janeiro de 1937, pp. 18-19.

Assim, no Ceará, o novo leprosário começou a ser planejado por volta de 1935/36. No entanto, ainda em 1936, um episódio sem precedentes no Estado traria à tona a verdadeira situação em que se encontravam os internos do Leprosário Antônio Diogo.

2.3 Rebelião no Leprosário Antônio Diogo

Pode-se afirmar, sem embargo, que as atividades oficiais relacionadas ao combate à *lepra* no Ceará, de modo geral, careceram de constância, sistematização e coordenação. Para ilustrar tal afirmação, pode-se tomar como exemplo as tentativas infrutíferas de levantar o censo dos leprosos neste Estado. Pôde-se verificar que um censo incipiente foi iniciado pela Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas ainda nos anos de 1920, com o apoio do extinto SSR. Posteriormente, o governo provisório realizou, durante dois anos, mais um levantamento que ficou incompleto. No Estado Novo, por mais dois anos, mais um levantamento teve início e mais uma vez não foi concluído. Somente em 1945, já sob a coordenação do Serviço Nacional da Lepra um censo mais completo foi realizado. Especificamente no Ceará, entre 1932 e 1934 houve um colapso no serviço de recenseamento dos *lázarus*, ficando o mesmo (serviço) restrito a algumas pesquisas microscópicas no Laboratório da Diretoria de Saúde Pública sem que se organizassem as fichas dos pacientes³⁷².

Apesar das ações de saúde planejadas a partir da Reforma de 1933, o ano de 1934 é marcado por um grande número de campanhas em prol do leprosário, obtendo grande destaque na imprensa local as ações do CMC para a manutenção da referida instituição. As *Kermesses* no Parque da Independência, as *matinés* em consórcio com a empresa Severiano Ribeiro, almoços e jantares beneficentes, entre outras. Em pleno mês de junho, as diversas entidades caritativas e de classe, sob coordenação do CMC, já organizavam as campanhas

³⁷² Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, abril de 1934, p. 16.

para o natal dos internos da Canafístula. Também neste ano não são publicadas nos periódicos locais, qualquer tipo de notícias sobre possíveis dificuldades enfrentadas pelo leprosário que fossem causadas, por ausência de repasse de verbas e/ou subvenções estaduais ou federais o que a magnitude das campanhas realizadas parecia negar.

Em maio de 1934, em artigo publicado pela revista *Ceará Médico* o Dr. Antônio Justa alertava:

“Preliminarmente devemos lembrar que a leprosaria Antônio Diogo, até agora no Ceará é a única instituição social e clínica realizada a fim de solucionar o problema da lepra no estado, moléstia que vai tomando vulto impressionante, não só na capital como nos municípios.
A leprosaria Antônio Diogo sendo uma conquista de iniciativa particular já é uma grande realização apesar da pobreza e da penúria os quais tendem a se eternizar para prejuízo no ambiente e na saúde dos internados.
Falta à leprosaria, antes de tudo, o equilíbrio de receita e despesa garantido por um licenciamento certo e fixo proporcional à população internada. Exige ainda solução pronta e eficiente os problemas do abastecimento da água e iluminação elétrica.”³⁷³

No citado período, a voz solitária do Dr. Justa era a única que se fazia ouvir a favor do leprosário, quando a questão era cobrar responsabilidades financeiras dos gestores estaduais ou federais. Embora de modo indireto, através dos seus artigos na revista *Ceará Médico*, ele procurava esclarecer à população o quanto a Colônia dependia do óbulo da sociedade cearense para sobreviver:

“Com a presente publicação dá-se conta à generosa população do Ceará, do emprego dos recursos angariados pelo CMC que atendeu presuroso ao brado de solidariedade humana, levantado pelas vozes persuasivas em uma das sessões daquela agremiação. Graças às campanhas feitas pelos nossos jornais, aos diversos consórcios do CMC, aliados à graça e a gentileza de bondosas senhorinhas a ao apoio de respeitáveis senhoras de nossa sociedade, o Centro Médico conseguiu apurar quantia superior a três dezenas de contos de réis, que muito virão concorrer para a aquisição de obras, que assas aliviariam a situação de desconforto da leprosaria”³⁷⁴

³⁷³ Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, maio de 1934, p. 14.

³⁷⁴ Revista *Ceará Médico*. Fortaleza, setembro de 1934, p. 15.

Pelo fragmento acima, percebe-se que o médico não faz nenhum tipo de crítica direta ao Estado ou à União, mas claramente agradece a quem generosamente continuava contribuindo para o funcionamento do leprosário, o que sugere a ausência do repasse oficial. Por outro lado, Dr. Justa não deixava de enaltecer a ação do CMC na organização e condução de mais uma campanha vitoriosa em favor da colônia.

Porém, dois anos depois, em 1936, os internos da Colônia Antônio Diogo protagonizaram uma revolta interna. A citada rebelião aparece de forma muito parcimoniosa na imprensa e, além da mesma, apenas o Boletim da Colônia cita-a rapidamente por ocasião dos seus 25 anos de funcionamento. Além dessas duas referências, o próprio Dr. Antônio Justa aborda-a numa de suas crônicas pela revista *Ceará Médico*. Começemos pela imprensa:

“O Ceará possui o *Leprosário Antônio Diogo* confiado à direção das bondosas Irmãs Franciscanas, que abnegadamente se dedicam aos serviços dos pobres lázaros.

Há ali o melhor tratamento que é possível, dentro das condições do meio dispensados aos recolhidos. Entretanto, por motivo da própria irritação de temperamento dos atacados por essa terrível moléstia, existe uma animosidade dos asilados para com a administração do estabelecimento.

Desejam a mudança da ordem interna da casa, o que é em todo ponto, inadmissível. Em sinal de protesto, alguns dos mais exaltados, promoveram, há pouco, uma agitação de conseqüências danosas para a disciplina daquele instituto. Irados, quebraram a louça e assumiram atitude de franca insubordinação, logo reprimida pelo concurso de elementos estranhos.

Em face do sucedido, foi chamado ali o ilustre médico Dr. Antônio Justa, companheiro de Monsenhor Tabosa, na cruzada da caridade em favor dos pobrezinhos. Combinou com a superiora as medidas que se impunham para a perfeita regularidade das coisas.

O distinto e humanitário facultativo é sobremodo conhecido entre nós pelo seu espírito de solicitude para com os tristes doentes internados naquela gafaria. Tem sempre tomado a sua defesa, dando um exemplo deveras edificante de interesse vivo e infatigável pela sorte daquela empresa, que em grande parte deve a sua existência aos esforços do valoroso cientista conterrâneo.”³⁷⁵

A matéria acima publicada nos permite inferir que, à primeira vista, os internos não estavam satisfeitos com a disciplina da casa e desejavam mudá-la. E pareciam particularmente descontentes com as religiosas que coordenavam o leprocômio:

³⁷⁵ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 10 de junho de 1936, p. 2.

“Antônio Diogo, 29 de maio de 1936.

Exmo e Revmo. Sr. Arcebispo D. Manoel da Silva Gomes.

Louvado seja N.S. Jesus Cristo.

Nós os abaixo assinados, reclusos na Leprosaria Antônio Diogo, vimos pelo presente encarecer mui humildemente de V. Redma, a substituição das religiosas, que compõem a diretoria deste asilos pelos motivos que passamos a expor:

Nesta Colônia não temos um Regime Interno que oriente o enfermo dos seus deveres, nem das obrigações da Diretoria para com ele, vivemos num regime de absolutismo e as religiosas excedem-se nos seus rigores. Quase diariamente voltam dezenas de doentes sem terem logrado receberem a magra ração que lhes dão como almoço. Imaginais V. Revdma, essas sombras errantes, depauperados e famintos – desilusos trapos escarnecidos.

É pois o estado atual de fomento a revolta e a anarquia interna, sendo-nos ainda doloroso dar conhecimento a V.Revdma de que há ordens terminantes de prender o faminto que no seu desespero na dor ingente dessa miséria, se rebelde: açula-se o forte contra o fraco no mais doloroso dos contrastes com que o pregou o Divino Mestre.

É pelo exposto que vimos pedir a V. Revdma a substituição das religiosas capuchinhas, cuja impopularidade em nosso meio damos testemunho. Assumindo a inteira responsabilidade de quanto nesta se contém, apelamos para o espírito da justiça de V. Revdma. e subscrevemo-nos respeitosamente.”³⁷⁶

O documento acima transcrito foi parte de um relatório do Dr. Antônio Justa ao Diretor de Saúde Pública do Ceará, quase um ano após o ocorrido. No mesmo, o médico faz um apanhado da situação da saúde pública em Fortaleza, analisando a atuação, principalmente, do Dispensário Osvaldo Cruz. Como não poderia deixar de ser, Justa abordou também a situação do Leprosário Antônio Diogo, sendo naquele momento, compelido a tocar no problema da “rebelião” da leprosaria. No citado relatório, a questão é assim exposta pelo médico:

“Em 06 do referido mês, cerca das treze horas, recebemos o seguinte aflitivo telegrama de Madre Thecla Maria, superiora da Leprosaria Antonio Diogo:..... Leprosos Revoltados resistência polícia peço força urgente”³⁷⁷

Dr. Justa iniciou o supracitado documento expondo o telegrama que a Madre Superiora da Colônia Antônio Diogo enviara a ele, aflita com a situação do leprosário e com

³⁷⁶ Relatório do Dr. Antônio Justa ao Diretor de Saúde Pública do Ceará, Dr. João Otávio Lobo. *Revista Ceará Médico*. Fortaleza, julho de 1937, p. 32.

³⁷⁷ *Revista Ceará Médico*. Op. Cit. pp.30-31.

os rumos que os acontecimentos tomavam em Canafistula. Eis abaixo o posicionamento do médico:

“Logo nos dirigimos ao Exmo. Chefe de Polícia a quem mostramos o aflito pedido de socorro e cerca das 15 horas acompanhado do Sargento Antonio Cosme do Nascimento, bastante para orientar o destacamento de soldados existente em Antônio Diogo, partimos para aquela localidade no automóvel do Exmo. Sr. Secretário do Interior.

Chegados às 18 horas, fomos informados que no dia anterior os lázaros haviam feito grande assoada no refeitório revirando os bancos e entornando os depósitos de alimentos, tendo até ameaçado invadir o prédio da administração.

Pedindo auxílio à polícia, a Superiora tentou reprimir a insubordinação, detendo os cabeças do motim no xadrez da Leprosaria, mas a maioria dos doentes declarou-se solidária com os companheiros e os soldados ficaram inertes”³⁷⁸

Tanto a carta dos internos de Antonio Diogo quanto o relato do Dr. Justa nos permitem fazer algumas considerações. A partir da análise do momento em que antecede a rebelião, percebe-se que os anos de 1935/36 foram particularmente difíceis para a Colônia. As doações rareavam, os apelos eram constantes por auxílio, inclusive de alimentos e principalmente remédios, levando até o afastamento de Antonio Justa do Leprosário. Por outro lado, não se desconhece o forte esquema de disciplina adotado nestas instituições, possuidoras de regras muito rígidas de convivência. Sabe-se que os pacientes eram submetidos a uma rotina dolorosa de tratamentos, cujo resultado era pouco positivo. Longe dos familiares, isolados de tudo, não é absurdo dizer que, de certo modo, era previsível, dada a situação de penúria da Colônia, um movimento de insatisfação generalizada, como o que parece ter ocorrido em Antonio Diogo.

A carta dos internos não é, infelizmente, muito esclarecedora e também não é possível saber se foi publicada na íntegra. No entanto, o descontentamento com as medidas disciplinares é claro no documento dos asilados. Questões referentes à dieta alimentar

³⁷⁸ JUSTA, Antonio. Op. Cit. p. 30-31.

pareciam também fazer parte do rol de problemas que gestou a “revolta”. No tocante a este fato, publicou *O Nordeste* uma nota de esclarecimento do Dr. Antônio Justa:

“O depoimento do Dr. Antônio Justa em relação ao caso, esclarece suficientemente a opinião coletiva: não há fome no leprosário. Os enfermos não são maltratados. Nem era crível que o fosse, estando à frente daquele isolamento, pessoas de absoluta confiança, quais as dignas religiosas ali colocadas por S. Exc o Sr. Arcebispo Metropolitano. Os rebeldes sofrem o choque nervoso ocasionado pelo Mal de Hansen e se obstinam em não querer se submeter à razão. Foram por isso de lá afastados.”³⁷⁹

A documentação sugere que pensar e aplicar a disciplina era tarefa das religiosas que administravam o leprosário, auxiliadas por um contingente policial de serviço nas instalações da colônia, o qual, inclusive, se mostrou incapaz para deter a rebelião.

A crise parece ter sido de proporções graves. Uma pista da gravidade da questão é o fato de Justa ter sido chamado para “pôr ordem na casa” e, dias depois, ter ele procurado pessoalmente a imprensa para “esclarecer os fatos”, o que sugere o nível da repercussão dos acontecimentos em Antônio Diogo. As explicações do médico à imprensa e o seu papel na resolução da crise apresentadas à imprensa nos termos abaixo:

“...penetrando no recinto dos doentes passamos a fazer um interrogatório, verificando que entre os 250 reclusos, somente 15 se confessaram infensos à Administração das Irmãs Capuchinhas. Então, deliberamos a nosso ver, tomar a medida mais consentânea. Reunimos os descontentes, propus-lhes ficar detidos nas próprias residências, acatando as determinações da Superiora ou deixarem imediatamente a Leprosaria, pois que não estavam satisfeitos. Dois enfermos aceitaram a punição recolhendo-se as próprias residências, mais treze, menos avisados, deixaram a Leprosaria, encaminhando-se para Fortaleza, cerca das 20 horas. Dos efeitos dessa triste jornada, diz com eloquência o epílogo da rebelião: 15 dias não eram decorridos e todos os descontentes haviam, regressado submissos à penalidade de reclusão temporária imposta anteriormente. Isto porque na Leprosaria não existe a mingua de alimentos aleivosamente apontada na carta ao Sr. Arcebispo e porque tudo fazem as irmãs para atenuarem o mal estar redundante da desproporção de meios, com o crescente aumento de asilados. Assim, nada mais ocorreu de anormal e voltou a reinar a paz costumeira.”³⁸⁰

³⁷⁹ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 10 de junho de 1936, p.2.

³⁸⁰ JUSTA, Antonio. Op. Cit. p. 1.

Após os devidos esclarecimentos do Dr. Antônio Justa, o silêncio estabeleceu-se em torno da questão, só vindo a ser rompido, ao que parece, quando da publicação do Boletim Comemorativo dos 25 anos da Colônia e nos termos em que já foi colocado. As pequenas referências feitas aos acontecimentos de 06 de junho em Antônio Diogo, qualificaram como uma questão de indisciplina dos internos o que parecia ser uma série de reivindicações justas. Por outro lado, era mais “caridoso” creditar à enfermidade o comportamento “rebelde” dos doentes. E também menos comprometedor para os gestores da Instituição.

Retomando Foucault³⁸¹, não pode-se esquecer que a questão disciplinar vai além do cumprimento ou não das normas de convivência estabelecidas no leprosário. A introdução e manutenção de mecanismos disciplinares num espaço complexo como o dos leprosários (visto como um modelo hospitalar) é que vai possibilitar sua medicalização, pois esta disciplina, vista sob um ângulo mais agudo, torna-se médica. Ou em outras palavras, se as religiosas aplicavam normas disciplinares, o poder disciplinar era, na verdade, confiado ao médico, já que o que impossibilitava o livre trânsito do interno era a doença. Isto pode ser confirmado, em parte, pelo fato de o Dr. Justa ter sido chamado para conter a rebelião.

De todo modo, a disciplina imposta e aceita não significa a postulação de uma ausência de resistência por parte daqueles que a ela se submetem, pois o poder também permite espaços para a recusa de seu exercício pleno, vide o caso da revolta no leprosário Antonio Diogo.

Apesar do pleno reconhecimento à “grande obra humanitária” que foi a construção e o posterior funcionamento da Leprosaria Antônio Diogo, a rebelião, as fugas e as dificuldades de toda ordem, sempre de domínio público, fizeram com que algumas dúvidas fossem levantadas sobre as reais condições de funcionamento do leprosário, reforçando a

³⁸¹ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: historia da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987, p. 158.

necessidade de edificação de uma nova colônia-hospital, que atendesse às exigências da moderna leprologia.

Em 28 de setembro de 1937, o Jornal *O Estado* publicou uma entrevista com o Dr. Thomas Pompeu Rossas³⁸², em visita ao Ceará. Ao analisar a situação leprótica no país, declarou o médico:

“A endemia leprosa estende-se por todo o país constituindo grave problema sanitário, mas com um índice de incidência variável, que permite agrupar os Estados em foco de maior ou menor intensidade. Os dois de maior intensidade são: Norte: Acre, Amazonas, Pará e Maranhão cujo índice endêmico varia de 6,0 a 1,5 por mil habitantes, sendo na média de 4.0 por mil habitantes. No Sul: Espírito Santo, Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Mato Grosso, oscilando o seu índice de 2,2 a 1,0 sendo a média de 1,5 por mil habitantes”³⁸³.

Discorrendo sobre a questão leprótica no Ceará, o Dr. Rossas teceu longos elogios ao Dr. Antônio Justa e à sua ação de leprologista, discordando, no entanto, do número de leprosos catalogado pelo médico cearense – em torno de oitocentos - pois acreditava haver no Ceará mais de mil *leprosos*, com base em estudo apresentado pelo Dr. Sousa-Araújo³⁸⁴.

Porém, o maior problema que Dr. Thomas Rossas parecia vislumbrar no Ceará, no que dizia respeito ao problema da *lepra*, girava em torno da ampliação do Leprosário Antonio Diogo, pois segundo o leprologista maranhense:

“A União põe a disposição do Estado uma dotação suficiente para a construção de um leprosário moderno, e é do seu interesse e do interesse do Estado, que esse leprosário seja, de fato, moderno, em todos os sentidos, quer quanto ao seu plano material, quer quanto ao tipo de previdência social a que se destina. O Leprosário Antônio Diogo representa, de certo, um benemérito e inesquecível esforço de particulares, mas será grave erro contra a União, contra o Estado, o combate ao mórbus – e pois contra a própria ciência- localizar o novo leprosário em Canafístula! Ora, se o que se quer é atrair os leprosos e submete-los ao tratamento é nas vizinhanças dos grandes centros que se devem localizar os leprosários, reforçando e aperfeiçoando a eficácia dos seus designios com as facilidades de toda ordem que proporcionam os centros urbanos: assistência médica à mão e sem maiores

³⁸² O Leprologista Thomas Pompeu Rossas era na ocasião, Diretor do Serviço de Lepra do Estado do Maranhão e Diretor Clínico da Colônia Bonfim, estabelecimento modelo para leprosos naquele estado.

³⁸³ Jornal *O Estado*. Fortaleza, 28 de setembro de 1937, p. 3.

³⁸⁴ SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César. Censo da Lepra no Brasil (1931-1937). Rio de Janeiro. Arquivos Capanema. CPDOC.

dispêndios para todas as doenças do leproso intercorrentes com a lepra; maiores facilidades de abastecimento em víveres e em medicamentos; conforto moral das visitas e carinhos dos seus, facilitados pela habitação destes nas cidades vizinhas ou até nas proximidades da própria colônia de isolamento.

Como fechar os olhos a isso tudo e enterrar algumas centenas de contos no ermo de Canafistula? Lugar privado de todos os recursos, inclusive da água em abundância, a jorro, para as necessidades iniludíveis de uma Colônia de Leprosos ³⁸⁵ ?

É interessante destacar, a partir da leitura do fragmento acima, uma mudança do olhar médico em relação a várias questões que durante anos, foram inicialmente polêmicas em relação ao isolamento dos *leprosos*, mas que posteriormente transformaram-se em postura estatal. Nos anos 1920 e em períodos anteriores, o discurso médico recomendava as ações oficiais que isolassem ao máximo o doente da população sã, inclusive do ponto de vista espacial, já que o maior problema consistia na possibilidade do contágio

Já em 1931, em Conferência para a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, o Dr. Eduardo Rabelo chamava atenção para a necessidade do controle da expansão da *lepra* no Brasil. Para o alcance de tal intento, tornava-se necessário segundo o médico, rever algumas práticas já consagradas no trato com a doença.

Na opinião de Rabelo, o isolamento teria que dar-se de forma espontânea, pois o *leproso*, que era conduzido ao leprosário compulsoriamente, não possuía “vontade de cura” e tal estado de espírito fatalmente o conduziria a um comportamento mórbido ou indisciplinado. Por outro lado, considerava falhos os serviços voltados para a profilaxia da enfermidade, pois assegurava que os Leprosários, Preventórios e Dispensários, salvo raras exceções, não eram organizados nos moldes técnicos adequados. Assim, acreditava que sem a multiplicação dos aparelhos anti-lepróticos, sem o controle dos “mendicantes e detentos leprosos” e principalmente, sem o incentivo ao isolamento domiciliar sempre que possível, o combate a *Moléstia de Hansen* seria inoperante³⁸⁶.

³⁸⁵ Jornal *O Estado*. Fortaleza, 28 de setembro de 1937, p. 2.

