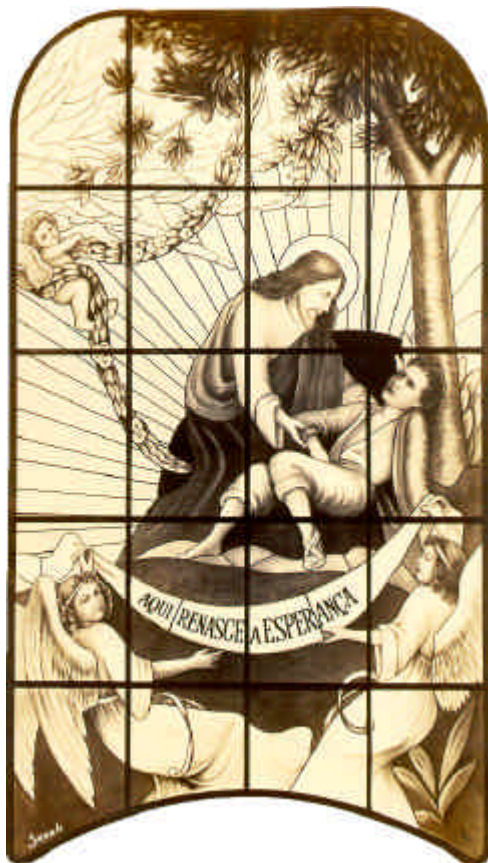




UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

MESTRADO EM HISTÓRIA



Defender os sãos e consolar os lázaros

Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976

Luciano Marcos Curi

Uberlândia março de 2002

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de
Catalogação e Classificação / mg

C975d Curi, Luciano Marcos.
"Defender os sãos e consolar os lázaros" : lepra e isolamento
no Brasil 1935/1976 / \c Luciano Marcos Curi. – Uberlândia, 2002.
231f. : il.
Orientador: Vera Lúcia Puga de Sousa.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlân-
dia, Programa de Pós-Graduação em História.
Inclui bibliografia.
1. Saúde e história - Teses. 2. Hanseníase - História - Teses.
3. Hanseníase - Hospitais - Teses. 4. Saúde Pública - Brasil -
História. 5. Assistência social – Teses. I. Sousa, Vera Lúcia Puga
de. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós -
Graduação em História. III. Título.

CDU: 930.2:616.982.21(043.3)

Universidade Federal de Uberlândia
Mestrado em História

“Defender os sãos e consolara os lázaros”
Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976

Luciano Marcos Curi

**Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-graduação em
História da Universidade Federal de
Uberlândia.**

Orientadora: Prof^ª. Dr.^a Vera Lúcia Puga de Sousa

Uberlândia
2002

Universidade Federal de Uberlândia
Mestrado em História

“Defender os sãos e consolar os lázaros”
Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976

Luciano Marcos Curi

Orientadora: Prof^ª. Dr.^a Vera Lúcia Puga de Sousa

Uberlândia
2002

Abreviaturas

CIL- Congressos Internacionais de Hanseníase

CLBR – Coleção de Leis do Brasil

CNCL – Campanha Nacional Contra a Lepra

DOU – Diário Oficial da União

DPL – Departamento de Profilaxia da Lepra

FSAL e DCL – Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra

FSDCL – Federação das Sociedades de Defesa Contra a Lepra

FSEW – Federação das Sociedades Eunice Weaver

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

MES – Ministério da Educação e Saúde

MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAL e DCL –de Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra

SAL e DCL/SP –de Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra da cidade de São Paulo

SNL – Serviço Nacional de Lepra

**Dedico este trabalho àqueles que tiveram
suas vidas marcadas pela “lepra”.**

Agradecimentos

Cheguei a este tema através de uma pequena curiosidade. Em 1998, quando deparai-me com o nome de Eunice Weaver pela primeira vez encontrava-me recém-formado e recém-efetivado para lecionar História na Escola Municipal Eunice Weaver, no Distrito de Itaipu em Araxá/MG. O nome da escola me soou estranho, principalmente pelo sobrenome estrangeiro o que me levou a começar a indagar sobre quem teria sido aquela figura eleita para ser homenageada na nossa escola. Por trás do nome revelou-se toda uma página surpreendente e consternadora da história brasileira, para mim, até então desconhecida.

Daquele momento até o atual procurei aprofundar e dar continuidade aos meus estudos. Cursei dois cursos de especialização em História, ambos ministrados pelos professores do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia que me permitiram ingressar no curso de Mestrado.

Nesses dois anos em que estive no curso de Mestrado, apesar de toda correria e exiguidade de tempo, vivi experiências gratificantes, importantes e com as quais aprendi muito e sem dúvida nenhuma me possibilitaram um amadurecimento significativo.

Procurei neste período investir todas as minhas energias na pesquisa. Assim, corri atrás de muitas fontes, pejejei, telefonei e inquiri muito sobre o assunto. A medida que novas informações chegavam e outras constatações iam surgindo, mais intrigante ficava a pesquisa. Ao término do trabalho tenho consciência de que o pesadelo que foi o “mundo da lepra” me ensinou muito.

No entanto, um trabalho acadêmico não se faz sozinho. Muitas pessoas auxiliaram-me neste percurso, sem as quais não poderia ter concluído mais esta etapa da vida. A essas pessoas devo muitos agradecimentos. Registrar aqui seus nomes é uma forma insuficiente e aquém da dívida que tenho com elas. A estas pessoas devo muito mais que palavras.

Inicialmente gostaria de agradecer as professoras Maria Clara Tomaz Machado e Leila Regina Scalia Gomide. A ambas devo muitas reflexões e orientações que foram importantes para minha pesquisa. A minha orientadora, Vera Lúcia Puga de Sousa, agradeço a sua imensa capacidade de ouvir-me, em meio a

tantos afazeres, novidades aflitas que eu sempre apresentava. Todas elas foram importantes para o meu percurso. Aproveito para agradecer ao corpo docente do Instituto de História da UFU com os quais tenho convivido desde 1999, todos envolvidos na árdua batalha pela construção de educação pública de maior qualidade.

A meus irmãos, Lucine, Leonardo, Letícia e Juninho gostaria de agradecer a torcida e os auxílios valiosos que me prestaram, atendendo à pedidos de socorro sempre urgentíssimos, apressadíssimos, “situações de emergência”, e muitas vezes complicados. Ao meu pai pelas palavras de incentivo e disponibilidade. A minha Tia Neta que me recebeu em sua casa em Araxá desde 1994 para estudar tenho de externar meus agradecimentos. A todos os outros da minha família e amigos que de alguma forma me ajudaram fica aqui registrado meu agradecimento.

A minha mãe, pela imensa torcida e pela serenidade com que sempre relacionou-se comigo. Contrariada pela minha ausência, mas incapaz de manifestar tal sentimento temendo comprometer a vida do filho, a ela devo muito, uma dívida há muito já impagável. Gostaria de agradecer a minha namorada, Marcia Elena Pereira, cujo auxílio foi fundamental, principalmente nos momentos mais turbulentos da pesquisa.

Aos meus colegas de pós-graduação Roberto Carlos dos Santos, Rosa Maria Spinoso Montandon e Valéria Maria Queiroz Cavalcante Lopes com os quais tive o prazer de conviver durante o curso.

A todas aquelas pessoas que auxiliaram-me na pesquisa enviado fontes ou prestando informações deixo aqui meu agradecimento: Arthur Custódio e Erica do MORHAN, Maria Helena da Biblioteca Luiza Keffer do ILSM de Bauru, Maria Augusta Tibiriçá Miranda, Zoica Barkirtzief, Abrahão Rotberg, Rita de Cássia Marques do Centro de Memória de Medicina de MG/UFMG, Sinesio Talhari de Manaus, prof. Benito Bisso Schmidt de Porto Alegre, Wagner Nogueira, Gerson Fernando, Dr. Isabela Goulart, Héliana Ayres de Arruda e Antonio Carlos Pereira Alves Junior dos Correios/Brasília e o pessoal da Editora RHM de São Paulo, entre outros, meu muito obrigado.