³⁸⁶ RABELO, Eduardo. Revista *Brazil Médico* - Rio de Janeiro, Junho 1931, pp.75-76. As observações de Eduardo Rabelo são perfeitamente cabíveis até meados de 1930, pois, até este período o projeto de saúde pública

O PNCL ou Plano para Construção de Leprosários de 1935 já sugeria que as novas Colônias fossem erguidas próximas às cidades, onde houvesse facilidade para a realização dos serviços necessários ao bem estar dos enfermos como deslocamento de médicos, transporte de remédios, recebimento de visitas, bem como locomoção dos mesmos em casos excepcionais. Essas transformações foram possibilitadas a partir de um conhecimento maior sobre a doença bem como de transformações, na percepção da *moléstia*, observadas no segmento médico com reflexos na própria sociedade.³⁸⁷

No programa de governo do regime instaurado em 1937, os serviços sanitários passaram por mais uma Reforma e a saúde pública seria, consoante o discurso de Getúlio Vargas, transformada em área privilegiada. Ainda no mesmo ano, Gustavo Capanema afirmava que o objetivo maior do governo Vargas era debelar completamente a lepra no país. Porém, segundo Vicente Moreira Santos³⁸⁸, o maior legado em relação ao combate à lepra na Era Vargas foi a sistematização das várias informações em relação à moléstia, o que possibilitou estratégias mais eficazes de tratamento e profilaxia. Porém, acredita-se que a maior contribuição do Estado Novo à questão dos *leprosos* foi possibilitar-lhes, através da construção e reformas dos leprosários, uma vida mais confortável, embora os tratamentos utilizados para o combate à doença tenham avançado principalmente em relação à realização de cirurgias reparadoras e à introdução da fisioterapia³⁸⁹.

O Estado Novo Brasileiro consolidou uma política de massas que vinha sendo articulada desde o início da década de 1930. De 1937 a 1945 vigorou um novo regime –

incorporado pelo MESP ainda era aquele herdado da primeira república, onde através do Departamento Nacional de Saúde (DNS) apenas a agenda de combate às endemias e eventuais epidemias era observada. No combate à lepra, além da construção de alguns novos leprosários e preventórios nenhuma outra medida foi planejada até 1934.

³⁸⁷ O Plano Nacional de Combate a Lepra estabelecia que a área escolhida para a edificação de uma colônia, não podia distar da capital ou de um grande centro mais de 30 quilômetros e ser acessível por estrada de ferro ou de automóvel para facilitar o acesso aos doentes. Plano Nacional de Combate à Lepra. 1935. p 4/5.

³⁸⁸ SANTOS, Vicente Saul Moreira. Pesquisa Documental sobre a História da Hanseníase no Brasil. In **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro: 2003. Vol 10. Sup 1. pág 415.

³⁸⁹ SALIBA, Nagib. A Physiotherapia no Tratamento Moderno da Lepra. *Revista Brasil Médico*. Rio de Janeiro, janeiro de 1937, pp. 225-226.

diverso daquele situado entre 1930 e 1937 - quando inúmeros projetos e propostas estavam ainda sendo postos em pauta. O período reconhecido como Estado Novo também não é homogêneo e pode-se dividi-lo em dois momentos: de 1937 a 1942 tem-se o momento das reformas mais significativas e o de 1942 a 1945, marcado pela entrada no Brasil na Segunda Guerra ao lado dos aliados, deixando mais explícitas as contradições do regime.³⁹⁰

³⁹⁰ CAPELATO, Maria Helena. O Estado Novo: o que trouxe de novo ? In FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucília de Almeida Neves. **O Brasil Republicano: o tempo do nacional estatismo - vol 2**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p 109.

CAPÍTULO 3: NOVAS REFORMAS E EXACERBAÇÃO DAS MEDIDAS AUTORITÁRIAS NO CAMPO DA SAÚDE

3.1 A Reforma de 1937: reflexos no campo da saúde

O Regime instaurado em 1937 se constituiu em decorrência de uma política de massas que se foi definindo no Brasil a partir de 1930 com a ascensão de Getúlio Vargas. Esse tipo de política se desenvolveu no período entre as guerras, a partir das críticas ao sistema liberal considerado incapaz de solucionar os problemas sociais. Uma das propostas para a solução da crise colocada era o controle social através da presença de um Estado forte comandado por um líder carismático.³⁹¹ A partir do golpe de 10 de novembro de 1937 sob a liderança de Getúlio Vargas com o apoio do exército e de outros setores autoritários, foi necessário um redimensionamento do papel do Estado no Brasil.

Os estudiosos do período são unânimes quando afirmam que o Estado Novo definiu-se pelo autoritarismo, graças ao intenso controle político, social e cultural bem como por significativas mudanças promovidas pelo governo em vários níveis: reorganização do Estado, reordenamento da economia, novo direcionamento das esferas públicas e privadas, nova relação do Estado com a sociedade, do poder com a cultura, das classes sociais com o poder e do líder com as massas³⁹².

³⁹¹ GOMES, Ângela de Castro. **O Ministro e seu Ministério**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001, p 211/212.

³⁹² FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucia de Almeida Neves. Op. Cit. pp 112-113.

* Acredita-se que no Ceará em meados da década de 1930 havia ainda a preocupação com a manutenção de uma agenda de saúde pública. A política previdenciária apontada por alguns autores como sendo prioritária a partir de 1930, só vai ser percebida neste estado praticamente no final da década. Credita-se tal fato às opções de investimento em saúde próprias das elites cearenses, que historicamente, investiram verba pública nas várias sociedades beneméritas e associações caritativas.

Com base na Lei 378 de 13 de janeiro de 1937, foi planejada uma nova estruturação para o Ministério da Educação e Saúde (MES), voltando a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social a ser denominada Departamento Nacional de Saúde (DNS), permanecendo extinta a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. O Departamento Nacional de Saúde teria agora, como objetivo central, promover a cooperação da União com os serviços locais por meio de auxílios e subvenções federais, bem como coordenar as Divisões: de Saúde Pública, de Assistência Hospitalar, de Assistência a Psicopatas e aquela de Proteção à Maternidade e à Infância³⁹³.

As reformas no âmbito da saúde pública no pós-1937 tinham como principal objetivo a interiorização da saúde pública através da presença do Ministério nos Estados, uma novidade do ponto de vista operacional. Cada Estado teria suas ações de combate às endemias e epidemias comandadas por um núcleo central localizado no Ministério, que direcionaria as ações necessárias combatendo cada doença separadamente. Nesse sentido, foram criadas as Delegacias Federais de Saúde (DFS) cuja função era representar o Ministério em determinados pontos do país, supervisionando as ações planejadas por aquele órgão. Através das DFS os estados teriam suas ações supervisionadas, assim como seria possível através das mesmas, o consórcio da União com os serviços locais de saúde pública e também com instituições privadas. Deste modo, foi instituído um projeto nacional de saúde cujo objetivo era fortalecer a União enquanto instância normativa, deixando para os estados e municípios a função executiva e operativa³⁹⁴. Com essa tática, o Estado Novo pretendia realizar os anseios de nacionalização e centralização das políticas de saúde pública há muito desejadas.

Nesse sentido, a nova Reforma propôs a divisão do território nacional em oito regiões onde foram instaladas as Delegacias como é possível observar:

³⁹³ WAHRLICH, Beatriz. **Reforma administrativa na era de Vargas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983, pp. 176-177.

³⁹⁴ CUNHA, Vivian da Silva. Op. Cit. pp. 98-99.

Tabela 15. Regiões de Localização das Delegacias Federais de Saúde

Primeira Região	Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro
Segunda Região	Território do Acre, Amazonas e Pará.
Terceira Região	Maranhão, Piauí e Ceará.
Quarta Região	Rio G. do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas.
Quinta Região	Sergipe, Bahia, Espírito Santo.
Sexta Região	São Paulo e Mato Grosso.
Sétima Região	Paraná, Santa Catarina e Rio G. do Sul
Oitava Região	Minas Gerais e Goiás.

Fonte: CUNHA, Vivian da Silva. Isolamento compulsório em Questão: políticas de combate à lepra no Brasil.

Cada região contava com uma cidade-polo para dar suporte às ações que seriam encetadas no âmbito das regiões. Assim, as cidades escolhidas foram: Distrito Federal, Belém, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte e Fortaleza. Na prática as Delegacias supervisionavam os serviços de saúde executados pela União bem como prestavam cooperação aos serviços locais de saúde pública nos Estados.

Para deixar mais clara a intenção de centralização e nacionalização das políticas de saúde no Brasil, pode-se citar três estruturas criadas pela Reforma de 1937: o Fundo Nacional de Saúde, o Instituto Nacional de Saúde e as Conferências nacionais de Saúde. O Fundo Nacional de Saúde era constituído de recursos especiais para os serviços de saúde pública e assistência médico-social destinados a suprir as demandas na área da saúde, tendo em vista que as administrações locais eram avaliadas como deficitárias pelo Governo Federal. Já o Instituto Nacional de Saúde Pública foi criado com um perfil que lhe atribuía função nacional, uma vez que não seria possível instalar um instituto de pesquisa em cada Estado. O Instituto deveria, pois, voltar-se para a realização de pesquisas sistemáticas e permanentes sobre todos os problemas sanitários do Brasil. As Conferências Nacionais deveriam ser a complementação das propostas institucionais já citadas.

No tocante à questão da *lepra*, a lei 378 não propôs nada em termos de legislação ou sequer fez referência ao Plano Nacional de Combate à Lepra. As ações de combate à doença continuaram divididas entre aquelas executadas no Distrito Federal e aquelas

realizadas no restante do território nacional. Na capital da República, as atividades sanitárias referentes às doenças venéreas e às contagiosas, como a tuberculose e a *lepra*, foram exercidas pela Inspetoria dos Centros de Saúde imediatamente subordinada ao Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal. Nos Estados, as ações de combate à *lepra* ficaram sob a coordenação dos serviços de ação geral, que comportavam os serviços de propaganda e ação sanitária assim como pelos serviços de ação especial referentes aos estabelecimentos que formavam o tripé anti-leproso.

Até 1937, os serviços destinados à *lepra* no país eram constituídos de um lado, por ação especial (leprosários, preventórios, dispensários) e de outro, como já foi dito, por uma ação geral, constituída por propaganda e ação sanitária que teriam como objetivo maior “esclarecer as massas sobre as condições de contágio, sobre os meios de propagação da moléstia e sobre os charlatanismos médicos e farmacêuticos”³⁹⁵.

A ação de propaganda e educação sanitária era realizada por uma seção do DNS. Capanema elaborou um projeto de autonomia desta seção e sugeriu que este serviço ficasse subordinado diretamente ao Ministério e ao Ministro. Aprovado pela Câmara Federal, a seção foi convertida em Serviço de Propaganda da Educação Sanitária (SPES). A partir da Reforma de 1937, passaram a ser consignados 200:000\$000 para a propaganda de educação sanitária extensiva à propaganda de combate à *lepra*.

Como resultante da Reforma de 1937, o DNS por intermédio da Divisão de Saúde Pública, retomou o Censo dos Leprosos interrompido em 1934. A realização do censo era importante porque, através dele, se orientava a campanha contra a endemia. Assim, embora nem todos os estados tenham sido selecionados para a realização do novo censo, foi gasto entre 1938 e 1939 pelo governo federal a quantia de 434.000\$000 para que o levantamento

³⁹⁵ CAPANEMA, Gustavo. Relatório da Reunião da Comissão de Saúde da Câmara Federal. Rio de Janeiro, 1937. Arquivos Capanema, CPDOC.

fosse realizado em oito estados. O investimento financeiro que coube a cada estado foi dividido da seguinte maneira:

Tabela 16. Verba para o Censo da Lepra nos Estados (1938-1939)

Novo Censo (estados)	1938 (verba)	1939 (verba)
Pará	10.000,00	40.000,00
Ceará	25.000,00	40.000,00
Pernambuco	25.000,00	40.000,00
Bahia	25.000,00	25.000,00
Rio Grande do Sul	25.000,00	40.000,00
Minas Gerais	25.000,00	17.000,00
Goiás	25.000,00	22.000,00
Minas Gerais	25.000,00	25.000,00
TOTAL	185.000,00	249.000,00

Fonte: Relatório do Diretor do Departamento Nacional de Saúde Ernani Agrícola ao Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1940. pp. 08-09. Arquivos Capanema CPDOC

Com a verba de 25.000,00 consignada em 1938 e 40.000,00, para 1939, também o Ceará pôde reiniciar o censo interrompido em 1932. Deste modo, foram identificados em torno de 800 doentes no Estado e revelou o índice endêmico de 0,47 por habitante, o que era baixo, se comparado aos estados do Pará (3,27) e São Paulo (2,10). Vale destacar que o censo cobriu apenas 40% dos municípios. O resultado da soma do primeiro censo, ainda nos anos 1920, com o novo levantamento em 1939, apontaram 396 falecimentos (que é um número relativamente pequeno para quase duas décadas) e nenhuma alta hospitalar³⁹⁶.

Do ponto de vista político, o Estado Novo não significou alterações nos grupos encastelados no poder no Ceará. Com hegemonia política consolidada desde a vitória de Menezes Pimentel para o governo do Estado em 1935, com maioria na Assembléia Legislativa e Câmara Federal até o movimento de 1937, a LEC que havia iniciado o processo de implantação das políticas do governo federal e nunca representou oposição a Vargas e sim aos Tenentes e à facção Tavorista, deu continuidade as ações propostas pelo Estado Novo.

³⁹⁶ Exposição do Ministro da Saúde e Educação Gustavo Capanema ao Presidente Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, julho de 1940, pp. 12-13. Arquivos Capanema CPDOC.

Com o Estado Novo, o governador Menezes Pimentel assumiu em 23/11/1937 a função de Interventor Federal, reafirmando a hegemonia das forças conservadoras. A força das velhas oligarquias somadas às da igreja, lideradas por Menezes Pimentel, continuavam a encontrar oposição no grupo liderado por Fernandes Távora, que também representava interesses de facções de segmentos dominantes (pequenos industriais e comerciantes emergentes).

Como os serviços de saúde nos Estados foram reorganizados para que pudessem permitir uma maior padronização segundo as normas exigidas pelo DNS, no Ceará, os serviços de saúde também tiveram que ser reestruturados para atender às exigências necessárias do Governo Federal. Nesse sentido, foi criada a Diretoria de Saúde Pública do Ceará, cujo objetivo era padronizar e centralizar todos os serviços estaduais – o que de certa havia sido feito desde a Reforma Pellon - no Centro de Saúde. Deste modo, o que se percebeu de novo, a partir da Reforma de 1937 no Ceará, foi a organização do Serviço Nacional da Febre Amarela e do Serviço de Malária do Nordeste ³⁹⁷. Os demais serviços foram minimamente adaptados às propostas e ações da gestão Barca Pellon.

O Relatório do Dr. Walter Cantídio, Chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra no Estado do Ceará, enviado ao MES em 1942, contabilizou, apenas em 1936, a quantia de 200:000\$000 totalmente direcionada para melhoramentos na Colônia Antonio Diogo.

Segundo Cantídio, somente em 1937, foi iniciada pelo Governo Federal a construção da Colônia São Bento, depois Antonio Justa, localizada no município de Maracanaú a 23 quilômetros de Fortaleza ³⁹⁸. Em relatório enviado ao Ministro Capanema, Ernani Agrícola assim justificou a necessidade da construção da nova colônia cearense:

³⁹⁷ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 12 de fevereiro de 1938, pp 6-7.

³⁹⁸ CANTÍDIO, Walter. Relatório de Combate à Lepra no Ceará (1936-1942). **Realizações da União por Estado na Campanha contra a lepra nos anos de 1931 a 1942.** pp. 138-145. Arquivos Capanema. CPDOC.

“Com base nos dados anteriores que me foram enviados e das informações prestadas pelo Delegado Federal da Região Nordeste, há 764 doentes fichados no Estado. 65% destes, carecem de isolamento, ou sejam 496, 246 dos quais já se acham internados. Dadas as condições do leprosário do Estado presentemente super-lotado e as desvantagens de ampliá-lo pelas dificuldades que há para o serviço de abastecimento d’água, parece mais conveniente transformá-lo em Asilo com lotação de apenas 150 leitos. Assim será construído entre 1937-1938 um novo leprosário nos arredores da capital”³⁹⁹.

Segundo o citado relatório, no ano de 1937, foram construídos quatro pavilhões para 28 doentes cada um, cozinha e refeitório, lavanderia, pavilhão da administração, um grupo de casas geminadas para funcionários, serviços gerais e arruamentos. Em 1938, as verbas orçadas foram aplicadas segundo o planejamento, com um acréscimo de 30.000,00 para a Sociedade Cearense de Assistência aos Lázarus.

Nos anos de 1939, 1940 o governo federal deu continuidade à execução do Plano de Construção dos Leprosários. Com prosseguimento das obras foram construídos mais quatro pavilhões, mais dois grupos de casas, o pavilhão para serviços médicos, residência dos médicos, do administrador mais serviços gerais de água, esgoto e luz. A Sociedade Cearense de Assistência aos Lázarus recebeu novamente 30.000,00 de auxílio a cada ano. Em 1941, foi concluída a edificação da nova colônia cearense.

Talvez, em virtude da repercussão ocasionada pela rebelião ocorrida no leprosário e pela censura explícita do período, é perceptível, após a deflagração do Estado Novo, que as notícias divulgadas nos jornais sobre o leprosário resumiam-se à exposição do trabalho desenvolvido pela Sociedade Cearense de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra (SCALeDCL), apenas no que competia às campanhas de arrecadação de fundos para a instituição. Por outro lado, os jornais passaram a veicular uma propaganda mais cotidiana de outros serviços de saúde e profilaxia de outras doenças endêmicas no Ceará, como o impaludismo e o tracoma bem como deram uma grande ênfase à “defesa saúde da criança”.

³⁹⁹ Relatório de Ernani Agrícola, Diretor do Serviço Sanitário dos Estados para o Ministro Gustavo Capanema. Plano para o Ceará, dezembro de 1936. p 24/28. Havia um plano semelhante para cada estado da federação, porém, neste momento, os recursos eram distribuídos de acordo como o número de doentes recenseados.

Entende-se que as ações de combate à *lepra* no Estado Novo foram ampliadas no quesito que dizia respeito a investimentos financeiros. Em virtude da ampliação do orçamento destinado ao “armamento anti-leproso”, outras ações – além da construção dos leprosários – puderam ser efetuadas, como por exemplo, um melhor aparelhamento para os dispensários, melhoramentos nos preventórios, bem como um maior investimento na formação de técnicos e médicos.

É importante ressaltar que o caráter autoritário dessas mudanças muitas vezes criou impasses que findaram provocando distorções e dificuldades na aplicação dos programas propostos. Acredita-se que o crescente processo de normatização e centralização observados no Estado Novo, desconsideraram peculiaridades regionais e aspirações das populações locais em nome do projeto político maior de centralização que era, a bem da verdade, o fim almejado.

Assim, compreende-se que de modo geral, a campanha contra a *lepra* por parte da União, no decênio de 1931 a 1940, pode ser dividida em duas etapas: 1931 a 1935 e 1935 a 1940. No primeiro período, o governo federal não instituiu qualquer plano nacional delineado previamente e se traduziu no atendimento a pedidos de auxílios para a construção ou melhoramentos de leprosários de acordo com a avaliação das solicitações recebidas. De 1935 a 1940, a profilaxia da *lepra* foi realizada com base nas orientações do Plano de 1935, neste momento com uma base maior de conhecimento do problema e com alguma experiência adquirida no trato com os enfermos e na situação dos estados. Deste modo, entre 1935 e 1940 foram inauguradas as seguintes instituições para leprosos:

Tabela 17. Novas construções para leprosos (1937-1940)

COLONIAS	ESTADOS	ANOS
Colônia do Bonfim	Maranhão	1937
Colônia de Itanhenga	Espírito Santo	1937
Colônia Tavares Macedo	Rio de Janeiro	1938
Colônia Frei Vila Nova	Pará	1939
Colônia Eduardo Rabelo	Alagoas	1940
Colônia de Itapoan	Rio Grande do Sul	1940
Colônia Santa Tereza	Santa Catarina	1940
TOTAL	07 estados	-----

Fonte: Exposição do Ministro da Educação e Saúde ao Presidente Getúlio Vargas. Ministério da Educação e Saúde, 24 de junho de 1940. p 6/10. Rio de Janeiro: Arquivos Capanema-CPDOC-FGV.

Como é possível observar, foram inauguradas mais sete novas instituições para leprosos: três no “norte” e quatro no “sul” do país. Em relação às colônias construídas no norte, tanto o Pará quanto o Maranhão eram considerados estados com altos índices endêmicos, principalmente o Pará que contabilizava em 1940 quase 5.000 *leprosos*. No mesmo período estavam em processo de ampliação leprosários nos estados do Acre, Piauí, Paraná e Mato Grosso. Estavam ainda sendo construídos novos leprosários no Amazonas, Para, Ceará, Pernambuco, Alagoas e Bahia.

Uma nova conferência foi organizada pela FSALeDCL. Seu objetivo era avaliar o quadro da doença no Brasil e contabilizar os avanços ocorridos desde a Conferência de 1933, A conferência ocorrida em 1939, praticamente não trouxe novidades para as ações de profilaxia da lepra no Brasil. A bem da verdade, essa conferência foi fundamental para discutir os novos rumos que estavam sendo propostos para a Federação e suas associadas.

3.2 A Conferência de Assistência aos Lázarus e Defesa contra Lepra (1939)

“Comunico vossencia será realizada nesta capital de 12 a 19 de novembro próximo, conferência de assistência social aos leprosos promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus. Deverão comparecer representantes de oitenta e oito sociedades filiadas, técnicos sanitaristas, leprólogos e pessoas interessadas no momentoso problema...solicito pois vossencia que se digne prestar todo apoio a essa iniciativa facultando o comparecimento de médicos

especializados na matéria e que pertençam ao serviço estadual ou sejam técnicos das sociedades de lepra nos estados.
Atenciosas Saudações.
Gustavo Capanema – Ministro da Educação e saúde⁴⁰⁰.

A circular ministerial acima transcrita foi enviada a todos os interventores dos estados brasileiros, objetivando a cooperação dos mesmos para o evento. Segundo Capanema, a cooperação prestada ao serviço público pelas sociedades de assistência aos *leprosos* era deveras notável e os resultados obtidos provavam o quanto o povo brasileiro dispensava atenção ao combate do mal de Hansen.

Indubitavelmente, a cooperação prestada ao governo por essas sociedades era de fundamental importância para a prática do isolamento, pois as mesmas eram responsáveis pela instalação dos preventórios para os filhos dos vitimados pela lepra, pois a orientação era o afastamento imediato dos pais após o nascimento, desde a década de 1920. No final da década de 1930, já haviam sido construídos e estavam em funcionamento onze preventórios, graças à ação das sociedades de assistência aos leprosos coordenadas pela Federação. Além da construção desses estabelecimentos, as mesmas ainda promoviam a construção de capelas e pavilhões de diversão para os enfermos nos leprosários bem como amparo moral e econômico às famílias dos enfermos necessitados.

Os temas debatidos na Conferência foram: a assistência social aos enfermos de lepra, auxílio às famílias dos lázaros, preservação da prole sadia dos doentes de lepra, assistência aos egressos dos leprosários e cooperação com a saúde pública na propaganda contra a lepra. Das temáticas abordadas, algumas já haviam se convertido em ações que, na prática, já eram realizadas pela Federação e suas associadas, desse modo, compreende-se que talvez o objetivo da Conferência fosse discutir formas de ampliar a cooperação já existente entre as associações, o estado e os familiares dos *leprosos*.

⁴⁰⁰ Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1939. Arquivos Capanema CPDOC.

Deste modo, o evento ratificou todas as diretrizes já estabelecidas e foi taxativo em duas conclusões: a primeira, que consistiu na necessidade de criação de um órgão específico em âmbito nacional vinculado ao Ministério de Educação e Saúde, munido de poder fiscalizador e que funcionasse como instância máxima de decisão e consulta para todos aqueles que trabalhassem com a *lepra* no país e a segunda, seria a abolição oficial do termo *Preventório* quando fosse preciso fazer referência às instituições destinadas aos filhos indenes dos leprosos. Entenderam os participantes da Conferência que o vocábulo era inadequado por fazer alusão direta ao problema da *lepra*, sendo estigmatizante para as crianças.

As duas sugestões foram acatadas pelo governo federal. A primeira originou em 1941 a criação do Serviço Nacional da Lepra. A segunda foi rigorosamente aplicada pela Federação e Associações, mas não caiu em desuso, apesar de “proscrito” oficialmente. De qualquer forma, a segunda conclusão inaugurou a discussão acerca de termos e nomenclaturas inadequados em relação à *lepra*, suas instituições, pacientes e profilaxia. Debate este que ainda em nossos dias mantém inúmeras polêmicas.

Por outro lado, percebe-se que a Conferência, realizada em 1939, tentou trazer para o debate algumas questões discutidas no 4º. Congresso Internacional da Lepra, realizado no Cairo em 1938. Dentre os sete temas oficiais do evento internacional, os Métodos de Profilaxia foi o mais discutido, pois o citado congresso orientou que somente os casos de “lepra aberta” é que realmente constituíam perigo para a saúde pública. Sugeriu também que deviam ser evitados o contato com as crianças, à época consideradas mais vulneráveis à doença. O Congresso no Egito recomendou ainda o estabelecimento de leprosários regionais de maneira a ficarem os pacientes o mais próximo possível das suas famílias bem como reforçou amplamente a construção de colônias agrícolas ao invés de leprosários⁴⁰¹. De modo

⁴⁰¹ A Campanha contra a Lepra no Brasil. Revista do Serviço Público. Vol IV. Novembro de 1943. p 12/13. Departamento Nacional de Saúde. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro, novembro, 1943, pp. 12-13.

geral, algumas ações do governo federal pautaram-se nas diretrizes apontadas pelo Congresso Internacional de 1938, principalmente no tocante à construção de colônias agrícolas ao invés de leprosários simplesmente.

O que se pôde concluir ao final do evento de 1939 é que houve um redimensionamento do papel que as sociedades e a Federação passaram a representar no combate à *lepra* no país. A impressão que se tem é que essas instituições – neste momento mais que antes – vão assumir o papel de meras colaboradoras, contribuindo apenas para ampliar a esfera de influência da União no trato com a endemia leprótica. A autonomia que possuíam até meados da década de 1930 foi sendo passo a passo suprimida a partir de 1935 e a Conferência significou, na prática, o reconhecimento oficial da submissão dessas instituições ao governo federal.

Para Luciano Curi⁴⁰², a ausência de autonomia da Federação e suas associadas correspondeu a dois movimentos aparentemente contrários, mas que na realidade eram complementares. A sujeição da FSAL e DCL ao governo federal equivaleu a uma forma eficaz de ter assegurado os recursos financeiros necessários para garantir o bom funcionamento das atividades que realizava. Por outro lado, se a subordinação era condição indispensável para o repasse dos recursos e constituiu uma forma de controle hierarquizada do governo federal para a Federação, esta passou também a ocupar uma posição nessa hierarquia, pois encontrava-se acima das associações espalhadas pelo país que a ela estavam submetidas e abaixo do MES a qual era subordinada

A Conferência serviu para confirmar a “necessidade” de manter os *leprosos* na órbita de dependência do estado. Segundo as diretrizes estabelecidas pelo evento, além do *leproso*, sua família também era, a partir daquele momento, oficialmente, alvo da intervenção do estado através da Federação e associações. Esse processo, iniciado por volta de 1935, foi

⁴⁰² CURI, Luciano. Op. Cit. pp. 107-110.

consolidado na Conferência de 1939. Não se pode esquecer que este mecanismo era totalmente coerente com a vontade centralizadora e autoritária do período e dele também se alimentava.

Em 1940, o Ministro Gustavo Capanema enviou ao Presidente Getúlio Vargas o plano de aplicação da dotação orçamentária destinada ao prosseguimento das obras de construção de leprosários e de preventórios para o ano em exercício que seria da ordem de 10.000;000\$000. Afirmava o ministro que tal verba ainda seria utilizada para ampliação e melhoramentos de onze leprosários existentes e em funcionamento seriam concluídos doze até o final do ano citado. No entanto, em 1940, apenas três dos doze previstos foram concluídos totalmente⁴⁰³. Lembrou também Capanema que parte dessa verba (em torno de 1.520:000\$000) teria que ser destinada à Federação das Sociedades de Assistência aos Leprosos.

3.3 A Reforma de 1941: desdobramentos no Ceará

Em 1939, Menezes Pimentel constituiu uma comissão cujo objetivo era dinamizar as ações da Diretoria de Saúde Pública no Ceará (DSP)⁴⁰⁴. O novo órgão deveria constituiu-se no centro da administração, coordenação e execução de todas as atividades relativas à saúde pública no Estado e estava assim organizado:

⁴⁰³ Exposição do Ministro da Educação e Saúde ao Presidente Getúlio Vargas. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, junho, 1940, pp. 6-7. Arquivos Capanema CPDOC.

⁴⁰⁴ Segundo o Decreto Estadual n. 522 de 22 de março de 1939, a Diretoria de Saúde Pública passou à denominação de Departamento Estadual de Saúde Pública do Ceará. BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 216.

Tabela 18. Organograma do Departamento Estadual de Saúde Pública.

DIRETORIA		
Seção Administrativa	Seção Técnica	DIREÇÃO
Órgãos Centralizados	Órgãos Distritais	
Serviços Especiais	Centros de saúde	
Est. de Assist. Sanitária		EXECUÇÃO
Laboratórios	Postos de Higiene	

Fonte: BARBOSA, José Policarpo. **História da Saúde Pública no Ceará: da Colônia à Era Vargas.** Fortaleza: Edições UFC, 1994, p. 198.

Como é possível observar, a nova proposta, criou uma separação entre as ações de direção e as de execução. Os órgãos de direção eram compostos por uma seção administrativa e uma técnica e os órgãos de execução se dividiam em órgãos centralizados – que compreendiam os serviços especiais, os estabelecimentos de assistência sanitária e o laboratório central – e órgãos distritais ou descentralizados que compunham as unidades sanitárias de saúde e postos de higiene. Na prática, a Seção Técnica é quem realizava as ações voltadas para os serviços estaduais, pois ficavam sob sua responsabilidade oito serviços de saúde na capital e no interior⁴⁰⁵. A direção especial dos serviços de profilaxia da lepra no Estado ficaram também subordinados à essa seção.

As instalações do Centro de Saúde da capital anexaram o Dispensário da Lepra, Dispensário da Higiene Mental e uma seção de *tuberculino-diagnóstico*, destinado a realizar a imunização com o BCG. O Dispensário de Doenças Venéreas foi ampliado passando a denominar-se Dispensário de Higiene Social⁴⁰⁶.

Em 1941, Capanema propôs uma nova reestruturação para o Departamento Nacional de Saúde (DNS). Essa reforma objetivava dotar o DNS de mecanismos que lhe possibilitassem uma atuação mais efetiva na gestão da saúde no país, coordenando e

⁴⁰⁵ A Seção Técnica da Diretoria de Saúde Pública do Ceará deveria: organizar os serviços de bio-estatística e de epidemiologia em todo o estado, superintender os serviços de saúde no interior, realizar inquéritos epidemiológicos, organizar bibliotecas para uso dos funcionários, realizar propaganda e educação sanitária entre outros. Op. Cit. p. 218.

⁴⁰⁶ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 30 de dezembro de 1939, p. 3.

executando atividades como: promoção e realização de inquéritos, pesquisas e estudos sobre as condições de saúde de saneamento e higiene da população, bem como sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento, além de organizar cursos para médicos. Deveria também superintender a administração dos serviços federais destinados a realizar as atividades acima mencionadas, assim como coordenar as repartições estaduais e municipais e as instituições particulares que se destinassem à realização de quaisquer atividades referentes à saúde, assistindo-as tanto tecnicamente como através de auxílios e subvenções federais.⁴⁰⁷

Através do Decreto-Lei 3.171, de 02 de abril de 1941, o Departamento Nacional de Saúde passou a constituir-se dos seguintes órgãos: Serviço de Administração, Divisão de Organização Sanitária, Divisão de Organização Hospitalar e Instituto Oswaldo Cruz, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço de Saúde dos Portos, Serviço Federal de Águas e Esgotos, Serviço Federal de Bioestatística e Delegacias Federais de Saúde. Além dos órgãos citados foram instituídos seis serviços nacionais de combate a doenças específicas, quais sejam: tuberculose, febre amarela, malária, peste, doenças mentais e *lepra*. Assim, o DNS, cuja função era dirigir as atividades de saúde realizadas separadamente por diversos órgãos, a partir de 1941, constituiu-se no mecanismo central de coordenação e execução de todas as atividades de saúde do país: uma entidade que reunia os vários serviços de saúde no território nacional e coordenava-as⁴⁰⁸.

A alteração proposta por Gustavo Capanema para a estrutura do MES objetivava intensificar a presença dos órgãos federais de saúde nos estados, criando, para executar essa

⁴⁰⁷ CUNHA, Vívian da Silva. Op. Cit. p. 104.

⁴⁰⁸ Dentre as funções do “novo” DNS estavam: realizar pesquisas sobre as condições de saúde, saneamento e higiene da população brasileira, informar sobre a epidemiologia das doenças mais frequentes no país bem como os métodos utilizados para profilaxia e tratamento das mesmas, realizar inquéritos e censos além de promover cursos de aperfeiçoamento para médicos e outros profissionais ligados à área da saúde. No entanto, na lógica da nova reforma, a sua atribuição mais importante era a superintendência e administração dos serviços federais de saúde, coordenação dos órgãos estaduais, municipais e particulares que se destinassem à realização de quaisquer atividades referentes à saúde no país. HOCHMAN, Gilberto. Op. Cit. p. 130.

política, os serviços nacionais de saúde. Tais serviços nacionais, cada um com um diretor específico, pretendiam combater as doenças que atingiam grandes parcelas da comunidade nacional nas diferentes regiões do país. De qualquer modo, a principal missão dos serviços nacionais criados em 1941 foi ainda debelar os surtos epidêmicos e estabelecer métodos de controle e prevenção para os mesmos, em conjunto com as delegacias federais de saúde e os governos estaduais.

É preciso entender que essas ações inseriam-se na nova agenda de saúde proposta pelo MES, que em última instância, espelhava as orientações gerais de centralização desejadas pelo governo federal no tocante à saúde. A interiorização da saúde pública parecia possível com a presença do MES nos estados a partir do formato institucional escolhido para o desenvolvimento da agenda proposta. A verticalização das ações de saúde, comandadas por um núcleo central que residia no Ministério e implementadas de modo hierárquico nos estados e nos municípios, adquiriu, a partir de 1940, um desenho muito mais organizado e exequível na lógica desenhada pela estrutura do Estado Novo.⁴⁰⁹

Em relação às ações de combate à *lepra*, foi criado o Serviço Nacional da Lepra (SNL), atendendo a antiga reivindicação dos profissionais de leprologia que julgavam necessário, dado o avanço da endemia, um espaço para as pesquisas científicas e levantamento estatístico da doença. Ao ser instituído, o SNL tinha entre seus objetivos principais a prestação de assistência técnica aos profissionais da área e coordenação das atividades públicas e/ou privadas, concernentes ao trato com a doença. Cabia ainda ao SNL padronizar, respeitadas as características regionais, as organizações públicas e privadas de luta

⁴⁰⁹ HOCHMAN, Gilberto. Op. Cit. pp. 135-136.

contra a doença em todo o país, uniformizando-lhes o trabalho e modelo de serviços, elaborando para isso as necessárias instruções⁴¹⁰.

Inicialmente, a criação do SNL não significou uma grande mudança nas atividades que envolviam a profilaxia da enfermidade, que continuou sendo orientada segundo o Plano traçado em 1935. Ao que parece, o que orientou a abordagem da enfermidade entre 1942 e 1944 (ano da aprovação do Regulamento do SNL) foram as diretrizes sugeridas pela I Conferência Nacional de Saúde organizada pelo MES em 1941.

Realizada no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, a I Conferência Nacional de Saúde (I CNS) objetivava informar ao Governo Federal sobre as ações de saúde realizadas nos Estados da Federação. No sentido de tornar ágil o andamento da Conferência, o Ministério da Saúde enviou aos Estados, antecipadamente, um questionário com vias a facilitar a análise da situação de funcionamento dos órgãos de saúde em cada estado.

O questionário, bastante minucioso, solicitava informações sobre os principais problemas referentes à saúde pública enfrentados pelos estados além da organização e administração dos serviços incumbidos de assisti-la. No tocante à questão da *lepra*, o citado questionário foi elaborado como instrumento de verificação de uma série de questões referentes à doença. Entre elas: a quantidade de leprologistas existentes no país, o número de doentes fichados, notificados e isolados, as formas clínicas da doença, as instituições existentes para o trato com a *moléstia* e suas condições de funcionamento além da situação técnica e de atendimento nos Dispensários e Preventórios⁴¹¹.

⁴¹⁰ AGRÍCOLA, Ernani. **Atribuições do Serviço Nacional de Lepra e Plano de Ação**. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional da Lepra. Rio de Janeiro, 1944, pp.12-13. Arquivos Capanema CPDOC.

⁴¹¹ Questionário enviado aos interventores estaduais pelo MES com o objetivo de realizar uma sondagem sobre a situação da educação e da saúde nos estados da federação.

As Conferências Nacionais de Saúde (e muito particularmente a I CSN) foram criadas objetivando sistematizar, sob a coordenação do governo federal, uma série de ações a serem postas em prática pelo MES. Não se pode descartar também o fato de que a I CSN possibilitou uma grande visibilidade ao Ministério não deixando também de constituir uma vitrine para as reformas idealizadas por Capanema.

A Presidência da Conferência, coube a Gustavo Capanema e sua condução foi tarefa da cúpula do Ministério, representada pelos diretores do Departamento Nacional de Saúde (DNS) João de Barros Barreto, do Departamento Nacional da Criança (DNC) Olinto de Oliveira (também relatores) e pelo Diretor do Serviço Nacional da Lepra (SNL), Ernani Agrícola, que desempenhou a função de secretário geral do evento. Cada estado enviou um representante, acompanhado de técnicos em saúde para que estes prestassem informações precisas sobre a situação sanitária de seus respectivos estados. Como Delegado Estadual, o Ceará enviou Eduardo Alencar, Diretor de Saúde do Estado e Dr. Hider Correia Lima, seu assistente técnico.

A I CNS funcionou a partir das apreciações das resoluções enviadas pelo MES a cinco comissões estabelecidas a partir de Portaria Ministerial e na presença de até dois representantes do governo federal⁴¹². Os delegados indicados pelos estados agregavam-se aos grupos tomando por base dois critérios: especialidade técnica e interesses e/ou necessidades específicas do estado que representavam. É interessante esclarecer que as comissões não tinham a tarefa de discutir a agenda de saúde em voga. Temáticas previamente delineadas como organização sanitária estadual e municipal, ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a *lepra* e a tuberculose e plano de proteção à maternidade, à infância e à

⁴¹² Em tese as cinco comissões foram formadas a partir da análise dos questionários enviados antecipadamente aos Estados.

adolescência nortearam os trabalhos⁴¹³. As Comissões avaliavam a pertinência das propostas que fossem sugeridas e aquelas com parecer positivos seriam discutidos em plenário e este aprovaria as resoluções que tivessem o voto da maioria dos 22 delegados das unidades federativas. Ainda assim, a aprovação estava condicionada à anuência do Ministro Gustavo Capanema, dotado de poder de veto.

Apesar do entendimento do nível de intervenção do governo federal nos rumos tomados pela Conferência (e talvez por isso), percebe-se que a mesma, no seu parecer final, conteve formulações por demais genéricas em que ficaram evidenciadas propostas de combate às endemias rurais, formação de técnicos para o setor da saúde, necessidade de recursos para a instalação de redes de águas e esgotos entre outras que já se constituíam em reivindicações no campo sanitário e na saúde desde a primeira década da república brasileira⁴¹⁴.

Na perspectiva do combate à *lepra*, Ernani Agrícola (Diretor do Serviço Nacional de Lepra) apresentou ao plenário da Conferência, as atividades desenvolvidas pelo Governo Federal desde a década de 1920. Nesse sentido, tentando estabelecer um histórico da doença no país, lembrou que a princípio, grandes sanitaristas brasileiros defenderam a localização dos leprosários em ilhas distantes dos centros urbanos. Esses locais abrigariam uma imensa coletividade de enfermos, procedentes das mais diversas regiões do país. Encontrando esta idéia forte oposição, foram estabelecidos os leprosários regionais constituídos numa ampla rede por todo o país. Segundo Agrícola, na medida em que o conhecimento e a experiência com a doença foram se tornando mais cotidianas, as medidas tomadas pela União e pelos Estados iam adequando-se as necessidades reais impostas ao trato com a enfermidade.

A fala de Ernani Agrícola, neste momento, já acenava para a possibilidade de “nem todos os doentes serem recolhidos ao leprosário,” uma das diretrizes sugeridas pela

⁴¹³ Anais da I Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 10 a 15 de novembro de 1941. Arquivos Capanema CPDOC.

⁴¹⁴ Op. Cit. p. 148.

Conferência do Cairo de 1938. Neste contexto, algumas vozes já se levantavam no sentido de sugerir que as formas não contagiantes da doença, pudessem ser tratadas em ambulatório ou em isolamento domiciliar, sendo indicados para isolamento em leprosários somente os enfermos com a forma contagiosa da doença, medida que não foi observada até praticamente os anos 1960. Em relação à situação do acometido do Mal de Hansen, destacou ainda Ernani Agrícola que:

“...o hanseniano de hoje deixa a sociedade sadia para se incorporar na sociedade doente dentro de uma colônia que o recebe proporcionando-lhes os meios de adaptação e concedendo-lhe os recursos necessários para lhe minorar os sofrimentos morais e físicos...tudo que há cá fora, lá existe: a escola para as crianças e para os analfabetos; a ocupação para os adultos dentro do seu ramo de atividades; a igreja para os momentos de desafogo espiritual; o pavilhão de diversões para recrear o espírito, concorrendo assim para elevar o moral do enfermo. Grande número de colônias já dispõe de aparelhagem cinematográfica, campos de esporte, clubes recreativos e pequenas casas comerciais que os os enfermos ali instalam...enfim, tudo existe e tudo é necessário...”⁴¹⁵

É preciso reconhecer que a despeito da obrigatoriedade da internação – que somente passou a ser relativizada muito após a reforma de 1941 para os casos não contagiantes – sem dúvida, do ponto de vista das acomodações físicas, os leprosários melhoraram bastante. A partir do momento em que os enfermos passaram a desenvolver uma ocupação remunerada, estudar e até desfrutar de opções de lazer, a segregação pareceu menos penosa. Uma tendência que passa a ser observada e que tem seus primórdios na década em tela, é a edificação de pequenas residências dos familiares dos enfermos nas áreas do entorno dos leprosários, que acabou representando possibilidades de uma maior proximidade entre os doentes e sua família. Com o passar do tempo, vai ser possível, inclusive, a construção de casas para os familiares dos doentes dentro dos muros das Colônias.