A Prefeitura Municipal de Araxá, particularmente a Secretaria Municipal de Educação, nas pessoas da ex.-secretária Elizabeth Afonso de Oliveira Paiva e da atual secretaria Marlene Borges Pereira, pela liberação de minhas atividades

docentes sem a qual o cumprimento dos créditos e disciplinas e o desenvolvimento da pesquisa com todos os percalços que esta acarreta teria sido impossível.

A Deus e a vida pelas oportunidades.

RESUMO

A hanseníase, antiga lepra, sempre constituiu-se num grave problema de saúde pública mundial, situação que pouco se diferencia da atualidade.

Introduzida no Brasil por europeus e africanos, junto com o bacilo aportou o estigma e a memória mítica da doença. Um dos males mais antigos a afligir a humanidade, sobre ele encontra-se referências variadas nos mais diversos povos e regiões do mundo.

O período abordado na pesquisa, de 1935 a 1976, corresponde na história brasileira, em termos de saúde pública, àquele em que o Estado, pressionado por determinados segmentos sociais, edifica uma rede institucional exclusivamente dedicada ao “*combate a lepra*” objetivando a erradicação desse mal no país.

Essa rede institucional utilizava como medida profilática central o isolamento dos acometidos em estabelecimentos especialmente destinados a esse fim. Complementando esta prática foram instituídos os preventórios para os filhos indenes dos leprosos e os dispensários de lepra para vigiar e controlar os demais familiares, amigos, parentes e outros que haviam convivido com aquele que estava sendo internado. A vida de todos ficaria marcada e estigmatizada. Filhos órfãos, pai ou mãe na viuvez, com dificuldades no trabalho e no convívio social, e o ente infectado trancafiado em nome da preservação dos “sãos”. Todos privados do ambiente familiar. Preventório, dispensários e asilos-colônias eram, respectivamente, seus destinos. Arsenal profilático que deveria ter acabado com a lepra no Brasil.

A pesquisa procurou contextualizar este conjunto de práticas discursivas e não-discursivas que fundamentaram o isolamento dos leprosos no país e demonstrar o imbricado entrelaçamento entre filantropia, medicina e o Estado nas atividades relacionadas com a lepra no Brasil do século XX.

No entanto, a hanseníase, como é hoje denominada no Brasil a doença provocada pelo **mycobacterium leprae**, permanece um desafio. Nem o isolamento nem a moderna quimioterapia conseguiram debelar a endemia. Procurou-se, ainda que limitadamente, compreender os inúmeros acontecimentos, mitos, memórias e tragédias que envolveram, e lamentavelmente ainda envolvem, os acometidos por esse mal no decorrer do período em que vigorou o isolamento compulsório no país. Hoje uma doença, outrora uma categoria que combinava exclusão social, perigo infectante e indivíduos indesejáveis. Hoje hanseníase, ontem lepra.

Sumário

Introdução.....	I
Capítulo I: “Leprophobia social”: o imaginário da lepra	
1.1 A Lepra e a Bíblia.....	01
1.2 Lepra: doença física e enfermidade sócio-cultural.....	22
1.3 Leprofobia social: a memória mítica da lepra.....	37
1.4 O estigma da lepra.....	52
Capítulo II: “Chamarizes do Inferno”: o isolamento como profilaxia da Lepra no Brasil	
2.1 A Lepra no Brasil.....	65
2.2 Lepra, caridade e filantropia.....	80
2.3 A Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra (FSAL e DCL).....	94
2.3.1 Alice Tibiriçá e a ausência do Estado.....	95
2.3.2 Eunice Weaver e a presença do Estado.....	116
Capítulo III: “Aqui Renasce a Esperança”: crise na profilaxia da Lepra no Brasil	
3.1 A tríade isolacionista: asilos-colônias, preventórios e dispensários.....	133
3.2 A falência do isolacionismo.....	174
3.3 A indústria da lepra.....	191
Considerações finais.....	201
ANEXOS	
1)Asilos-colônias do Brasil.....	209
2)Preventórios do Brasil.....	210
3)Dispensários do Brasil.....	211
4)Congressos Internacionais de Hanseníase.....	214
FONTES	
1)Documentais.....	215
2)Bibliografia.....	226
3)Vídeos, filmes e documentários.....	230