Um ponto bastante destacado por Ernani Agrícola foi o censo iniciado pelo SNL, considerado por este bem estruturado e exequível se comparado às tentativas anteriormente

⁴¹⁵ AGRÍCOLA, Ernani. Anais da I Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 10 a 15 de Novembro de 1941, pp. 159-163. Arquivos Capanema CPDOC.

realizadas. O mapa nosológico da *lepra* foi planejado tendo em vista o levantamento do número de enfermos nas regiões onde a *leprose* assolava com maior intensidade. Nesse sentido, o censo, apesar de anunciado pelo Diretor do SNL em 1941, foi iniciado em 1942 e partiu dos seguintes estados: Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pará, Goiás, Amazonas e Mato Grosso. È perceptível que realmente o censo foi reiniciado a partir dos estados mais endêmicos, embora São Paulo que, ao lado de Minas Gerais, contabilizava o maior número de enfermos do país, não tenha sido contemplado neste momento.

A realização do censo era uma tarefa complexa, cuja execução, pelas suas peculiaridades, exigia de quem o realizava, habilitação especial. Assim, esse serviço deveria ser entregue a quem fosse portador de diploma conferido por curso especializado e/ou comprovação de estágio em serviços de profilaxia da *lepra*. Desse modo, executando as orientações do SNL, o médico, encarregado do censo em uma determinada localidade deveria preliminarmente, entrar em entendimento com as autoridades para informar da natureza do trabalho a ser realizado; solicitar informações do corpo médico local sobre os possíveis casos, solicitar às farmácias locais informações sobre as saídas de medicamentos para a *lepra* e outras dermatoses, recorrer ao registro de óbitos nos cartórios locais, aos arquivos dos hospitais e quaisquer outros serviços médicos existentes na localidade a fim de tomar conhecimento sobre os casos confirmados da doença. Era aconselhável evitar a “cooperação policial” na execução da tarefa censitária, assim como o médico deveria manter absoluta reserva tanto em relação aos casos encontrados, como no tocante às fontes de informação. Assim, no final do ano de 1942, o movimento do censo do SNL havia identificado nos seis estados acima relacionados:

Tabela 19. Censo de 1942 nos Estado do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pará, Goiás, Amazonas e Mato Grosso.

Pessoas examinadas	66.001
Leprosos fichados	2.539
Suspeitos fichados	251
Comunicantes fichados	9.273
Lâminas examinadas	5.749
Biópsias praticadas	59

Fonte: Departamento Nacional de Saúde. Revista do Serviço Público, vol I, 1943. Instruções para o Serviço do Censo da Lepra. p 12/16. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Academia Nacional de Medicina.

Ainda em 1942, o SNL iniciou o censo imunológico, a ampliação do censo nacional reiniciando a pesquisa em mais quatro estados e um território (Amazonas, Goiás, Bahia, Ceará e Acre) bem como informou a existência de 36 leprosários em funcionamento e mais 05 em construção. Enfatizou o trabalho realizado pelos 50 dispensários em todo o território nacional, além das atividades dos 19 preventórios em funcionamento.

Até 31 de dezembro de 1942, haviam sido recenseados 1209 municípios, trabalho esse executado pela União e pelos estados conjuntamente. No mesmo ano, somente o SNL recenseou 148 municípios, fichando mais 2.539 enfermos, 9.237 comunicantes e 249 suspeitos. No ano de 1943, o censo leproológico se estendeu a mais 137 municípios. Para as autoridades em saúde, enquanto não estivesse completo o censo da *moléstia* em todo o território nacional, a profilaxia da doença seria ainda um grave problema e segundo as estimativas do SNL, faltavam ainda recensear 228 municípios para completar o censo da *lepra* em todo o país⁴¹⁶. Em 1942 este era o quadro da *lepra* no Brasil:

⁴¹⁶ AGRÍCOLA, Ernani. Organização Nacional do Combate à Lepra. Palestra proferida no Rotary Clube do Rio de Janeiro, em 04 de fevereiro de 1944. p 8/9. Rio de Janeiro: Arquivos Capanema. CPDOC/FGV.

Em 1946, foi realizado pelo DNS um censo extensivo da lepra em todo o país. O resultado mostrou o aumento constante do número de novos casos e o agravamento do índice de prevalência. Concluiu-se que a tripeça (leprosário, dispensário, preventório) se revelou insuficiente para impedir a propagação da endemia. Isto vinha a demonstrar que a ação profilática necessitava reajustar-se às novas aquisições científicas operadas no campo da medicina. In ANDRADE, Vera Lucia. **Evolução da Hanseníase no Brasil e perspectiva de sua eliminação como um problema de Saúde Pública.** Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 1996, mimeo, p. 16.

Tabela 20. Quadro da Lepra no Brasil em 1942

Estado	Leprosários	Internos	%
São Paulo	05	8.697	52%
Minas Gerais	06	2.202	13.17%
Pará	03	999	5.97%
Distrito Federal	02	641	3.83%
Paraná	01	630	3.77%
Amazonas	02	555	3.32%
Rio G. do Sul	01	466	2.79%
Espírito Santo	01	358	2.14%
Santa Catarina	01	341	2.04%
Ceará	02	314	1.88%
Rio de Janeiro	01	247	1.48%
Pernambuco	01	213	1.27%
Mato Grosso	02	206	1.23%
Goiás	04	200	1.20%
Maranhão	01	184	1.10%
Outros	08	473	2.83%
Total	42	16.726	100%

Fonte: Revista Brasileira de Leprologia. Rio de Janeiro, junho de 1942, pp.15-16.

Das principais conclusões obtidas a partir do censo da *lepra* foram enfatizadas aquelas que diziam respeito ao Distrito Federal, que na ocasião constituía-se num foco ascendente de *lepra*, com um acréscimo verificado de 50% sobre o total dos casos registrados em 1930. Nesse caso, a extensão e gravidade do foco da *lepra* na Capital Federal era creditada, fundamentalmente, à emigração de outros estados, tornando-se inadiável o aumento em cerca de um terço da capacidade de internamento. Atender o isolamento dos casos contagiantes era um grave problema na capital federal em princípio dos anos 1940 ⁴¹⁷.

Um outro problema que segundo as autoridades, sempre foi sinônimo de entrave à profilaxia da *lepra* no Brasil, era a ausência de obras científicas nacionais sobre o tema e as dificuldades de aquisição de obras estrangeiras. Nesse sentido, o SNL promoveu em 1942 um concurso de monografias, com o fim de transmitir aos clínicos em geral um conjunto de conhecimentos práticos relativos à profilaxia da *lepra*. Mais outros quatro concursos foram

⁴¹⁷ ANDRADE, Vera Lúcia Gomes. Op. Cit. p. 142.

abertos e as monografias classificadas deveriam constituir o Tratado Brasileiro de Leprologia. Pretendia ainda o SNL proceder à publicação de trabalhos de reconhecido valor sobre qualquer tema correlato à especialidade leprótica⁴¹⁸. Pelo que pôde-se verificar o Tratado Brasileiro de Leprologia não chegou a ser publicado.

No tocante aos desdobramentos da Reforma de 1941, no âmbito da saúde pública no Ceará, o Departamento Estadual de Saúde (DES) substituiu o Departamento de Saúde Pública (DESP). A primeira medida tomada pelo DES foi estabelecer um acordo com o DNS objetivando um regime de cooperação para a profilaxia das moléstias venéreas – que continuavam a assolar o Ceará. Essa cooperação seria estendida à profilaxia da boubá e do trachoma, inclusive com a instalação de Postos Especializados de Profilaxia do Trachoma na cidade do Crato e Profilaxia da Boubá na cidade de Itapipoca⁴¹⁹.

É interessante informar que nos anos iniciais da década de 1940, a população de Fortaleza praticamente dobrou de cem mil na década anterior, para duzentos mil habitantes no período em tela. No entanto, esse incremento populacional trouxe à tona carências ainda básicas no campo do saneamento que preocupavam os representantes das agências estatais responsáveis por tais questões.

Um exemplo que pode ser aventado situa-se no âmbito do saneamento na cidade. Restavam ainda pântanos a serem extintos na área urbana e aterramento de lagoas. Deste modo, a grande aquisição da década foi um moderno forno crematório onde passou a ser incinerado o lixo recolhido da cidade, anteriormente amontoado nas proximidades de um açude, focos de mosquitos.

⁴¹⁸ AGRÍCOLA, Ernani. **O combate à Lepra no Brasil**. Entrevista concedida à Revista do Serviço Público. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro, 1944, pp. 23-24. Arquivos Capanema CPDOC.

⁴¹⁹ Relatório do Dr. Joaquim Eduardo de Alencar do Departamento Estadual de Saúde do Ceará ao Interventor Menezes Pimentel. Fortaleza, 1949, pp. 21-22. Arquivos Capanema CPDOC.

A década de 1940 para a cidade representou o alargamento de ruas e avenidas, ampliação dos serviços de telefonia, construção de fossas, pavimentação de ruas, ampliação da rede de luz elétrica alcançando os bairros e distritos mais distantes do perímetro central como Messejana, Mondubim, Parangaba e Antônio Bezerra bem como foram construídas novas praças (Cristo Redentor, Libertadores, Fernandes Vieira) assim como foram reformadas as Praças do Ferreira, José de Alencar, Voluntários e Praça da Sé, Do Carmo e Bandeira⁴²⁰.

A partir da Reforma de 1941, há uma maior atenção dispensada pelas autoridades de saúde do Estado ao que vão nomear de “Educação Sanitária”. Passa a ser comum nos periódicos locais os artigos de médicos e sanitaristas tentando “informar” e “educar” a população sobre os procedimentos cabíveis no sentido de evitar as doenças e cultivar hábitos higiênicos. O jornal “O Nordeste,” por exemplo, destinou uma coluna diária reservada a essa questão intitulada “Educação Sanitária do Departamento Estadual de Saúde” que tinha por objetivo ” proceder a uma campanha inadiável necessária para o bem da saúde coletiva e um padrão de progresso para Fortaleza:”

“Nestas colunas especializadas de divulgação de conhecimentos sanitários, buscamos despertar esse dever imperioso, esquecido ou desconhecido de muitos. Vamos procurar criar no espírito popular uma mentalidade sanitária, isto é uma consciência dos bons hábitos e melhor higiene. Porque em Fortaleza, quiçá em todo o Estado, o grau de conhecimentos do povo é deficiente para não dizer deplorável. Daí o dever que se impõe aos médicos e autoridades sanitárias, quaisquer que sejam, de bater insistentemente nesta tecla; ensinar as populações os rudimentos de higiene e a obrigação de praticá-los⁴²¹”

Não é que esse tipo de formulação discursiva fosse inédita nas páginas da imprensa cearense. Já foi dito que os jornais locais é que informavam à população quando a

⁴²⁰ Relatório do Gestor Municipal Raimundo de Alencar Araripe. Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, maio de 1943, pp. 3-4.

⁴²¹ Dr. Belo de Motta do D.E.S. A Educação Sanitária. Jornal *O Povo*. Fortaleza, 10 de julho de 1941, p. 5.

questão era saúde pública e isso não mudou muito durante a década de 1940⁴²². No entanto, esses “esclarecimentos” eram feitos de forma assistemática ou em períodos de crise gerados por algum grande surto epidêmico. A novidade da década foi a regularidade e sistematização desse modo de informar, assim como outro grande sucesso do período: as palestras sobre saúde e higiene proferidas por médicos nas emissoras de rádio. Quando o tema era endemia leprótica, a emissora de rádio P-R-E 9, registrava os maiores índices de audiência⁴²³.

Quando se compara essa atitude de “cooperação” da imprensa e emissoras de rádio com a saúde pública no Ceará, com as posturas de outros jornais do país, é possível verificar que se trata de uma prática generalizada no contexto político do momento. Não era apenas de propaganda do Estado Novo, mas as práticas de esclarecimento e informação sobre a saúde denominadas de “educação sanitária” faziam parte do processo de sistematização e centralização de um conjunto de medidas pertencentes a uma agenda de saúde em exercício no Brasil desde a década de 1920, com expansão na década de 1930 e só mais representada no Ceará a partir de 1940.

Porém, os serviços de saúde pública da capital cearense continuaram sendo coordenados e dirigidos pelo Centro de Saúde de Fortaleza (CSF), ponto de coordenação e sistematização dos vários serviços de saúde do Estado que, segundo as informações oficiais, atendia a uma média de 500 indivíduos por dia nas suas treze seções⁴²⁴. Os serviços do interior, sob a direção do Departamento de Saúde Pública, encetaram uma grande campanha contra a boubá e o trachoma, considerados no quinquênio 1936/1941 os maiores flagelos do

⁴²² Na década de 1940 dois jornais vão dominar o cenário da informação em terras alencarinhas: o jornal *O Povo* e o jornal *O Nordeste*, que já possuía o seu público leitor desde os anos 1920, mas que agora ampliara consideravelmente o seu espaço de ação de influência.

⁴²³ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 24 de julho de 1942, p.1.

⁴²⁴ Estimava-se com base na população de Fortaleza, que 10,3% da população total da cidade era assistida pelo CSF nas seções de doenças venéreas, lepra, tuberculose, endemias, pré-natal, infantil, pré-escolar, escolar, oftalmo-otorino-laringologia, exames de saúde, visitantes, epidemiologia e polícia sanitária. Relatório do Dr. Amílcar Barca Pelon, Diretor do Departamento de Saúde Pública, publicado no jornal *O Nordeste* em 27 de janeiro de 1941, p 07.

Estado, visto que a malária e a peste bubônica estavam sob responsabilidade federal e mantinham-se sob controle.

Porém, antes mesmo da Reforma de 1941, o Decreto-Lei Estadual n. 586 de 13 de março de 1940, criou o Serviço de Profilaxia da Lepra (SPL), subordinado ao Departamento Nacional de Saúde e sob a coordenação do Dr. Antônio Justa. O SPL tinha sob sua responsabilidade os seguintes órgãos: Leprosário Antônio Diogo, Dispensário Oswaldo Cruz e Preventório Eunice Weaver que substituiu a Creche Souza Araújo. Assim, todas as instituições e serviços de algum modo ligados à profilaxia e tratamento da *lepra* no Estado, estavam, a partir de então, sob coordenação e direção do SPL ⁴²⁵.

Com a morte de Antônio Justa em 1941⁴²⁶, a direção do SPL foi facultada ao leprologista Walter de Moura Cantídio. A gestão de Cantídio no SPL foi marcada pela ampliação dos serviços do Dispensário Oswaldo Cruz que dirigido pelo Dr. Walter Frota, passou a dispor de salas de exames diferenciados para doentes e comunicantes, laboratório especializado, gabinete, sala de funcionários, salas de espera para comunicantes e doentes também separadas. No período, o Dispensário tornou-se referência nacional no seu gênero.⁴²⁷

Com base no artigo 05 do referido Decreto, foi possível ao Governo Estadual encampar o Leprosário Antônio Diogo, à época com 330 internos. Essa ação possibilitou uma série de melhoramentos para referido leprosário, além de ter propiciado-lhe renda própria e certa mensalmente, diminuindo assim a dependência de doações oscilantes, inclusive aquelas provenientes do governo federal.

No entanto, a grande expectativa dos cearenses no campo do combate à *lepra* consistia na inauguração da nova Colônia de Leprosos. O então Diretor do Departamento

⁴²⁵ Com a morte de Antônio Justa em 1941, assumiu a chefia do SNL no Ceará, o Dr. Walter Cantídio.

⁴²⁶ Antônio Justa morreu aos sessentas anos e segundo a imprensa, a sua morte causou grande comoção à população cearense. Seus funerais foram considerados apoteóticos. Os jornais da época citavam “centenas de pessoas” presentes às cerimônias fúnebres. É interessante destacar que nenhum periódico faz alusão à causa da sua morte. Hoje, alguns amigos de seus descendentes afirmam que ele teria contraído lepra.

⁴²⁷ BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 121.

Nacional de Saúde, Dr. João Barros Barreto, em visita à Fortaleza, aprovou as instalações da nova colônia. Causou excelente impressão também a Barros Barreto a construção do Sanatório de Maracanaú, erguido com o objetivo de constituir-se num moderno centro de profilaxia da tuberculose ⁴²⁸.

Situada a vinte e dois quilômetros de Fortaleza, a Colônia de Leprosos – inicialmente São Bento depois Antônio Justa - foi classificada como um “sítio aprazível com excelentes possibilidades agrícolas”. Apesar da documentação oficial⁴²⁹ informar que a nova colônia cearense teria sido totalmente erguida com recursos federais, a imprensa local deu grande destaque ao fato da Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra ter levantado os recursos para a aquisição do terreno no âmbito do Estado em “rumorosa campanha cristã”⁴³⁰. Ao dar tanta ênfase à compra do terreno pela Federação, parecia à imprensa desconhecer que a aquisição dos terrenos pelos estados para instalação dos leprosários, era prevista desde o Plano de Combate à Lepra de 1935 ⁴³¹.

A nova Colônia oferecia áreas cultiváveis e possuía capacidade para 600 doentes, além de atender à exigência sanitária de um hectare para cada infectado. Seguindo o modelo convencional, a colônia possuía as três zonas: sadia, neutra e doente cada uma obedecendo aos preceitos da moderna leprologia. Logo após a inauguração da Colônia Antônio Justa, foi instalado o Educandário Eunice Weaver, com vistas a abrigar os filhos sadios dos leprosos

⁴²⁸ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 11 de novembro de 1940, p. 6.

⁴²⁹ **Notas sobre a Lepra: Contribuição da União para o Combate à Lepra.** Arquivos Capanema. CPDOC/FGV.

⁴³⁰ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 08 de janeiro de 1940, p. 2. Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 9 de janeiro de 1940, p. 3. *Revista Ceará Médico*. Fortaleza, 1940, pp. 10-12.

⁴³¹ Entendeu-se que o relatório do biênio 1939-1941 da Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra apontou o avanço nas obras do novo preventório cearense, cuja inauguração estava prevista para o ano seguinte. Apesar de ter recebido no citado biênio a quantia de 350.000\$000 do governo federal para construção e gastos com a instalação do mesmo, esta se revelou insuficiente para a conclusão das obras. A sociedade recebeu ainda em contribuições e donativos de particulares a quantia de 57.984\$000 para auxílio na edificação do abrigo para os filhos sãos dos leprosos.

segregados na nova colônia. Desse modo, foi desativada a antiga creche Silva Araújo que, inaugurada em 1930, abrigou os filhos sãos dos lázaros isolados em Antonio Diogo.

Segundo o plano de combate à *lepra* esboçado pelo SNL no período considerado entre 1940 e 1942, a verba orçamentária destinada ao Ceará para a construção do novo leprosário e preventório foi assim equalizada:

Tabela 21. Verba destinada do Ceará pela União para a construção do novo leprosário e preventório

Anos	Leprosário Antônio Justa	Preventório Eunice Weaver
1940	207: 000\$000	140:000\$000
1941	279: 242\$000	130:000\$000
1942	100: 000\$000	125:000\$000
Total	586: 242\$000	395:000\$000

Fonte: Atribuições do Serviço Nacional da Lepra (1940-1942) Ministério da Educação e Saúde. Serviço Nacional da Lepra. p 16. Rio de Janeiro: Arquivos Capanema -CPDOC - FGV

Apesar de ter sido oficialmente inaugurado em 1941, a Colônia Antônio Justa não foi ocupada de imediato. Durante o ano de 1941, apenas seis internos foram instalados na nova leprosaria. Em meados de 1942, o novo leprosário abrigava menos que noventa internos, enquanto Antônio Diogo acomodava 342 doentes. Segundo os números do censo que estava sendo realizado na ocasião, o Ceará possuía, em 1942, 1.406 casos confirmados de *lepra*. Até 1941, o censo dos leprosos tinha sido realizado em 27 dos 79 municípios cearenses, tendo fichado na data acima mencionada 1.346 doentes, restando, portanto, ainda 52 municípios para a realização do censo completo no Estado.

Uma das primeiras preocupações de Walter Cantídio, ao assumir o SPSL, foi reduzir o número de internos de Antonio Diogo à capacidade normal do estabelecimento naquele momento: 300 doentes. As 36 crianças, filhos e filhas de leprosos isolados na Creche Silva Araújo (que fazia parte das responsabilidades financeiras e administrativas do Leprosário Antonio Diogo), foram transferidas para o recém-inaugurado Educandário Eunice

Weaver*. Assim, com a redução do número de doentes e com o desaparecimento da creche e manutenção da mesma verba, pode-se avaliar que uma pequena melhoria geral ocorreu para os internos de Antônio Diogo, em instalações, alimentação e medicamentos. Abaixo, o resumo do movimento da Colônia Antônio Diogo em 1942⁴³²:

Tabela 22. Movimento da Colônia Antonio Diogo em 1942

Doentes internados	26
Doentes transferidos para Colônia Antonio Justa	33
Fugas	11
Voltaram	09
Falecidos	23
Doentes existentes em 31/12/1942	296
Medicações aplicadas	26.351

Fonte: Relatório do Departamento Estadual de Saúde. Fortaleza, agosto 1943, pp. 31-32.

Walter Cantídio exerceu também a direção da Colônia Antônio Justa até 1943, quando foi nomeado um diretor residente: Dr. Manoel Odorico de Moraes. Além do médico residente, prestava serviço especializado aos internos o Dr. José Maria de Andrade⁴³³. O Chefe do SPL viajava semanalmente às Colônias a fim de acompanhar todos os serviços e ouvir os doentes acerca das suas críticas e necessidades. Abaixo o movimento da Colônia Antônio Justa no ano de 1942:

⁴³² Relatório do Departamento Estadual de Saúde. Fortaleza, agosto de 1943, pp. 31-32.

* A transferência dos filhos indenes dos leprosos segregados na Creche Souza Araújo (em Antônio Diogo) para o Preventório Eunice Weaver, significou deixar ainda mais longe os filhos dos seus pais, ampliando as já pequenas possibilidades de comunicação então existentes.

⁴³³ Dr. José Maria de Andrade era *oftalmo-oto-rino-laringologista*. Semanalmente prestava serviço nos ambulatórios das Colônias Antônio Justa e Antônio Diogo.

Tabela 23. Movimento da Colônia Antonio Justa em 1942.

Doentes Internados	84
Fugas	02
Doentes Falecidos	03
Doentes Existentes em 31/12/1942	85
Medicações aplicadas	7.753

Fonte: Relatório do Departamento Estadual de Saúde. Fortaleza, agosto 1943, pp. 31-32.

Parece incompreensível, mas a nova Colônia abrigou por todo o período do isolamento compulsório, menos enfermos que a Colônia Antônio Diogo⁴³⁴. Analisando superficialmente, não entende-se como um espaço mais moderno, mais confortável, com um maior aparato médico e clínico, localizado mais próximo da capital e com uma maior capacidade para receber os doentes, não o fazia.

Deste modo, no final do ano de 1942, a Colônia Antônio Justa com capacidade para 600 doentes, não possuía 160 internos. Talvez a chave para o entendimento dessa questão resida no fato de que a maioria dos internos de Antônio Diogo vinha do interior do Estado, sendo mais prático o deslocamento para a antiga colônia, ao invés de se dirigirem para a capital, passar antes pelo Dispensário para exames, para depois serem encaminhados à nova Colônia. Suspeita-se que o processo de internação na nova Colônia era mais burocrático dada a sua proximidade com a capital e o Dispensário Oswaldo Cruz.

Por outro lado, o processo de transferência de enfermos de uma Colônia para outra era delicado, uma vez que os mesmos no seu espaço de moradia, constituíram amizades, criaram vínculos bem como solidificaram relações amorosas que muitas vezes resultaram em casamento e constituição de família. Mais um dado importante é que a partir de meados da década de 1930, tornou-se uma prática comum os familiares dos doentes comprarem terrenos no entorno da Colônia e ali edificarem suas residências, criando assim uma estratégia de

⁴³⁴ Boletim das Bodas de Prata da Colônia Antônio Diogo. Fortaleza, agosto de 1953, pp. 56-57. Acervo Particular do Dr. Flávio Feitosa, Administrador do Hospital Antônio Justa.

proximidade, ainda que espacial, com os parentes isolados. Deste modo, para muitos a transferência para a nova Colônia não representava vantagem.

Até o advento das sulfonas em 1943, a profilaxia da *lepra* processou-se ancorada em três atividades institucionais: Leprosários, Dispensários e Preventórios. Em meados da década de 1940 já aconselhava-se destinar os leprosários aos pacientes de lepra aberta (hoje virchowianos, contagiantes); os Dispensários aos exames e contatos de pessoas suspeitas e ao atendimento dos casos não contagiosos e os Preventórios à educação dos filhos de *leprosos* internados.

Com base nos resultados do tratamento sulfônico a *lepra* foi considerada curável e com o tratamento usado a doença não progredia a ponto de causar mutilações. Nessas condições, o grande objetivo era tornar não contagiosos mesmo os casos de lepra aberta, contagiosa, evitando desse modo o aparecimento de novos casos e conseqüentemente a redução progressiva da endemicidade.

Ainda assim, é imperioso esclarecer que a liberação do paciente por alta era algo muito raro na década de 1940. Embora diante da constatação da cura clínica pelas sulfonas, a grande maioria dos enfermos possuía deformidades permanentes. Desse modo, muitos preferiam continuar residindo nas colônias numa tentativa de fugir do estigma causado pela doença. Nesse sentido é importante observar o quadro das altas dos pacientes no Brasil entre 1942 e 1945:

Tabela 24. Quadro das Altas no Brasil por Estado entre 1942 e 1945.

Estados	Altas hospitalares	Altas condicionais	Altas definitivas
Amazonas	0	0	0
Pará	15	11	04
Maranhão	0	0	04
Piauí	01	0	01
Ceará	0	0	0
Rio G. do Norte	19	07	01
Paraíba	04	0	0
Pernambuco	01	01	01
Alagoas	02	0	0
Sergipe	0	0	0
Bahia	03	13	0
Espírito Santo	236	12	12
Estado do Rio	0	01	0
São Paulo	2.224	1634	186
Paraná	0	40	50
Santa Catarina	0	09	0
Rio G.do Sul	48	0	0
Minas Gerais	173	0	0
Goiás	0	0	0
Mato Grosso	0	0	0
Distrito Federal	102	12	04
Acre	0	0	0
Total	2.826	1740	263

Fonte: Resumo Histórico da Lepra no Brasil. Ministério da Educação e Saúde – Departamento Nacional de Saúde-Serviço Nacional da Lepra. Rio de Janeiro, 1945, pp. 12-13.

No Ceará, somente em novembro de 1952, os primeiros *leprosos* receberam alta numa tentativa de que voltassem às suas atividades no meio social. Dos 330 internos na Colônia Antonio Justa, obtiveram alta 30 pessoas. Tal fato obteve larga repercussão nos jornais locais. O número de *leprosos* registrados no Ceará, na ocasião das primeiras altas era de 2.397 doentes. Vale ressaltar que todos os doentes que obtiveram alta naquele ano, eram internos da Colônia Antônio Justa.⁴³⁵

⁴³⁵ PORTO, Wálter. Censo da Lepra no Ceará. *Revista Ceará Médico*. Fortaleza. Janeiro de 1953, p. 42.

Os resultados favoráveis da sulfonoterapia, que permitiram amplas possibilidades de recuperação, mudaram a face do tratamento médico da *lepra*. A imprensa a partir de então promoverá larga divulgação aos trabalhos das Comissões de Alta e Transferências. E se, trinta anos antes, clamava pela segregação dos enfermos, fazia agora papel oposto, conclamava o povo, associações e autoridades a aceitarem o retorno do *ex-leproso* à sociedade.

No Congresso Internacional da Lepra realizado em Madrid em 1953 o isolamento compulsório sofreu sérias críticas, pois já estava provado que a sulfonoterapia era capaz de destruir a capacidade de contágio já no início do tratamento. Nesse sentido, a profilaxia baseada na permanência dos doentes entre os muros do leprosário ou num cômodo da própria residência não fazia sentido. O combate ao isolamento compulsório firmou-se no VII Congresso Internacional da Lepra, realizado em Tóquio em 1958. Dentre os critérios aprovados nesse congresso, o isolamento foi definido como medida anacrônica, sem nenhuma influência no tratamento e insuficiente para a cura da doença. Dessa maneira, inaugurou-se uma nova fase na profilaxia e tratamento da *lepra* onde os medicamentos foram priorizados como medida fundamental no tratamento, deixando de ser o isolamento uma prática oficial de profilaxia no final da década de 1950. Porém, o fim ao isolamento obrigatório dos doentes só ocorreu através do Decreto Federal de 09 de maio de 1962 ⁴³⁶.

Na verdade, o Decreto de Maio de 1962 não significou a “abertura dos portões” das antigas colônias. No Ceará essa prática somente ocorreu efetivamente na década de 1970⁴³⁷. No entanto, não é demais deixar claro que o fato dos ex-internos poderem circular livremente não significou sua aceitação no seio da sociedade. As seqüelas herdadas da longa enfermidade marcaram (duplamente) aquelas pessoas, não permitindo uma real inserção no mundo do trabalho ou mesmo na vida em sociedade. O resultado dos longos anos de

⁴³⁶ BRASIL, Diário Oficial da União, publicado em 09 de maio de 1962, p 51134.

⁴³⁷ TAVARES, Clodes Maria. **Evolução da Epidemia Hansênica no Estado do Ceará**. Dissertação de Mestrado de Saúde. Fortaleza, 1996, p. 34.

segregação e de desconhecimento dos agentes etiológicos da doença criaram “vidas ausentes” de um mundo em transformação.

Os avanços na área médica que possibilitaram a cura da enfermidade não foram de imediato apreendidos pela sociedade, que continuava a enxergar naquelas pessoas os *leprosos* de antes. Tais posturas explicam que em pleno século XXI muitas das ex-colônias continuam a abrigar os antigos doentes, que ainda vivem apartados da sociedade de hoje.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os dados oficiais mais recentes, a hanseníase hoje atinge em altos índices e em escala crescente o Continente Africano e a América Latina. A Índia é o país com o maior número de casos relativos em todo o mundo, seguido pelo Brasil. O Brasil, não só é o segundo em números absolutos, como as estimativas o apontam como o país onde existe o maior coeficiente de detecção da doença⁴³⁸.

Com base em dados de 2006, o número total de portadores de hanseníase nas Américas seria superior a 200 mil. O Brasil seria responsável por 80% dos casos. Nesse sentido, existiriam em torno de 160.000 registros ativos entre a população brasileira. O mais alarmante é que o Brasil é um dos países em que os índices de redução da doença são pequenos e a baixa cobertura para o tratamento pelos poderes públicos é um dado inegável.

Nos Estados Nordestinos, há uma tendência para a expansão da doença. Atualmente, Maranhão e Pernambuco possuem os maiores casos absolutos em hanseníase, sendo o Ceará o terceiro na região. O Ceará registrou no final de 2005 um coeficiente de prevalência de 1,76 casos/10.000 habitantes e um coeficiente de detecção de 3,4/10.000 habitantes. Já no final de 2006, observou-se uma pequena queda no coeficiente de prevalência para 1,75/10.000 e 2,8/10.000 na detecção de novos casos⁴³⁹.

O Estado do Ceará ainda não atingiu a meta de eliminação da hanseníase proposta pela Organização Mundial de Saúde (1,0/10.000 habitantes) enquanto problema de saúde pública. Em 2006, 154 municípios notificaram novos casos e somente 30 municípios não o

⁴³⁸ DADOS SOBRE O CONTROLE DA HANSENIASE NO BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2006.

⁴³⁹ No cômputo geral verifica-se que a hanseníase afeta indistintamente homens e mulheres. Em 2005 os registros apontavam 1388 doentes do sexo masculino e 1372 do sexo feminino. Informe Epidemiológico-Hanseníase. Núcleo de Epidemiologia. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, junho 2006. p 2.

fizeram. Fortaleza* contabiliza o maior número de enfermos no Estado com 949 novos casos registrados em 2005, o que significa um coeficiente 3,8/10.000 habitantes⁴⁴⁰.

A hanseníase continua sendo um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, revelando uma correlação íntima entre pobreza e doença. As explicações para a persistência de uma moléstia considerada erradicada do mundo civilizado são as mais variadas: deficiência de informações, baixa cobertura dos programas de tratamento, deficiência de capacitação de recursos humanos nas unidades de saúde, alto índice de abandono de tratamento, dificuldade de controle e supervisão dos programas em funcionamento, além da baixa prioridade em relação a outros problemas de saúde pública, considerados mais urgentes.

Por mais que pretenda-se afastar a hanseníase dos sentidos que lhe foram imputados historicamente, a incapacidade da ciência médica em promover a sua extinção e mais que isso, por não ter conseguido apagar em muitos casos as suas marcas físicas, mesmo promovendo a sua cura, deram a essa enfermidade um caráter estigmatizante que, mesmo em nossos dias, expõe seus portadores a preconceitos inaceitáveis.

Entende-se que o estigma que ainda hoje cerca essa doença está relacionado às suas características clínicas. As manifestações externas da hanseníase acabaram compondo um conjunto complexo de reações na sociedade e no doente pelas deformidades e incapacidades resultantes de sua evolução sem tratamento, pela evolução crônica e de longa duração, pelo prolongado período de incubação e início silencioso, pela alta endemicidade e associação com baixos padrões de vida e pela aparente incurabilidade. Todas essas

* Fortaleza, Maracanaú, Sobral, Iguatú e Juazeiro do Norte notificaram 1.155 novos casos da doença correspondendo a 49,6% dos 2.327 casos novos registrados no Estado. Informe Epidemiológico: Hanseníase. Núcleo de Vigilância e Epidemiologia. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, abril, 2007.

⁴⁴⁰ Dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Departamento Estadual de Epidemiologia. Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase. Avaliação do ano de 2006.

singularidades colocam ainda a hanseníase como uma enfermidade que causa pavor e preconceito.

Essa enfermidade, historicamente caracterizada como doença de caráter divino na Antiguidade e moléstia de grande poder letal na Idade Média, a *lepra* chegou à Modernidade como uma patologia em vias de extinção. Porém, o século XIX chegou ao seu final com uma nova onda da “terrível pandemia” em várias partes do mundo. O desconhecimento dos agentes etiológicos da doença pela ciência médica e o imobilismo governamental marcaram os primeiros tempos de convivência com o retorno da *morphéa* já em princípios do século XX.

Na medida em que a doença tornou-se visível, o primeiro segmento social a discuti-la em termos de tentar encontrar soluções para a sua erradicação foi obviamente o segmento médico. Nesse sentido, instaurou-se, entre os grandes nomes da medicina da época, um campo de disputas em torno das origens e causas da doença bem como das medidas necessárias para contê-la. As diferentes concepções da enfermidade e as inicialmente conflitantes propostas de intervenção puseram, muitas vezes, em lados opostos, os mais conhecidos e influentes médicos e higienistas do período, na medida em que a magnitude da *moléstia* revelava uma ameaça coletiva e, portanto, um problema de saúde pública.

Ao lado da sífilis e da tuberculose, a *lepra* formou a tríade dos grandes flagelos sociais das primeiras décadas do século XX. As intervenções ultrapassaram os limites desejáveis entre as esferas pública e privada e colocaram em primeiro plano as “obrigações devidas” à coletividade ameaçada. O discurso médico, em torno da magnitude da doença e a conseqüente necessidade de segregação como única medida profilática válida na tentativa de deter a doença, justificou muitas vezes ações violentas e repressoras por parte dos governantes, ancoradas no discurso da manutenção da saúde dos cidadãos brasileiros.

Não é incorreto afirmar que as atividades sanitárias e ações contra a *lepra* no Brasil, ocorreram de modo assistemático pelo menos até 1930. Um pouco antes do período recortado para essa investigação, no I Congresso Americano da Lepra⁴⁴¹, coordenado por Carlos Chagas, as primeiras medidas aprovadas para que tivesse início no Brasil o combate ao Mal de Lázaro foram: recensear os *leprosos* de todos os estados, abrir colônias para combater o contágio, instituir um plano uniforme de luta aplicado simultaneamente em todo o território nacional, bem como permitir, em certas condições, o isolamento domiciliar.

Embora, em 1915, tenha sido formada uma comissão de notáveis médicos e higienistas que se auto-denominaram “Comissão de Profilaxia da Lepra” cujo objetivo consistia em encontrar formas de combate à doença, as acaloradas discussões ocorridas na Academia Nacional Imperial de Medicina tomaram outros rumos e acabaram encaminhando-se para questões mais teóricas que práticas. Os debates versavam geralmente sobre duas teses em relação à doença: hereditariedade e/ou a capacidade da doença ser ou não contagiosa⁴⁴². Deste modo, foi o Congresso de 1916 que sugeriu as primeiras medidas efetivas de combate à enfermidade.

Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde, comandado inicialmente por Carlos Chagas, é que pela primeira vez se tentou organizar algumas atividades sanitárias contra *lepra*, no Brasil. Embora, somente a partir do Regulamento de 1923, tenham sido estabelecidas algumas resoluções a esse respeito. O citado Regulamento contava com um capítulo dedicado à profilaxia e controle da doença, bem como sugeria modelos para a construção dos leprosários e formas de isolamento para os enfermos. Este serviu como uma espécie de bússola, para os profissionais de saúde que, de certo modo, eram

⁴⁴¹ I Congresso Americano da Lepra. Rio de Janeiro, 1916. Arquivos Capanema CPDOC.

⁴⁴² ANDRADE, Vera Lúcia. **A Evolução da Hanseníase no Brasil e Perspectivas para sua eliminação como um problema de Saúde Pública.** Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1996, mimeo, p.17.

obrigados a lidar com a questão, pois não havia ainda cursos no Brasil que formassem leprólogos.

No alvorecer das luzes do ano de 1920, a presença da *lepra* no Ceará era um fato incontestável. Do abandono total em que viviam os *leprosos* cearenses entregues à própria sorte, passou-se à organização de ações filantrópicas cujo objetivo maior consistia no recolhimento dos enfermos das ruas e praças da capital do Estado. Não pairam dúvidas que o Leprosário da Canafistula, depois Antônio Diogo, foi edificado visando possibilitar o real afastamento dos doentes das pessoas sãs, bem como evitar o espetáculo dos *leprosos andrajosos* a desfilar pelas principais artérias da cidade.

Nessa perspectiva, o Estado do Ceará tentou alinhar-se ao modelo e às práticas consideradas mais adequadas ao trato com a enfermidade, sugeridas pelos grandes sanitaristas do país, pelo Regulamento de 1923 e pelos Congressos Internacionais.⁴⁴³ Um dado interessante que é sugerido pela documentação é que, apesar de todo o esforço dispensado à segregação dos doentes nos Leprosários, em nenhum momento é perceptível atos de extrema violência no processo de internação dos doentes, como ocorreu em São Paulo, por exemplo. A impressão que ficou é que no Ceará, as internações davam-se através do convencimento pautado na pressão psicológica exercida através dos médicos no contato com os doentes, familiares e até mesmo dos vizinhos. Mais tarde, a partir da década de 1940, obtiveram muito sucesso, nesse sentido, as campanhas realizadas através dos programas de rádio, cuja estratégia discursiva atingia diretamente aos enfermos e sua família. Tal estratégia revelou-se extremamente eficaz no processo de segregação voluntária dos enfermos⁴⁴⁴.

Tomando por base as sugestões do artigo 139, do Regulamento de 1923, verificou-se que o primeiro Leprosário cearense, inicialmente batizado como Leprosário da Canafistula,

⁴⁴³ STUDART, Guilherme. Revista do Instituto do Ceará. Tomo XLVI. Ano XLVI. Fortaleza, 1932, p. 90.

⁴⁴⁴ A P.R.E. – 9 E ANTÔNIO DIOGO. *Revista Ceará Médico*. Fortaleza, Agosto 1948, pp. 32-33.

não se enquadrava em nenhuma das classificações estabelecidas pelo Regimento para denominar um espaço que devia segregar *leprosos*. Pelas suas características e modo de funcionamento, pode-se afirmar, sem sombra de dúvida, que o primeiro leprosário cearense configurou-se efetivamente num grande Asilo para os acometidos da *morphéa*: um depósito de enfermos assistidos pela caridade pública.

O Leprosário da Canafistula possuía instalações físicas extremamente precárias, sem luz e sem um sistema de água adequado. Eram mínimas as possibilidades de prestar atendimento médico especializado, visto que o médico que visitava a Leprosaria o fazia uma vez por semana e a medicação estava sempre em falta⁴⁴⁵. Concluiu-se então que seus maiores objetivos eram: evitar o “espetáculo” dos *leprosos* perambulando pelas ruas da capital e tranquilizar a população apavorada, diante da ameaça do contágio, na medida em que o “perigo” era afastado para longe do maior centro urbano do Estado, conforme exigia a legislação da época.

O combate à *lepra* no Ceará, iniciado em princípios de 1920, encampado inicialmente pela Igreja Católica e pelas várias associações caritativas que a mesma coordenava, possibilitou ampla visibilidade não só à própria Igreja, mas também a essas sociedades que, em primeira mão, denunciaram a presença da moléstia no Estado através principalmente do jornal *O Nordeste*. Foi sem dúvida este periódico que saiu na frente, na exigência de providências dos poderes públicos para a resolução do problema do isolamento dos *leprosos*. E foi uma sociedade filantrópica (com o auxílio da sociedade cearense) quem construiu e manteve o primeiro leprosário cearense por mais de uma década. Todas essas ações foram orquestradas pela Igreja Católica com ampla divulgação do jornal *O Nordeste*.