Introdução

“...sequestrados os doentes, também sequestrada ficou a profilaxia da lepra dos progressos da medicina preventiva...”¹

“Da perspectiva de uma história cultural, a doença, sobretudo as grandes doenças, e sua memória revestem-se de um caráter ‘delirante’, no sentido de que as linguagens que as instituem e representam descolam-se do seu referente material e criam uma outra doença, uma espécie de ser simbiótico que reúne os traços do fenômeno biológico juntamente com os da cultura. O caráter instituinte da linguagem e do imaginário coletivo acaba por converter a memória do passado em narrativas históricas, marcando o presente e projetando o futuro dos chamados grandes males da história da humanidade.”²

A lepra, um dos males mais antigos a afligir a humanidade, sempre constituiu alvo de inúmeras atenções específicas e destacadas. No ocidente, herdeiro da cultura hebraica, o Levítico³ desde cedo apontou os caminhos e atitudes para com aqueles que se revelassem portadores desse mal.

Na atualidade conceitua-se lepra como uma doença crônica, bacteriana e infecciosa, clinicamente definida e curável em todas as suas manifestações e estágios de desenvolvimento, conforme esclarece reputado manual médico de hanseníase⁴:

“A hanseníase é uma doença infecciosa transmitida de pessoa para pessoa através do convívio com doentes das formas contagiantes (virchowiana ou dimorfa), sem tratamento. Admite-se que o tempo médio de incubação seja de 2 a 5 anos. O Morbus Hansen, apesar de não ser mortal, na maioria dos casos, constitui sério problema de saúde pública em muitos países, de quase todos os continentes.”⁵

¹ RABELLO, Eduardo. Apud: DINIZ, Orestes. **Profilaxia da Lepra: evolução e aplicação no Brasil**. Rio de Janeiro, Academia Brasileira de Medicina Militar, 1960(p.09).

² TRONCA, Ítalo A. Foucault, a doença e a linguagem delirante da memória. In: BRESCIANI, Stella; NAXARA, Márcia.(org.). **Memória e (res)sentimento: indagações sobre uma questão sensível**. Campinas, Editora da UNICAMP, 2001,pp.129-148(p.129).

³ Na Bíblia, terceiro livro do Pentateuco. Ver: Capítulos 13 e 14.

⁴ Em 1976 o nome da doença foi alterado no Brasil para “Hanseníase”, neologismo cunhado a partir do nome do médico e botânico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912) que em 1872 detectou a presença do bacilo, agente etiológico da doença, conhecido como **Mycobacterium leprae** ou **Morbus Hansen**.

⁵ TALHARI, Sinésio e NEVES, René Garrido. **Hanseníase**. Manaus, Gráfica Tropical, 3.º edição, 1997(p.01).

Hoje os doentes fazem tratamento domiciliar que consiste em quimioterapia, uso de comprimidos diários, inclusive, distribuídos gratuitamente⁶ e quando ocorre alguma seqüela da doença, por falta de tratamento ou diagnóstico tardio, reversível por cirurgia plástica ou fisioterapia, esta é feita apenas com os transtornos habituais que envolvem este tipo de procedimento; internação hospitalar por alguns dias, repouso, restrições alimentares e atividades cotidianas adequadas àqueles que se encontram num quadro pós-operatório. Mas, nem sempre foi assim. Adoecer de lepra até muito recentemente no Brasil era um acontecimento marcante na vida, na biografia, das pessoas. A confirmação deste diagnóstico resultaria em atribuladas e radicais mudanças de vida não só do acometido, mas de toda a sua família e as vezes de amigos e parentes. A lepra era um pesadelo.

Este estudo pretende abordar uma época em que o leproso, ou aquele que estava acometido de lepra, era encarado e tratado de um modo muito diverso do praticado na atualidade. A lepra recebia um tratamento diferenciado enquanto doença transmissível e para este se concretizar fora instituída toda uma rede institucional responsável pela “*profilaxia da lepra*” que, na época, consistia, grosso modo, no recolhimento dos acometidos em locais dos quais, durante bom número de anos ou mesmo pelo resto da vida, não mais poderiam sair, uma espécie de reclusão.