⁴⁴⁵ Boletim Comemorativo das Bodas de Prata da Colônia Antônio Justa. p. 38. Biblioteca Particular do Dr. Flavio Feitosa, administrador da ex-colônia, hoje Hospital Antônio Justa.

Naquele momento, o isolamento compulsório era a única medida profilática aceitável em virtude do desconhecimento dos agentes etiológicos da doença e das suas formas de contágio. A configuração fundada no caráter contagioso da doença impunha a necessidade de uma agenda ou de autoridades capazes de agir sobre todo o território nacional e sobre todos os indivíduos na perspectiva de tentar impedir que localidades e pessoas fossem atingidas pelo terrível *mal*. Deste modo, a partir de várias decisões e ações que contaram com a anuência e interesse das elites políticas, um crescimento do ativismo estatal na área da saúde e do saneamento e de sua capacidade de implementar políticas em todo o território nacional ganharam corpo a partir de 1930⁴⁴⁶.

O movimento de 1930 e seus desdobramentos na área da saúde configuraram uma nova estratégia de poder, promovendo uma ampliação considerável das funções estatais na tentativa de estabelecer uma nova relação Estado-Sociedade. Nesse sentido, realizou um duplo movimento: restringiu o núcleo decisório, ao mesmo tempo que realizou um esforço para ampliar as suas bases de sustentação, incorporando certas demandas das camadas populares.

Em 16 de julho de 1934, Getúlio Vargas, eleito pela Constituinte para Presidência da República indicou Gustavo Capanema para o MESP dez dias depois⁴⁴⁷. Deste modo, o processo de construção institucional da saúde pública, enquanto política estatal foi profundamente marcado pela administração Capanema, que norteou as ações de saúde pública, adequando-as aos princípios políticos do Estado Vargasista. No comando do Ministério, Capanema elaborou uma agenda onde procurou instituir um formato unificado para os serviços federais de saúde, visando a centralização administrativa dos órgãos de saúde nos estados. Na apresentação de seu projeto a Getúlio Vargas, Capanema explicitou as

⁴⁴⁶ HOCHMAN, Gilberto. Regulando os Efeitos da Interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado. **Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, vol 6, n 11 1993, pp. 46 a 61.

⁴⁴⁷ CUNHA, Vívian da Silva. Op. Cit. pp. 90-91

tarefas prioritárias a serem realizadas por seu Ministério: sistematizar normas, disciplinar e atribuir funções de coordenação e uniformização das ações de saúde em todo território brasileiro⁴⁴⁸. Assim, foi iniciada uma reforma administrativa nos serviços federais de saúde, segundo as orientações políticas e ideológicas do Estado Vargas que trazia no seu bojo, o discurso da formação de uma nova nação e de um novo homem.

Apesar de proposta em 1934, a Reforma Capanema foi aprovada em 13 de janeiro de 1937 e a primeira das proposições postas em prática foi a instalação das Delegacias Federais de Saúde que dividiu o país em oito regiões para fins administrativos. Essa medida objetivava tornar o Governo Federal mais presente nos Estados, supervisionando as ações de saúde, tanto aquelas em que havia a colaboração entre a União e os serviços locais de saúde como a inspeção dos serviços federais. Dessa forma, a construção de um aparato organizacional, centralizado com capacidade de coordenar, executar e fiscalizar as ações de saúde nos Estados e o esforço de padronização de normas e serviços são características da gestão Capanema⁴⁴⁹.

O período é também marcado pela expansão do DNSP que foi transformado em Diretoria Geral de Saúde Pública e novos serviços foram criados, cada um sob inspiração e orientação de um especialista reconhecido. O Decreto-Lei 24.438 de 21 de junho de 1934 que transformou o Departamento Nacional de Saúde em Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social, suprimiu as Inspetorias e entre elas a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. O sistema generalizado dos Centros de Saúde foi implementado, com a conseqüente criação das Inspetorias dos Centros de Saúde, fruto da reforma por que passaram os serviços de saúde pública. Os Centros eram especializados no tratamento das doenças endêmicas e epidêmicas assim como prestavam atendimento nas áreas de higiene infantil e

⁴⁴⁸ WAHRLICH, Beatriz M. de Souza. **Reforma Administrativa na Era de Vargas**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.

⁴⁴⁹ HOCKMAN, Gilberto. Op. Cit. pp. 147-149.

pré-natal, oftalmologia, otorrinolaringologia e higiene do trabalho. Além dos médicos especialistas, atuavam no Centro de Saúde engenheiros, enfermeiras visitadoras e guardas sanitários com vias à ampliação dos serviços da Polícia Sanitária. Esse formato, de modo geral, era aplicado a todos os estados.

A partir de 1937, observa-se que as campanhas de saúde pública promovidas pela União visavam o controle sistemático das doenças endêmicas e salubridade do trabalhador, considerados, naquele momento, os grandes problemas da saúde pública. Até esse momento, a principal política de combate à *lepra* do Governo consistia ainda no isolamento dos doentes. Visando sistematizar a profilaxia e o tratamento da doença, Vargas implantou uma larga campanha de construção de modernas colônias e modernização dos leprosários antigos por todo o país, no intuito de controlar e extinguir uma doença já erradicada em vários países.

O isolamento compulsório ganhou novos matizes apoiado nos argumentos assistencialistas e paternalistas, próprios da política autoritária daquele contexto. Tais argumentos amparavam-se na idéia de que as colônias de isolamento eram os únicos locais onde os *leprosos* poderiam receber os cuidados necessários. Além do tratamento médico especializado, o Estado ainda cuidava dos seus filhos indenes, educando-os e tornando-os homens e mulheres aptos para o trabalho. Com base nesses argumentos, o Estado Novo ampliou a política segregacionista, propiciando também um processo de afastamento de uma parte da população pobre do país que não seria facilmente inserida no mundo do trabalho.

Mesmo promovendo um discurso arrojado que enfatizava a modernidade e a racionalidade das instituições públicas do país, o Governo Federal aproximou-se da Igreja Católica que oferecia a adesão dos seus fiéis às políticas públicas do Estado Novo. No Ceará, tal aproximação foi fundamental para que um partido político católico - a LEC – dominasse a cena política por mais de uma década. Neste Estado, a parceria entre Governo Federal e Igreja

propiciou a manutenção de várias instituições públicas e filantrópicas de saúde⁴⁵⁰ e tal acordo foi fundamental para a implementação das ações de saúde planejadas pelo Estado Novo para o Ceará.

Efetivamente os serviços de saúde pública no Ceará sofreram três reformas entre 1930 e 1939, ancoradas nas propostas federais. A primeira mudança, operada através do Decreto de 05 de janeiro de 1931, criou o Serviço Sanitário do Estado que poucas alterações causou ao modelo de assistência e saúde já existente. Em 1933, na administração do Interventor Carneiro de Mendonça, foi possível um planejamento sistemático dos mecanismos de saúde pública sob a coordenação do sanitarista Amílcar Barca Pelon, que organizou uma agenda de saúde até então inédita no Estado. A terceira reforma ocorreu em 1939, já sob a Interventoria de Menezes Pimentel e teve como carro-chefe a criação do Departamento de Saúde Pública do Ceará, em verdade, bem pouco acrescentando às ações delineadas pela Reforma de 1933.

A Reforma de 1933, possibilitou inicialmente uma política de recursos humanos que consistiu em treinamento sistemático dos profissionais envolvidos com a saúde pública no Estado. Tais medidas resultaram na observação rigorosa dos técnicos selecionados para a realização das ações planejadas pelo Centro de Saúde, que foi transformada na peça fundamental de toda a organização sanitária no Ceará. O principal marco da administração Pellon, a implantação do sistema de divisão distrital, possibilitou aos municípios mais populosos a implantação de seus Distritos Sanitários constituídos por áreas específicas de atendimento à população⁴⁵¹. A Reforma de 1939 apoiou-se em grandes linhas na agenda

⁴⁵⁰ A participação de religiosas e religiosos na administração de instituições de saúde laicas contribuiu para a legitimação das políticas autoritárias e disciplinadoras dos governos estadual e federal. A normatização das práticas instituídas pelos religiosos a partir de argumentos religiosos, encontrava um paralelo no processo político-institucional autoritário em vigor. In PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. **Os Escolhidos de São Francisco: a aliança entre a Igreja e o Estado para Profilaxia da Lepra no Hospital Colônia Itapuã (1930-1940)**. Dissertação de Mestrado em História, PUC/ Porto Alegre. Porto Alegre, 2005, mimeo

⁴⁵¹ Relatório de Amílcar Barca Pelon ao Governador Menezes Pimentel. Fortaleza, março 1936, pp. 12-13.

elaborada por Pellon, ampliando-a porém no que dizia respeito à saúde da criança e ao acompanhamento pré-natal. Pode-se destacar também uma preocupação por parte dos técnicos da gestão Pimentel, com a informação. Os jornais e até programas de rádios estavam diariamente esclarecendo a população sobre estratégias de prevenção e tratamento das doenças mais facilmente curáveis.

Uma característica particular dos gestores no Ceará era o investimento que, desde o século XIX, era feito às inúmeras instituições filantrópicas de saúde (em caráter de auxílio, aprovadas pelos poderes instituídos) existentes em Fortaleza. Entende-se que tais práticas demandavam menor esforço e constituíam-se numa tarefa mais fácil do ponto de vista operacional e sob a ótica política local com retorno mais imediato, que as longas barganhas com o Governo Federal (apesar das mesmas terem sido feitas). Desse modo, talvez seja possível compreender por que as instituições filantrópicas de saúde continuaram se mantendo no Estado e na capital por toda a década de 1930 e 1940.

Compreende-se que no Ceará foram politicamente interessantes os acordos firmados entre os órgãos promotores de saúde pública, coordenados pelo Governo Federal sob a execução do poder estadual e as atividades realizadas pelas instituições filantrópicas de saúde comandadas pela Igreja. Como as principais ações filantrópicas de saúde no Ceará tiveram a Igreja Católica (pelo menos durante as duas primeiras décadas do século XX) como força motriz e sofreram um salto a partir dos anos 1930, com um grupo político que saiu das suas fileiras, não seria absurdo imaginar que as duas ações complementaram-se, sem conflitos. O que foi muito bom para os grupos políticos locais até 1945. Assim, as ações de saúde pública promovidas pela União e pelo Estado e ações de saúde promovidas pelos grupos filantrópicos formaram um conjunto “harmonioso” e complementar em que ambos se beneficiaram.

Considerada em “franco progresso” desde a Reforma Pelon em 1933, a organização de saúde pública do Ceará realmente caminhou em direção a reais melhoramentos. Entre 1936 e 1940 os investimentos financeiros destinados pelo Estado à área da saúde praticamente dobraram⁴⁵² bem como foram promovidas várias ações no sentido da formação de técnicos (cursos intensivos para guardas sanitários, enfermeiras visitadoras e médicos sanitaristas) além da contínua aparelhagem de vários serviços e padronização das construções para os postos de higiene do interior⁴⁵³.

Data desse período, a criação de um serviço de assistência médica municipal - denominado Pronto Socorro, depois Assistência Médica Municipal de Fortaleza - que inicialmente funcionou anexo às dependências da Santa Casa de Misericórdia. O Pronto Socorro objetivava “preservar a saúde dos seus munícipes dos quais dependia o progresso da cidade e condição “sine qua non” para o urbanismo.⁴⁵⁴” A iniciativa da criação de uma instituição de saúde pública mantida pelo Município, algo até então inédito na cidade, foi amplamente festejada pelos jornais que anunciavam um novo tempo para a saúde pública dos fortalezenses, sob a gestão do Prefeito Raimundo de Alencar Araripe. Dois anos depois, a “Assistência Municipal” contava com serviço de emergência, excelência nas instalações e um bom quadro de médicos e funcionários⁴⁵⁵.

No tocante à questão da *lepra*, a Lei Estadual n. 586, de 13 de março de 1940, criou o Serviço de Profilaxia da Lepra (SPL) no Ceará, evidentemente subordinado ao Departamento Nacional de Saúde, mas sob a coordenação local de Antônio Justa. O SPL tinha sob sua alçada administrativa o Leprosário Antônio Diogo, Dispensário Oswaldo Cruz e o

⁴⁵² Foram investidos no setor da saúde pública quase 2.000:000\$000 anualmente no período situado entre 1936 e 1940.

⁴⁵³ Almanaque do Ceará: estatístico, administrativo, mercantil, industrial e literário para o ano de 1941, pp. 128-130.

⁴⁵⁴ Jornal *O Povo*. Fortaleza, 31 de março de 1943, pp. 3-4 e Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 22 de maio de 1943, pp. 4-5.

⁴⁵⁵ Jornal *O Nordeste*. Fortaleza, 22 de maio de 1943, p. 4.

Preventório Eunice Weaver, uma vez que a Creche Silva Araújo fora desativada. Porém o grande marco da profilaxia e tratamento da *lepra* no Ceará após o Estado Novo foi a inauguração e funcionamento da Colônia Antônio Justa, entre 1941 e 1942, bem como a criação do novo Dispensário da Lepra dirigido por Walter Cantídio. Quanto ao novo Leprosário, foi este construído, segundo as exigências da moderna leprologia, podendo aceitar até 600 enfermos. O Antônio Justa cumpriu a diretriz estabelecida pela União no sentido de não ser um leprosário e sim uma "colônia agrícola".

De modo geral, a campanha contra a *lepra* por parte da União no período situado entre 1920 e 1930 foi bastante assistemática. No primeiro período, a União limitou-se a atender a pedidos de auxílios para a construção ou melhoramentos de leprosários, de acordo com a avaliação das solicitações recebidas. Já o decênio situado entre 1930 e 1940 pode ser dividido em dois momentos: 1931 a 1934 e 1935 a 1940. Entre 1931 e 1934 as reformas empreendidas na saúde pública não alteraram o modelo (?) de combate à *lepra* no país. Nenhum plano foi traçado e a ação do Governo Federal limitou-se à aplicação de cerca de 3.000 contos anuais a serem distribuídos aos Estados. Esse período é também marcado pela ampliação do debate sobre a necessidade do isolamento dos *leprosos* com o apoio quase incondicional da sociedade civil e, neste sentido, é perceptível uma maior mobilização das entidades filantrópicas para a construção e manutenção de Leprosários.

De 1935 a 1940, a profilaxia da *lepra* foi realizada com base nas orientações do Plano para Construção de Leprosários de 1935, cuja verba era empregada quase totalmente na construção e manutenção dos mesmos. Os investimentos chegaram a atingir, entre 1936 e 1939, a quantia de 37.000:653\$250, somente em construção de novos leprosários e melhoramento dos antigos. Como já foi dito, esse período é caracterizado pela ampliação do sistema de segregação dos doentes bem como foi também pródigo em permitir grande

visibilidade ao Governo Federal, também, devido ao interesse demonstrado pelo mesmo à causa dos *leprosos*.

Alguns estudos recentes afirmam que a política de proteção médico-assistencial aos trabalhadores associados, aos institutos de aposentadoria e pensões, dissociadas das ações de saúde pública, não foi apenas resultado de uma estratégia governamental de controle dos trabalhadores, mas também da recusa dos profissionais e dirigentes vinculados ao DNS em abandonar a agenda de combate às endemias no interior e incorporar ações médico-curativas no campo institucional da saúde pública. Essas análises sugerem que, a partir de 1930, agenda da saúde pública foi deixada de lado pela União em virtude da opção primordial pelo mundo do trabalho formal e urbano.

Com efeito, no pós 1930, o Governo Federal priorizou a ação de combate às endemias no interior do país enquanto, nas cidades, o seu foco principal foi direcionado para o trabalhador organizado. A separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária, que se acentuou a partir de 1930, pode ser observada na cisão realizada entre os dois serviços. Deste modo, coube à saúde pública voltar-se para parcelas mais amplas da população e a assistência médica para aqueles que pertenciam a categorias profissionais reconhecidas pelo poder público⁴⁵⁶.

Acredita-se que essas análises não podem ser generalizadas. Esse talvez tenha sido o caso das grandes cidades, já com um parque industrial como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte. Mas efetivamente não se aplicou ao Ceará. Neste Estado, como já foi visto, é principalmente no pós 1933, a partir da Reforma Barca Pellon, que ocorreu, sem dúvida, uma ampliação dos serviços de saúde pública no Estado que foi consolidada durante o Estado Novo. As reformas implantadas no âmbito da saúde pública no Ceará, na década de 1930,

⁴⁵⁶ HOCHMAN, Gilberto. A Saúde Pública em Tempos de Capanema: continuidades e inovações. HELENA BOMENY (org) **Constelação Capanema: intelectuais e políticos**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001, pp. 143-145.

foram mais significativas, tanto em quantidade como em qualidade de serviços que em qualquer outro momento até então.

Somente entre 1939 e 1940 foram criadas em Fortaleza, algumas instituições de saúde cujo objetivo era prestar assistência médica a determinadas categorias profissionais reconhecidas pelo poder público. Em abril de 1939, foi inaugurado o Hospital Militar do Ceará, cujos serviços deveriam atender à Polícia Militar, à Guarda Cívica de Fortaleza, Corpo de Bombeiros e Guarda Municipal. Os benefícios proporcionados aos membros das organizações militares eram extensivos aos funcionários civis dos departamentos policiais. O Hospital Militar estava diretamente subordinado à Secretaria de Polícia e Segurança Pública e seu principal intento era a centralização dos diversos serviços de saúde das corporações militares bem como propiciar proteção médico-assistencial aos trabalhadores militares do Estado de modo geral.

Um outro empreendimento no campo da saúde que visava a promoção médico-assistencial de um determinado segmento de trabalhadores, consistiu na fundação do Hospital Marítimo dos Estivadores do Porto de Fortaleza. Criado graças à iniciativa do sindicato dos estivadores, o citado hospital inaugurou na cidade um modelo específico de assistência à saúde do trabalhador, modelo este independente do campo da saúde pública governamental, porém atrelado aos institutos de aposentadoria e fundos de pensões já correntes em muitas categorias profissionais das grandes cidades brasileiras, mormente na capital federal, desde os primeiros anos da década de 1930.

Não seria correto afirmar que o surgimento da endemia leprótica no Ceará foi responsável pela montagem dos aparatos em saúde pública e/ou propiciou uma ampliação da qualificação médica a exemplo do que ocorreu na Colômbia⁴⁵⁷. Neste Estado, acredita-se que

⁴⁵⁷ OBREGON, Diana. **Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia em Colômbia**. Medellín: Banco de La República/Fondo Editorial Universidad, 2002.

os serviços públicos vieram em parte, à reboque da agenda do Governo Federal bem como em virtude das necessidades reais do Ceará, castigado há décadas pelos mais variados surtos de endemias e epidemias. A instalação dos mecanismos em saúde pública podem também ser compreendidos no âmbito do esforço sanitário, higiênico e civilizador dos gestores do município de Fortaleza e Estado do Ceará.

O combate à *lepra* no Ceará foi orquestrado pela Igreja Católica em seus momentos decisivos. Da divulgação dos primeiros casos da doença na capital, das cobranças diárias para o combate à moléstia, das campanhas para a edificação do primeiro leprosário e primeiro preventório, todas essas foram ações coordenadas pelo Jornal *O Nordeste*, a voz oficial da Igreja Católica no Estado do Ceará. Embora saiba-se que a Igreja esteve secularmente envolvida com a *causa dos leprosos*, em Fortaleza, avalia-se que tal envolvimento superou os limites da caridade e da filantropia.

Avalia-se que a instalação dos primeiros aparatos em saúde pública no Estado do Ceará, no início da década de 1920, pouco alterou a situação dos enfermos de *lepra*. Apesar do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) ter inaugurado uma política de aproximação com os Estados através dos Serviços de Profilaxia Rural (SPR), não estavam previstos recursos para o desenvolvimento de ações de combate à lepra, visto que a prioridade eram as endemias e epidemias rurais⁴⁵⁸. Em 1921, foi inaugurado em Fortaleza, o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (SPLDV) diretamente subordinado ao DNSP. No entanto o número de *sifilíticos* em Fortaleza era considerado alarmante pelo segmento médico e deste modo o tratamento e profilaxia das doenças venéreas tinham prioridade em relação ao combate à lepra naquele momento⁴⁵⁹. Assim os *leprosos* ficaram em grande monta, sob

⁴⁵⁸ Mensagem do Presidente do Estado Justiniano de Serpa (1920-1923) à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza. Abril 1921, p. 18.

⁴⁵⁹ Almanaque do Ceará: estatístico, administrativo, mercantil, industrial e literário para o ano de 1922. Op. Cit. p. 132.

responsabilidade dos grupos filantrópicos que mantiveram o leprosário Antônio Diogo após a sua inauguração em 1928.

Destarte, os argumentos utilizados para o isolamento dos *leprosos* no Brasil e conseqüentemente no Ceará terminaram por consolidar a sua prática. O discurso do isolamento como um “mal necessário” foi o veículo legitimador da segregação dos *leprosos*. Por outro lado, reter a circulação dos *morféticos* foi uma prática que possibilitou o surgimento de uma maior intervenção na sociedade, onde foram sujeitos a medicina e o Estado, pois não podemos ignorar que o poder exercido sobre os internos das colônias encontrava aceitação e ressonância também entre a maioria dos próprios doentes, amplamente apoiado na força dos discursos acerca da *lepra*, oriundos da racionalidade médico-científica que faziam-se presentes na compreensão dos próprios acometidos pela doença.

Observou-se que o periódico *O Nordeste*, particularmente, desenvolveu um grande esforço para informar a população sobre a existência e conseqüente expansão do *Mal de Lázaro* em Fortaleza. As notícias sobre a aglomeração de *leprosos* nas vias centrais da cidade, em pleno exercício de trabalho, como ambulantes ou mesmo como mendigos a esmolar pelas ruas, eram diárias. Do mesmo modo, a ampla campanha desenvolvida por aquele jornal e por setores filantrópicos ligados à Igreja, para construção do primeiro leprosário, ocupou as primeiras páginas do referido periódico, bem como abundavam os discursos sobre a importância da arregimentação da sociedade na cruzada contra a terrível *lepra*.

A campanha para a construção do primeiro leprosário durou seis anos, entre doações de comerciantes abastados, segmentos médios, profissionais liberais além de um conjunto de esforços dispensados por associações e grupos católicos para a aquisição de renda, postos em prática através da realização de bailes beneficentes, bilheterias de cinemas,

*kermesses*⁴⁶⁰, entre outros modos criativos encontrados para amealhar capital para a edificação do asilo dos *leprosos*. Todas essas iniciativas foram amplamente divulgadas, principalmente pelo jornal *O Nordeste*.

Apesar das iniciativas dos poderes públicos nas tentativas de promoção de uma agenda mínima de saúde pública para o Ceará, nos anos de 1920, não é possível desprezar a constituição de um conjunto de práticas desenvolvidas em período anterior por particulares e um razoável número de associações beneficentes localizadas em Fortaleza e em algumas cidades de maior porte, com vistas à promoção de ações de saúde para a população pobre e/ou indigente. Pode-se citar, como exemplo dessas práticas, o trabalho desenvolvido pela Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (1861), Dispensário dos Pobres* e Asilo de Alienados de Porongaba (1905) **. A fundação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) em 1913, totalmente beneficente, cujo objetivo era diminuir a mortalidade infantil em Fortaleza, cujos índices eram alarmantes⁴⁶¹. Outro exemplo que pode ser aventado é a fundação da Maternidade João Moreira, em 1915, considerado o primeiro serviço de assistência à mulher no tocante à gravidez e ao parto. Cabe aqui também citar a criação do Instituto Pasteur em 1919, cujo capital inicial foi angariado através de doações de particulares entre outros. Pode-se citar ainda: Hospital Santo Antônio dos Pobres, em Iguatu, Hospital São Francisco de Assis, no Crato, Posto de Proteção a Maternidade e a Infância, em Maranguape e a Santa Casa de Misericórdia de Sobral⁴⁶². Acredita-se que as duas iniciativas (do Estado e da filantropia)

⁴⁶⁰ Festa popular muito difundida a partir de meados dos anos 1920. Consistia na organização de leilões, com escolha da rainha, radiadoras com oferecimento de músicas e mensagens de enamorados, barracas com doces e salgadinhos bem como era imprescindível a presença da estrutura que hoje conhecemos como parque de diversões.

⁴⁶¹ BARBOSA, José Policarpo. **História da Saúde Pública no Ceará**. P 73/74.

⁴⁶² Almanaque do Ceará: estatístico, administrativo, mercantil, industrial e literário para o ano de 1925. Op. Cit. pp. 73-74. As moléstias como tifo, difterias, febres intermitentes, oftalmias, sífilis e sarampo eram combatidas pelo SPR. Já a tuberculose, que figurava permanentemente nos números da clínica médica, iniciava sua marcha pelo interior e capital, agravando sobremaneira, o quadro sanitário já tão complexo do estado do Ceará.

* Dispensário dos Pobres prestava auxílio a crianças pobres no campo da saúde e da educação desde o século XIX. Era mantido pelas Irmãs Vicentinas. Há controvérsias em torno da data de fundação do Dispensário dos Pobres.

complementaram-se nas tentativas de prover o Ceará de uma agenda de saúde pública, principalmente, até o final década de 1930.

Ao afirmar-se que no âmbito da promoção da saúde dos menos favorecidos, as iniciativas particulares e filantrópicas tiveram um importante papel, não pretendeu-se desqualificar as ações do Estado até porque os serviços foram criados e houve efetivamente medidas sanitárias que possibilitaram alguns melhoramentos no âmbito da higiene e da saúde pública como, por exemplo, um melhor controle dos surtos epidêmicos.

Assim, no final da década de 1930, no Ceará, a política de proteção médico-assistencial aos trabalhadores organizados, reconhecidos cidadãos, estava apenas iniciando e somente foi consolidada na década de 1940. Não trata-se de chegar atrasado aos ditames do processo consubstanciado bem antes em certas regiões do país, mas de entender que os gestores cearenses fizeram outras opções no trato com a saúde pública, quando num primeiro momento (digamos toda a década de 1920 e primeiros anos da década de 1930) as atividades filantrópicas dividiam com os poderes oficiais as responsabilidades em torno da promoção da saúde pública bem como também dividiam as magras subvenções governamentais (quando haviam). Assim, acredita-se que de certa forma, essa opção que era interessante para as elites locais, impediu acordos mais amplos que poderiam ter sido efetuados com o governo federal para a instauração de mecanismos governamentais e oficiais de saúde pública mais eficientes.

Deste modo, entende-se que a efetiva implementação dos serviços de saúde pública no Ceará esbarraram não somente nas dificuldades inerentes ao processo político e econômico que se vivenciava naquele momento, mas também numa bem organizada rede filantrópica que findava por dividir com o Estado o peso da responsabilidade com a saúde pública. Por outro lado, na medida em que as instituições filantrópicas ampliavam-se,

**O Asilo de Alienados de Porongaba, criado em 1905 visava promover a saúde mental dos internos.

acabavam por pleitear auxílios ao governo Estadual a até Federal, conseguindo, ainda que assistematicamente, subvenções que poderiam ser empregadas nos serviços oficiais de saúde pública.

Para concluir, em relação ao combate à *lepra*, avalia-se que os discursos e a prática do isolamento no Brasil podem ser divididos, de modo geral, em cinco períodos, cada um com características próprias. De 1900 a 1920, dão-se os primeiros debates e os círculos médicos foram agitados por discussões sobre o crescimento da endemia. De 1921 a 1930, são erguidos os primeiros abrigos e intensificam-se os debates sobre as formas de isolamento. O período situado entre 1930 a 1945 caracterizou-se pela implantação efetiva do isolamento compulsório com a construção dos grandes asilos-colônia bem como, já na década de 1940, a descoberta da sulfonoterapia. De 1946 a 1967, os Congressos Internacionais passaram a reprovar contundentemente as medidas isolacionistas, embora o isolamento compulsório continuasse no Brasil. Somente após 1967, o isolamento compulsório foi oficialmente extinto e o tratamento ambulatorial passou a ser realizado, embora as colônias não tenham sido desativadas e abriguem ex-pacientes idosos e com graves seqüelas da doença até os dias atuais⁴⁶³.

É importante frisar que uma agenda de saúde - ainda que incipiente - foi instituída no Ceará na década de 1920, ainda que seu funcionamento tenha se dado mediante as iniciativas do Governo Federal como a documentação bem esclarece⁴⁶⁴. Porém, no transcorrer da pesquisa, observou-se que a constituição de um conjunto de práticas de saúde desenvolvidas em Fortaleza e em algumas outras cidades de maior porte, por várias sociedades de orientação católica, foi muito comum.

⁴⁶³ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. pp. 135-136.

⁴⁶⁴ BARBOSA, José Policarpo. Op. Cit. p. 88.

Embora não seja o objetivo desta investigação, não é possível ignorar que a descoberta e conseqüente combate à endemia leprótica no Ceará durante as décadas de 1920 e 1930, constituiu um dado importante para a ascensão da Igreja Católica nesse período, possibilitando-lhe articular um poderoso partido político (LEC) que manteve a hegemonia política no Estado por mais de duas décadas.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

FONTES

RELATÓRIOS E MENSAGENS

Relatório do Inspetor da Higiene do Estado do Ceará ao Presidente do Estado Antonio Pinto Nogueira Accioly. Fortaleza, Maio de 1897. (Biblioteca Nacional/RJ)

Relatório do Inspetor de Higiene Dr. Carlos da Costa Ribeiro ao Presidente do Estado do Ceará Coronel Benjamim Liberato Barroso. Fortaleza, Maio de 1915. (Biblioteca Nacional/RJ)

Relatório do Dr. Francisco do Amaral Machado, Chefe do Serviço de Saneamento Rural e Diretor de Serviço de Higiene do Estado ao Presidente do Estado do Ceará Justiniano de Serpa. Fortaleza, Março de 1921. (Biblioteca Nacional/RJ)

Mensagem do Presidente do Estado do Ceará Justiniano de Serpa à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza, Abril de 1921. (Biblioteca Menezes Pimentel/ Fortaleza-CE)

Mensagem do Presidente do Estado do Ceará Justiniano de Serpa à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza, Abril de 1923. (Biblioteca Menezes Pimentel/Fortaleza-CE)

Relatório do Dr. Clóvis Moura Diretor da Higiene Publica do Estado ao Presidente do Estado do Ceará Justiniano de Serpa. Fortaleza, Abril de 1924. (Biblioteca Pública Menezes Pimentel/Fortaleza-CE)

Relatório apresentado pelo Dr. Arthur Neiva Diretor Geral do Serviço Sanitário de São Paulo - da Malária aos Serviços da Light and Power na Serra de Cubatão – ao Dr. Edgar de Souza, Superintendente da Cia Light and Power. São Paulo, 25 de outubro de 1925. (Real Gabinete Português de Leitura/RJ)

Mensagem do Presidente do Estado do Ceará Moreira da Rocha à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza, Abril de 1925. (Biblioteca Menezes Pimentel/Fortaleza-CE).

Mensagem do Presidente do Estado Moreira da Rocha à Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Fortaleza, Abril de 1926. (Biblioteca Menezes Pimentel/Fortaleza-CE).

Relatório do Serviço de Saneamento do Estado do Ceará. Fortaleza, 1933, pp. 7-8. (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ).

Relatório apresentado ao Dr. Leorne Herbster Menescal, Diretor da Saúde Pública no Ceará pelo Dr. Antonio Justa, Inspetor Sanitário referente ao ano de 1934. (Arquivos Capanema CPDOC-FGV/RJ).

Relatório do Serviço da Lepra no Espírito Santo. Colônia de Itanhenga. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1935. (Arquivos Capanema CPDOC-FGV/RJ).

Relatório do Diretor de Saúde Pública do Rio de Janeiro Dr. Álvaro C. de Santana sobre o Hospital-Colônia Curupaiti no Distrito Federal ao Ministro da Educação e Saúde Dr. Gustavo Capanema. (Arquivos Capanema. [s/d] (CPDOC/FGV/RJ).

Relatório do Interventor Felipe Moreira Lima ao Dr. Getúlio Vargas, referente ao ano de 1935. (Arquivos Capanema CPDOC-FGV/RJ)

Relatório de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo correspondente ao ano de 1935. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1935. (Arquivos Capanema CPDOC-FGV/RJ)

Relatório do Interventor Menezes Pimentel ao Chefe de Estado Getúlio Vargas, referente aos anos de 1935 e 1936. (Biblioteca Menezes Pimentel/Fortaleza-CE).

Relatório: Apontamentos sobre a Profilaxia da Lepra no Ceará. (1936 a 1940). (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Relatório da Comissão de Saúde – Sessão de 11 de março de 1937. (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Relatório do Dr. Antonio Justa, Inspetor Sanitário ao Diretor de Saúde Pública do Ceará Dr. João Otávio Lobo. Fortaleza, Junho de 1937. (Arquivos Capanema CPDOC-FGV/RJ)

Relatório do Dr. Clóvis Moura, Chefe do Serviço de Epidemiologia do Centro de Saúde de Fortaleza, apresentado em assembléia de Centro Médico Cearense. Fortaleza, 15 de dezembro de 1938. (Biblioteca da Faculdade de Medicina – UFC/CE).

Exposição ao Ministro da Educação e Saúde ao Presidente – Plano de Aplicação da Datação Orçamentária destinada ao combate à Lepra – 1940. Rio de Janeiro: (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Relatório do Movimento do Departamento Estadual de Saúde ao Dr. Gustavo Capanema Ministro da Educação e Saúde, no período de 1940 a 1943. Rio de Janeiro: (Arquivos Capanema. CPDOC-FGV/RJ).

Relatório: Levantamento do Mapa Nosológico da Lepra – Ministério da Educação e Saúde. 1942 – Rio de Janeiro (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ).

Relatório de Departamento Estadual de Saúde do Ceará ao Ministério da Educação e Saúde – 1943. Rio de Janeiro: (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ).

Relatório do Serviço Nacional da Lepra ao Ministério da Educação e Saúde. 1943. Arquivos Capanema. Rio de Janeiro: (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ).

Relatório do Ministro da Educação e Saúde Dr. Gustavo Capanema no período de 1934 a 1945. Saúde e Serviço Social. Rio de Janeiro, 1945. (Arquivos Capanema. CPDOC-FGV/RJ).

DISCURSOS

O Saneamento do Sertão. Discurso pronunciado pelo Dr. Arthur Neiva, Diretor Geral do Serviço Sanitário de São Paulo, no banquete que lhe foi oferecido pela classe médica, no restaurante do Teatro Municipal. São Paulo, 18 de junho de 1916. (Acervo: Real Gabinete Português de Leitura/RJ)

Considerações sobre o Problema da Lepra: a lição de São Paulo suas iniciativas e grande exemplo. Discurso pronunciado pelo Dr. Arthur Neiva na Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, Sessão de 28 de Outubro de 1937. (Acervo: Real Gabinete Português de Leitura/RJ)

Defendendo São Paulo e suas iniciativas no combate à Lepra. Discurso pronunciado por Arthur Neiva na Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, 17 de abril de 1937. (Acervo: Real Gabinete Português de Leitura/RJ)

Discurso do Dr. Arthur Neiva, solicitando 300 contos para Pesquisas Científicas em Manguinhos, pronunciado na Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro, outubro de 1937. (Acervo: Real Gabinete Português de Leitura/RJ).

Discurso de Gustavo Capanema na Comissão de Saúde da Câmara Federal – 1937. Rio de Janeiro: (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ).

Discurso de Gustavo de Gustavo Capanema na Inauguração do Leprosário de Itanhenga (Espírito Santo). 1937. Rio de Janeiro: (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

CONFERÊNCIAS E PALESTRAS

O Instituto Oswaldo Cruz. Conferência ministrada pelo Dr. Arthur Neiva, na Sociedade de Higiene e Microbiologia de Buenos Aires. Novembro de 1915. (Real Gabinete Português de Leitura - RJ).

Oswaldo Cruz. Conferência realizada pelo Dr. Arthur Neiva, no Salão do Instituto Histórico, sob o patrocínio da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Março de 1917. (Real Gabinete Português de Leitura-RJ)

Organização Nacional de Combate à Lepra. Palestra proferida pelo Dr. Ernani Agrícola, diretor do Serviço Nacional da Lepra, no Rotary Club do Rio de Janeiro. Fevereiro de 1944. (Arquivos Capanema CPDOC-FGV/RJ).

BOLETINS

Ações de Combate à Lepra no Brasil -1931/1937. Ministério da Educação e Saúde. (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Censo da Lepra no Brasil – 1931/1937. Ministério da Educação e Saúde. (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Contribuição à Epidemiologia e Profilaxia da Lepra no Norte do Brasil. Rio de Janeiro: Tipografia do IOC, 1933, pp. 7-8.

Organização de Leprosários. Recomendações sugeridas para a conveniente localização e instalação de Leprosários no Brasil, segundo os princípios da engenharia sanitária. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro: 20 de outubro de 1933. (Arquivos Capanema. CPDOC-FGV-RJ).

Ampliando o nosso Aparelho Anti-Leprótico – Ministério da Educação e Saúde 1936/1938. Rio de Janeiro: (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Notas sobre a Lepra. Contribuição da União para o combate à Lepra. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro – 1936 a 1939. (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Balanco de 40 anos de Atividades no Combate à Lepra no Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro: 1944. (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Atribuições do Serviço Nacional da Lepra e Programa de Ação. Serviço Nacional da Lepra, Ministério da Educação e Saúde / Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: 1942. (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

A Campanha contra a Lepra no Brasil. Administração do Serviço Público. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1944. (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Boletim Comemorativo das Bodas de Prata da Colônia Antônio Diogo. Fortaleza: Agosto, 1953. (Acervo Particular do Dr. Flávio Feitosa, administrador e fisioterapeuta da Colônia Antônio Justa. Fortaleza/Ce).

Boletim Comemorativo dos Dez Anos da Colônia Antônio Justa. Fortaleza: Janeiro, 1952. (Acervo Particular do Dr. Flavio Feitosa, administrador e fisioterapeuta da Colônia Antônio Justa – Fortaleza-Ce).

Boletim da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Departamento Estadual de Epidemiologia. Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase. Avaliação Anual da Hanseníase. Fortaleza, 2003 (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará- Fortaleza/Ce).

Boletim do Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Dados sobre o Controle da Hanseníase no Brasil. Brasília, 2003. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – Fortaleza/Ce).

Boletim da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Departamento Estadual de Epidemiologia. Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase. Avaliação Anual da Hanseníase. Fortaleza, 2005 (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará- Fortaleza/Ce).

Boletim do Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Dados sobre o Controle da Hanseníase no Brasil. Brasília, 2005. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – Fortaleza/Ce).

Boletim da Divisão Nacional de Lepra. Divisão Nacional de Lepra. Ministério da Saúde. Anos – 1973 a 1977. (Arquivos Capanema. CPDOC/FGV/RJ)

Multidrug Therapy for Leprosy: an end in sight. How five countries: India, Ethiopia, Venezuela, Brazil. World Health Organization, Geneva, 1988 – Biblioteca de Manguinhos/Fiocruz.

REVISTAS

Revista Ceará Médico – Órgão do Centro Médico Cearense. Fortaleza-Ceará. Anos: 1928 a 1945 (Acervo: Biblioteca da Faculdade de Medicina - UFC)

Revista Brazil Médico – Órgão da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro. Anos: 1919, 1920, 1921, 1931, 1932, 1934, 1937, 1940, 1942. (Acervo: Academia Nacional de Medicina- RJ)

Revista do Instituto do Ceará: Histórico, Geográfico e Antropológico. Anos: 1920 – 1943. (Acervo: Instituto do Ceará: histórico, geográfico e antropológico. Fortaleza-Ce).

Revista da Academia Cearense. Anos: 1897 -1898 (Acervo: Academia Cearense de Letras-Fortaleza/Ce).

Revista da Academia Cearense de Letras: 1920 – 1940. (Acervo: Academia Cearense de Letras – Fortaleza/Ce).

Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Todos os exemplares. (Acervo: Biblioteca da ENSP – Fiocruz/RJ)

Revista Ciência Médica. 1927-1928. (Acervo: Academia Nacional de Medicina-RJ)

Revista do Serviço Público. 1940 – 1944. (Acervo: Academia Nacional de Medicina-RJ)

Almanaque do Ceará. Estatístico, Administrativo, Mercantil, Industrial e Literário. (1920-1945). Instituto do Ceará: Histórico, Geográfico e Antropológico/CE.

PERIÓDICOS

O Nordeste – 1920-1928 / 1930 -1939 / 1941 -1945 (Instituto do Ceará: Histórico, Geográfico e Antropológico – CE).

O Povo – 1928 a 1936 (Biblioteca Pública Menezes Pimentel – CE).

Correio do Ceará – 1920/1925. (Biblioteca Nacional – RJ).

Diário do Ceará – 1920/1924 (Biblioteca Nacional – RJ).

O Estado – 1937 – 1940. (Biblioteca Nacional – RJ).

Jornal do Comércio – 1928, 1929, 1937. (Biblioteca Nacional – RJ).

Jornal das Clínicas – 1921, 1922 (Academia Nacional de Medicina – RJ).

Jornal de Medicina de Pernambuco – 1923, 1924 (Academia Nacional de Medicina – RJ)

Folha Médica – 1921, 1922 (Academia Nacional de Medicina – RJ).

REGIMENTOS, REGULAMENTOS, ESTATUTOS

Regimento do Serviço Nacional de Lepra. Aprovado pelo Decreto n. 15.434 de 08 de Março de 1944. Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1944. (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Regulamento do Instituto de Leprologia. Aprovado pelo Decreto Lei n. 8.548 de 08 de janeiro de 1946. Serviço Nacional de Lepra. Rio de Janeiro, 1946. (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Regulamento dos Preventórios para filhos de Lázarus instalados no Brasil. Organizado pela Comissão Técnica e Diretoria da Federação de Assistência aos Lázarus. Aprovado em 27 de Janeiro de 1941. Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1941. (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Estatuto da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra. 1937 e 1941. (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Plano Nacional de Combate a Lepra. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1935. (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Combate à Lepra e Ampliação dos Leprosários. Programa para 1938. Ministério da Educação e Saúde. Rio de Janeiro, 1938. (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

ANAIS

Anais da Conferência para a Uniformização do Combate à Lepra. 1933 – Rio de Janeiro (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia. 1936 a 1941. (Biblioteca da Faculdade de Medicina – UFC/ Fortaleza-CE).