Recuperar a historicidade e algumas particularidades da qual se revestiu esta reclusão é uma das preocupações deste trabalho. O contexto que tornou possível a existência dessa prática no Brasil durante o período abordado, que aos olhos da atualidade parece absurda, encontrava-se revestida de ampla significação social e de inúmeros discursos que postulavam tal procedimento. Deseja-se, também, deslindar como algumas “certezas” causaram o sofrimento de inúmeras pessoas que tiveram suas vidas marcadas pela lepra. Os acometidos e aqueles que se encontravam à sua volta foram submetidos a uma série de determinações cujos propósitos muitas vezes esqueceram-se do lado humano dessas pessoas. O discurso “*do combate a lepra*” converteram-nas em “*infectos*”, “*contagiosos*”, “*reservatórios de bacilos*”, perigo a ser recolhido e contido longe da sociedade. Havia o “mundo da lepra”.

⁶ A Organização Mundial de Saúde (OMS), tem compromisso firmado com o Brasil, segundo país com maior número de casos da doença no mundo, atrás apenas da Índia, de fornecimento da medicação sem

Contudo, se o mal provocado pelo **mycobacterium leprae** é na atualidade, acertadamente no Brasil, denominado de hanseníase com o objetivo de divorciar a doença da triste herança do passado, apesar das recaídas que às vezes ainda se assiste, neste trabalho adotou-se as velhas denominações. O motivo desta escolha é simples. Lepra, Morféia, Mal de São Lázaro, Gafeira, Coteno, Macuteno, Camunhengue e outros, são termos que aludem diretamente a uma época onde dispensava-se um tratamento ao portador desse mal que não concilia com o que se pratica na atualidade. O antigo leproso não equivale ao atual hanseniano. Com isso não se está menosprezando aquelas pessoas remanescentes daquela época, apenas procura-se estabelecer uma distância daquela postura com a da atualidade. Esses termos referem-se diretamente a toda rejeição, exclusão, policiamento que foram alvos os leproso no passado, logo, contribuem para expressar em si a temática da pesquisa.

Em algumas ocasiões utilizamos o termo hanseníase⁷ para significar, exclusivamente, a doença ocasionada pelo **mycobacterium leprae**. Desde antigüidade até o século XIX, confundia-se, visto da perspectiva atual, inúmeras doenças que eram abrigadas sob a denominação de lepra. Lepra era uma categoria ampla na qual encontrava-se muitas doenças dermatológicas hoje não mais associadas a hanseníase. A igreja, a medicina e a população em geral entendia por lepra e leproso uma ampla gama de doenças hoje reconhecidamente distintas. No decorrer dos séculos novos conhecimentos foram adquiridos e o termo foi sendo, então, esvaziado, ficando no século XX conhecido por lepra apenas a atual hanseníase. Esta pesquisa aborda justamente o século XX.

Assim, seguindo a proposição de Ítalo A. Tronca⁸ quando alude a uma doença cuja origem remonta ao mal biológico mas o ultrapassa e se transforma numa outra coisa, numa enfermidade sócio-cultural, que no caso da lepra é seguramente mais trágica e perversa do que o primeiro, temos, então, defrontadas duas situações distintas. Primeiro a hanseníase, ou seja, simplesmente o mal biológico. Segundo a lepra que, além do primeiro, agrega traços de *“uma espécie de ser simbiótico que reúne*

custos financeiros até o ano de 2005. Cf. **Jornal do MORHAN**(Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase). Rio de Janeiro. N.º33, Março/abril de 2000(p.01).

⁷ É o que ocorre no capítulo I e no texto 2.1 do capítulo II, além de outras ocasiões.

⁸ Ver a segunda citação que abre esta introdução.

os traços do fenômeno biológico juntamente com os da cultura.” A atual hanseníase não equivale à lepra, mas a lepra do século XX, entre outras coisas, era hanseníase.