Anais da Conferência Nacional de Assistência aos Lázarus. 1939 – Rio de Janeiro (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Anais do I Congresso Médico Cearense. Fortaleza, 1933. (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Anais da I Conferência Nacional de Saúde. Documentos do Ministério da Saúde – 1941 – Rio de Janeiro (Arquivos Capanema CPDOC/FGV/RJ)

Anais do I Congresso de Médicos Católicos do Ceará. Fortaleza: 1946. Instituto do Ceará: Histórico, Geográfico e Antropológico. (Instituto do Ceará-Fortaleza/CE).

LEGISLAÇÃO

Brasil, Coleção de Leis, 1923, vol 3, p 580/582. Decreto n.16.300 de 31 de dezembro de 1923.

Brasil, Coleção de Leis, 1930. vol 2, p 10/12. Decreto n. 19.398 de 11 de novembro de 1930.

Brasil, Coleção de Leis, 1934, vol 3, p 646/648. Decreto n. 24.438, de 21 de junho de 1934.

Brasil, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p 1210. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937.

Brasil, Coleção de Leis, 1941, vol 2, p 155/157. Decreto n. 6.788 de 30 de janeiro de 1941.

CORRESPONDÊNCIA

11 cartas da Eunice Weaver para Gustavo Capanema informando sobre viagens da mesma por vários países da América Central para divulgar as realizações do Ministério da Educação e Saúde no campo da saúde e do combate à lepra.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, Antônio. **A Cura da Morphéa**. Rio de Janeiro: Editora Tipografia Geral do Comércio, 1893.

ALBUQUERQUE, Maria de Fátima. **A Hanseníase no Recife: um estudo epidemiológico (1960-1985)**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem / UFPE. Recife, 1987, mimeo.

ALENCAR, Edgar de. **Fortaleza de ontem e anteontem**. Fortaleza: Edições UFC/PMF, 1980.

ALVES, Paulo César e MINAYO, Maria Cecília. **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1994.

AMARAL, Eduardo Lúcio Guilherme. **Barão de Studart: Memória da Distinção**. Fortaleza: Museu do Ceará/Secretaria da Cultura e Desporto no Ceará, 2002.

ANDRADE, Vera Lúcia. **Características epidemiológicas da hanseníase em área urbana: município de São Gonçalo-Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado ENSPE/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1996 mimeo.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Medicina, Leis e Moral. Pensamento Médico e Comportamento no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Editora da Unesp, 2000.

ARARIPE A. **A Faculdade de Medicina e sua Ação Renovadora**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 1998.

ARAÚJO, Maria Neyara de Oliveira. **A Miséria e os Dias: História da Mendicância no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2000.

ARMUS, Diego. **Entre Médicos y Curandeiros: cultura, história y enfermedad em la América Latina Moderna**. Buenos Ayres: Grupo Editorial Norma, 2002.

BARATA, Rita Barreto. **Doenças Endêmicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BARBOSA, José Policarpo. **História da Saúde Pública no Ceará: da Colônia à Era Vargas**. Fortaleza: Edições UFC, 1994.

BARBOSA, Carlos Jacinto. **Caminhos da Cura: a experiência dos moradores de Fortaleza com a Saúde e a Doença**. Tese de Doutorado / PUC. São Paulo. 2002, mimeo.

BARRADAS, Rita e BRÍCENO-LEON, Roberto. **Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BAKIRTZIEF, Zóica. **Águas Passadas que Movem Moinhos: as representações da Hanseníase em São Paulo**. Dissertação de Mestrado em Sociologia. São Paulo, 1994, mimeo.

BELDA, Walter. **Endemia da Hanseníase no Estado de São Paulo: situação atual tendência secular.** Dissertação de Mestrado em História/USP. São Paulo, 1974, mimeo.

BENCHIMOL, Jaime. **Adolpho Lutz: obra completa.** Vol 1. Livro 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BENCHIMOL, Jaime e PEREIRA DE SÀ, Magali. Adolpho Lutz e as Controvérsias sobre a lepra. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Suplemento Especial Hanseníase-Leprosy.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2004.

BERTOLLI, Cláudio. **História Social da Tuberculose e do Tuberculoso. (1900-1950).** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BOMENY, Helena (org). **Constelação Capanema: intelectuais e políticos.** Rio de Janeiro: FGV, 2001.

BOUTIER, Jean e JULIA, Dominique. **Passados Reconstituídos.** Rio de Janeiro: Editora FGV/UFRJ, 1998.

BRAGA, Carlos Alberto Vale. **Hanseníase no Estado do Amazonas: estudo das características epidemiológicas da hanseníase no município de Lábrea.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública / ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1994, mimeo.

BRAGA, José Carlos de Souza. **A Questão da Saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública.** Campinas: 1978 – Dissertação de Mestrado – UNICAMP.

CAMARGO, Aspásia. Do Federalismo Oligárquico ao Federalismo Democrático. In Pandolfi, Dulce. **Repensando o Estado Novo.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

CHALHOUB, Sydney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas. In GOMES, Ângela de Castro (org). **O Ministro e seu Ministério.** Rio de Janeiro: FGV, 2000. pp. 195-220.

CAMPOS, Eduardo. **Medicina Popular: superstições, credences e mezinhas.** Rio de Janeiro: Livraria Editora da Casa do Estudante. Rio de Janeiro [s/d].

CAMPOS, Eduardo. **A Fortaleza Provincial: Rural e Urbana.** Fortaleza: Secretaria de Cultura e Desporto. 1988.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus: a luta contra a Sífilis no Brasil, da Passagem do Século aos Anos 40.** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1996.

CASTRO, José Liberal de. **Fatores de Localização e de Expansão da Cidade de Fortaleza.** Fortaleza: Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará, 1977.

CASTRO SANTOS, Luis Antonio de. Estado e Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: **Dados: Revista de Ciências Sociais**. Vol 23, n 2, 1980.

_____. O Pensamento Sanitarista na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. Rio de Janeiro: **Revista de Ciências Sociais**, vol 28, n 2, 1985.

_____. Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República. In **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz. 2004.

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

CONI, Emílio R. **Contribucion al estudio de de la lepra anestésica**. Buenos Aires: Imprenta de Pablo E. Coni. 1887.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

COSTA, Nilson Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens de políticas de Saúde no Brasil**. Petropolis, Vozes, 1985.

CUETO, Marcos. **Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas**. Lima, IEP, 1996

CUETO, Marcos e LA PUENTE, José. **Leprosy: a long history of stigma**. In História, Ciências, Saúde, Manguinhos. Rio de Janeiro: 2002. Suplemento Especial.

_____. **Estado e Políticas de Saúde Pública (1889-1930)**. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1983.

CUNHA, Ana Zoe Schilling da. **Hanseníase: a História de um Problema de Saúde Pública**. Dissertação de Mestrado em História – UNISIC Santa Cruz do Sul. Rio Grande do Sul, 1997, mimeo.

CUNHA, Vivian da Silva. **O Isolamento Compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil**. Dissertação de Mestrado em História – COC/FIOCRUZ . Rio de Janeiro, 2005, mimeo.

CURI, Luciano Marcos. **Defender os Sãos e Consolar os Lázarus: lepra e isolamento no Brasil (1935-1976)**. Dissertação de Mestrado em História UFU/Uberlândia. Minas Gerais, 2002, mimeo.

CZERINA, Dina. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DANTES, Maria Amélia. **Espaços da Ciência no Brasil (1800-1930)**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1997.

DANTES, Luiz Fernando Dias. **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1998.

DEBROEY, Steven. **Nós, os leprosos**. São Paulo: Edições Loyola, 1983.

DIAS, Eduardo. **O Leproso**. Aracaty: Typografia Alemã de Felismino e Irmãos, 1915.

DINIZ, Eli. O Estado Novo: estrutura de poder e relações de classe. In FAUSTO, Boris (org). **Brasil Republicano**. T III, v 2 (História Geral da Civilização Brasileira). São Paulo: Difel, 1981.

_____. Engenharia Institucional e Políticas Públicas: dos conselhos técnicos às câmaras setoriais. In PANDOLFI, Dulce. **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

ENGEL, Magali. **Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1990.

FARGE, Arlette. **Lugares para a História**. Lisboa: Teorema, 1999.

FARREL, Jeanette. **A Assustadora História das Pestes e Epidemias**. São Paulo: Ediouro, 2003.

FERREIRA, Jaqueline. **Saúde e Doença: Um olhar sócnico**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1994

FILHO, Antonio Melo. **Teresina: a condição da saúde pública na primeira república (1889-1930)**. Dissertação de Mestrado em História. UFPE/Recife. 2000, mimeo.

FINKELMAN, Jacob. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2002.

FISHMAN, Airton. Vigilância Epidemiológica in ROUQUAYROL, Maria Zélia (org). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medse, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

_____. **O Nascimento das Clínicas**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRAGA, Anselmo. **Memórias de um Leproso**. Fortaleza: Tipografia Renascença de A. Prado, 1925.

FRANCO, Sebastião et alii. **Representação Social, Identidade e Estigmatização**. Editora Flor e Cultura: Vitória, 2004.

GADELHA, Paulo. **História das Doenças: ponto de encontro e dispersões**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1995, mimeo.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2000.

GOMES, Ângela de Castro. (org) **Capanema: O Ministro e seu Ministério**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

GOMES, Ângela de Castro. A Construção do Homem Novo. OLIVEIRA Lucia Lippi; VELLOSO, Mônica Pimenta; GOMES, Ângela de Castro. **Estado Novo: ideologia e poder Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar. 1982.**

GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. **A Lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização**. Tese de Doutorado em Sociologia / UFMG. Belo Horizonte, 1979, mimeo.

GARDETA SABATER, Pilar. Discurso sobre una enfermedad social: la lepra em el Virreinato de Nueva Granada en la transicion de los siglos XVIII e XIX. **Dynamis – Acta Hispânica ad Medicinal Scientiarumque Historian Illustradam**. Granada: Universidade de Granada, Vol 19.

GOMIDE, Leila Regina Scália. **Órfãos de Pais Vivos: a lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas e preconceitos**. Dissertação de Mestrado em História / USP / São Paulo, 1991, mimeo.

GONÇALVES. Adelaide e SILVA, Jorge E. **A Imprensa Libertária do Ceará (1908-1922)**. São Paulo: Editora Imaginária, 2000.

GORDON, Richard. **A Assustadora História da Medicina**. São Paulo: Editora Ediouro, 2002.

HASSELBLADE, Oliver W. **Lepra: uma interpretação atual**. Rio de Janeiro: DNL e CERPLE, 1971.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (1910-1930). **Estudos Históricos**. 6 (11): 40-61, 1993.

_____. **A Era do Saneamento**. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1998.

_____. A Saúde Pública em Tempos de Capanema: continuidades e inovações. In BOMENY, Helena (org). **Constelação Capanema: Intelectuais e Políticos**. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 2001.

_____. O que há de novo? Políticas de Saúde Pública e Previdência – 1937/1945. PANDOLFI, Dulce (org). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego (org). **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

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. **Capanema. O Ministro e seu Ministério**. FGV, 2000.

HOCHMAN, Gilberto e LIMA, Nísia Trindade. “Pouca Saúde e muita Saúva” sanitário, interpretações do país e ciências sociais. In **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

HEGEMBERG, Leônidas. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. **Verso e Reverso do Perfil Urbano de Fortaleza**. São Paulo, Annablume, 2003.

_____. **A Oralidade dos Velhos na Polifonia Urbana**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2003.

LABRA, Eliana. **O Movimento Sanitarista dos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil**. Dissertação de Mestrado / EBAP/FGV. Rio de Janeiro, 1985, mimeo.

LEAL, Vinícius Barros. **História da Medicina no Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Desportos e Promoção Social, 1979.

LE GOFF, Jacques. **As Doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1997.

LEMENHE, Maria Auxiliadora. **As Razões de uma Cidade: conflito de Hegemonias em Fortaleza**. Fortaleza: Stylus Comunicações, 1991.

LIMA, André Luiz. **Ser Médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

LIMA, Nísia Trindade de. BRITO, Nara. **Salud y nacion: propuesta para el saneamiento rural**. Un estudio de la Revista Salude (1918-1919)

LIMA, Nísia Trindade de.; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde e muita saúva: sanitário, interpretações do país e ciências sociais. HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. (orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2004.

MACHADO, Roberto. **Danação da Norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

MACIEL, Laurinda Rosa. A Hanseníase e a Saúde Pública: a comissão d profilaxia da lepra (1915-1919). Mimeog. ANPUH NACIONAL – 2001 – GT História das Doenças.

_____. **A Construção Social da Enfermidade: o caso da lepra na Colômbia.** In **História, Ciências, Saúde-Manguinhos.** Vol 11, n. 1, Rio de Janeiro: 2004.

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

MIRANDA, Carlos. **A Prática da Medicina no Brasil Colonial: limites e espaços de cura.** Recife: UFPE, Tese de Doutorado, 1997.

MOTA, Aroldo. **História Política do Ceará (1947 – 1964).** Fortaleza: ABC Editora, 2005.

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Profilaxia e Exclusão: isolamento compulsório dos hansenianos de São Paulo.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

_____. **Da Maldição Divina a Exclusão Social: um estudo da Hanseníase em São Paulo.** Tese de Doutorado / USP. São Paulo, 1995, mimeo.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **Da indiferença do poder há uma vida diferente: tuberculose e aids no Brasil.** Tese de Doutorado em História / UFF. Niterói, 1999, mimeo.

NASCIMENTO, Heleno Brás. **A Lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941).** Dissertação de Mestrado em História / UFMT Cuiabá, 2001, mimeo.

NEIVA, Arthur. **A obra de Oswaldo Cruz e sua projeção na Medicina Brasileira.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

_____. **Tratamento de Rotina e Experimental.** Rio de Janeiro, [s/d].

_____. **Necrológio do Professor Adolpho Lutz. (1885-1940).** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941.

NETO, André de Faria Pereira. **Ser Médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

NETO, José Lyra. **O Poder e a Peste: a vida de Rodolfo Teófilo.** Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2002.

NEVES, Berenice de Castro. **Do Mar ao Museu: a Saga da Jangada de São Pedro.** Fortaleza: Museu do Ceará/Secretaria da Cultura e Desporto do Ceará, 2001.

NOBRE, Maria do Socorro. **História da Medicina no Ceará (período colonial).** Fortaleza: Secretaria do Desporto e Promoção Social, 1982.

OBREGON, Diana. **Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciência em Colômbia.** Medellín: Banco de La República/Fondo Ediorial Universidad, 2002.

_____. The anti-leprosy campaign in Colombia: the rhetoric of hygiene and science, 1920-1940. **História-Ciências-Saúde-Manguinhos**. Volume 10, Suplemento 1, 2003. (179-207).

_____. De “Arbor Maldito a Enfermedad Curable”: Los Médicos y la construcción de la lepra in Colômbia (1884-1939). In CUETO, Marcos. **Salud, Cultura e Sociedade en América Latina: nuevas perspectivas históricas**. Lima: IEP, 1996.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi (org). **Estado Novo: ideologia e poder**. Rio de Janeiro: Zahar Editora. 1982.

OLIVEIRA, Maria Helena Rossini. **Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero**. Dissertação e Mestrado em Saúde Pública / ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo.

PANDOLFI, Dulce (org). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

PANDYA, Shubhada S. The First International Leprosy Conference, Berlin 1897: the politics of segregation. **História-Ciências-Saúde-Manguinhos**. Volume 10 – Suplemento 1 – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. (162-177).

PONTE, Sebastião Rogério. **Fortaleza Belle Epoque: Reformas Urbanas e Controle Social (1860-1930)**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2001.

PINA, Luiz de. **Materiais para a História da Lepra no Brasil no Século XVIII**. Lisboa: Agência Geral das Colônias, 1942.

PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. Os Escolhidos de São Francisco: a aliança entre a Igreja e o Estado para a profilaxia da lepra no Hospital Colônia Itapuã. Dissertação de Mestrado / PUC Porto Alegre. Porto Alegre, 2005, mimeo.

PORTO, Ângela. **A Vida inteira o que podia ter sido e não foi: trajetória de um poeta tísico**. Tese de Doutorado IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997, mimeo.

QUEIROZ, Marcos de Souza e PUNTEL, Maria Angélica. **A Endemia Hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

RABELO, Maria Cristina et alii. **Experiência: doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FioCruz, 1999.

RIBEIRO, Maria Alice. **História sem fim...inventário da Saúde Pública – São Paulo (1880-1930)**. São Paulo: Editora da UNESP, 1993.

RIBEIRO, Maria Moisés. **A Ciência nos Trópicos: a arte médica no Brasil do século XIX**. São Paulo: Editora da Unesp, 1993.

RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, Desvio e Danação: as Minorias na Idade Média**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

ROSEN, George. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Uma História da Saúde Pública.** São Paulo: Hucitec, 1994.

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

SABATER, Pilar Gardeta. Discurso sobre uma enfermidade social: la lepra en el Virreinato de Nueva Granada en la transición de los siglos XVIII e XIX. In **Dynamis Acta Hispânica ad Medicinæ Scitiarumque Historian Illustradan.** 1999, v 19. p 401 a 428.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas Trincheiras da Cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial.** Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, CECULT, IFCH, 2001.

SANTANGELO, Enzo e SCHWEITZER. **Um Médico entre os leprosos.** Edições Loyola, São Paulo, 1983

SANTOS, Maria Francelina. **O Estigma da Realidade Intra-Familiar do Adolescente com Hanseníase em Fortaleza.** Dissertação de Mestrado em Farmácia / UFC. Fortaleza, 1999, mimeo.

SANTOS, Sara Augusta. **Atuação do Enfermeiro no Controle Epidemiológico da Hanseníase.** Tese de Livre Docência em Enfermagem. Faculdade de Farmácia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1988, mimeo.

SANTOS, Vicente Saul Moreira. Pesquisa Documental sobre a História da Hanseníase no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro: 2003. Vol 10. Sup. 1.

SCLIAR, Moacyr. **História da Medicina na Literatura.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

_____. **Cenas Médicas: pequena introdução à História da Medicina.** Porto Alegre: Eduni-Sul, 1987.

SCHWARCZ, Lilia Mortiz. **O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e a questão racial no Brasil (1870-19300.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARTZMAN, Simon. **Tempos de Capanema.** São Paulo: Paz e Terra:Fundação Getúlio Vargas, 2000.

SILVA, A. Pereira. **Enciclopédia Luso-Brasileira da Cultura.** Lisboa: Volume II, Editora Verbo, 1998.

SILVA FILHO, Antônio Luiz. **Paisagens do Consumo: Fortaleza no tempo da segunda grande guerra.** Fortaleza: Museu do Ceará; Secretaria da Cultura e do Desporto do Ceará, 2002.

SOARES, Cláudio Galeno de Miranda. **Hanseníase no Estado do Pará**. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública / ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001, mimeo.

SOUSA, Simone. **História do Ceará**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1994.

SOUZA, Maria da Conceição. **Estudos Bibliográficos Cearenses**. Imprensa Universitária. Fortaleza, 1983.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César. **História da Lepra no Brasil**. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro. Vol. 1.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da Lepra no Brasil – Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil 1917-1940. In HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. **Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre a saúde e a doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

STUDART, Guilherme. **Notas para a História do Ceará**. Lisboa: Recreio, 1903.

_____. **Climatologias, Epidemias e Endemias do Ceará**. Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara, 1997.

TAVARES, Clodis Maria. **Evolução da Epidemia Hansênica no Estado do Ceará: características epidemiológicas e operacionais no período de 1970 a 1996**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública / UFC. Fortaleza, 1997, mimeo.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. **Poder e Saúde: as Epidemias e a formação dos Serviços de Saúde em São Paulo**. São Paulo, Editora da Unesp, 1996.

THIELEN, Eduardo Vilela e SANTOS, Ricardo Augusto. Belisário Penna: biographical photos. In **Leprosy: a long history**. In História, Ciências, Saúde, Manguinhos. Rio de Janeiro: 2002. Suplemento Especial.

TRONCA, Ítalo. **As Máscaras do Medo: lepra e aids**. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

VANDELLI, Domingos. Memória sobre a lepra. Fac-símile de manuscrito s/d. In: SOUZA-ARAÚJO Heráclides-Cesar de. História da lepra no Brasil. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro.

VELLOSO, Mônica P. e GOMES, Ângela de Castro. **Estado Novo: ideologia e poder**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

VANDELLI, Domingos. **Memórias sobre a Lepra**. Fac-símile de manuscrito [s/d]. SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César. História da Lepra no Brasil. Imprensa Nacional vol. 1.

UJAVARI, Stefan Cunha. **A História e suas Epidemias: a convivência dos homens com os Micro-Organismos.** Rio de Janeiro: Editora Senac Rio: Editora Senac São Paulo, 2003.

WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. **Reforma administrativa na era de Vargas.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1983.

WATTS, Sheldon. **Epidemics and History Disease Power and Imperialismo.** Yale University Press. New Haven London, 1997.

ANEXOS