Dessa forma, o primeiro capítulo, **“*Leprophobia social*”**: *o imaginário da lepra*, situa a lepra no imaginário social e procura refletir sobre alguns conceitos e temas considerados importantes e fundamentais para serem tratados simplesmente em notas de rodapé no decorrer de todo o trabalho.

O segundo capítulo, **“*Chamarizes do Inferno*”**: *o isolamento como profilaxia da lepra no Brasil*, e o terceiro, **“*Aqui renasce a esperança*”**: *crise na profilaxia da lepra no Brasil*, procuram recuperar a história do isolamento dos leprosos no Brasil do século XX com ênfase nos discursos sociais que implementaram tal prática e no drama vivido pelos acometidos de lepra ao serem integrados ou colocados dentro da rede institucional criada para eles com o objetivo de erradicar a endemia leprótica que assolava o país.

Deste modo, espera-se que este trabalho, apesar de suas lacunas, imperfeições e limitações, possa contribuir para a diminuição do estigma que ainda hoje cerca o hanseniano e para auxiliar na compreensão daquele “mundo da lepra”, espaço fechado, onde muitas vezes predominou posturas, normas e práticas injustas e desumanas, arbitrárias e extremamente permeáveis ao medo.

CAPÍTULO I

“LEPROPHOBIA SOCIAL”: o imaginário da lepra

1.1 A Lepra e a Bíblia

“O senhor disse a Moisés: ‘ordena aos israelitas que expulsem do acampamento todo leproso, todo homem atacado de gonorréia, todo o que está imundo por ter tocado num cadáver. Homens e mulheres, lançai-os fora do acampamento no meio do qual habito, para que não o manchem.’ Os filhos de Israel fizeram assim e lançaram-nos fora do acampamento; como o Senhor tinha ordenado a Moisés assim o fizeram.”¹

Adoecer sempre se constituiu num grave problema para os homens de todos os tempos. Ao lado da velhice e da morte, esses acontecimentos constantemente receberam um prisma de tragicidade, mais ou menos intenso de acordo com a sociedade, cultura e até a situação econômica dos indivíduos acometidos por tais aflições.

Dessa forma, todas as sociedades humanas desenvolveram maneiras de se relacionar com tais acontecimentos, e especificamente, no caso da doença, quase sempre compreendida como um comprometimento da plenitude das forças vitais do organismo, verifica-se por toda parte múltiplos e diferenciados costumes e práticas surgidos para guiar os comportamentos e ações tanto do doente como daqueles que o cercam, orientando os procedimentos do agir perante um “mal” que poderia, inclusive, em alguns casos resultar na supressão do membro “acometido” dentre seus pares.

No caso específico da lepra, uma das doenças mais remotas da humanidade, alvo de referências desde os povos mais antigos da região do atual Oriente Médio, Ásia e África, sempre existiram lendas envolvendo-a, bem como, seus ditos aspectos “hediondos”. Adágio exemplar é aquela segundo a qual Jesus Cristo teria dito ao apóstolo Pedro: *“Levanta- ti desta pedra porque aí, há muito tempo, havia sentado um leproso”²*.

Para se compreender o imaginário³ da lepra a leitura da Bíblia torna-se imprescindível por dois motivos: primeiro, os escritos bíblicos, notadamente os do

¹Números 05:01-04. In: **Bíblia Sagrada**. São Paulo, Editora Ave-maria, 141º ed., 2001. Todas as citações referentes a Bíblia foram retiradas desta edição.

²FERNANDES, Natividade Rubio et alli. Hanseníase: o que é, como diagnosticar, como medicar, como prevenir e erradicar. In: **Jornal do MORHAN**, Rio de Janeiro, 1º/TRIMESTRE/1982(P.04).

³O que se convencionou chamar de realidade e imaginário são constituintes inseparáveis do mundo social no qual vivem os homens. Mais do que se distinguem, se integram e se interagem, e combinados

Antigo Testamento, apreenderam e compilaram muitos dos costumes dos povos antigos do Oriente Médio, Ásia e África; segundo, pelo fato destes terem se constituído em fonte de forte influência sobre o ocidente cristão, conforme observa-se no livro de Jó, cuja autoria é de difícil precisão, onde o mais provável é tratar-se de uma história que circulava no oriente⁴. Assim, os textos bíblicos além de refletirem os costumes dos povos antigos e a figura do leproso, para esse notadamente o Levítico, engendraram muitas das representações que a Idade Média européia iria consolidar.

A Bíblia, do ponto de vista cristão, foi escrita “sob inspiração direta do próprio Deus,” que, no entanto, teria respeitado a personalidade dos redatores, homens das mais variadas classes e profissões⁵. Escrita num período de tempo de aproximadamente 1.500 anos dos quais apenas um século foi após a morte de Cristo, nela encontramos inúmeras referências sobre lepra.

formam um composto único, indissolúvel. O mundo social, engendrado pelos homens em relação direta com o mundo natural, é filtrado tanto individualmente quanto coletivamente através de traduções mentais, processo de abstração que corresponde segundo Roger Chartier e Jacques Le Goff às representações.

A representação torna-se possível, nesta acepção, somente dentro das relações indivíduo-indivíduo, indivíduo-social, indivíduo-natural, social-natural, social-indivíduo, donde os elementos que fundamentam estas traduções e interpretações ou os esquemas intelectuais interiorizados a que se refere Chartier são, ente outros, a cultura e a memória.

O indivíduo percebe o mundo a sua volta através das representações pelas quais ele o traduz, o interpreta e o torna inteligível e incorporado. O imaginário embora pertença ao campo da representação, o ultrapassa (Cf. Le Goff., p.12). Ele interfere na representação, logo pode alterar a percepção que os indivíduos têm acerca do mundo. Conforme François Laplatine e-----: “O imaginário é um processo cognitivo no qual a afetividade está contida, traduzindo uma maneira específica de perceber o mundo, de alterar a ordem da realidade”. (Cf. LAPLATINE., p.79). Sobre os conceitos de imaginário e representação, ver: CHARTIER, Roger. **A história cultural: entre práticas e representações**. Lisboa, DIFEL/Bertrand, 1990(notadamente a introdução). LE GOFF, Jacques. **O imaginário medieval**. Lisboa, Editorial Estampa, 1991(ver o prefácio). SWAIN, Tânia Navarro. Você disse imaginário. In: LACERDA, Sônia. **História no Plural**. (Coleção Tempos), Brasília, Editora da UNB, 1994(pp.43-67). BACZKO, Bronislaw. Imaginação Social. In: **Enciclopédia Einaudi**. vol.V (Antropos-Homen), Lisboa, Imprensa Nacional - Casa da Moeda, 19859pp.296-332). LAPLATINE, François, et alli.**O que é imaginário**. São Paulo, Editora Brasiliense, 2000.

⁴ Acredita-se que o livro de Jó trata-se de um conto que imaginação popular teria ampliado e poetizado. Seu autor é nominalmente desconhecido, no entanto, torna-se cada vez mais difícil atribuí-lo a Moisés ou a Salomão. O período em que foi escrito é uma incógnita, no entanto, sabe-se com segurança que situa-se após o exílio dos hebreus na Babilônia e antes do século III a. C...

Os críticos insistem na idéia de uma lenda, que circulava na região, baseando-se na confrontação com outras histórias de povos vizinhos que apresentava características bastante semelhantes ao livro de Jó: São Eles: O Justo Sofredor da babilônia: O diálogo do Desesperado e as Queixas de Aldeão do Egito; Prometeu Encadeado de Ésquilo e Édipo Rei e Tarquínias de Sófocles na Grécia, Cf. CARDOSO, Brito. Job. In: **Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura**, Lisboa, Vol. 11, Editorial Verbo (pp. 676-678).

⁵ Ainda reside algumas dúvidas quanto a alguns autores dos livros bíblicos, bem como algumas datas e locais em que foram escritos, mas quanto as profissões dos autores eram elas: reis, agricultores, pastores, advogados, pescadores, um médico, um cobrador de impostos.

A ocorrência da doença nos escritos bíblicos tece relações entre esta e a noção de pecado. Dor, sofrimento e penas físicas aparecem relacionados com as práticas de ações indevidas, em suma, aciona-se o sentimento de culpa através da noção de pecado.

Durante a antigüidade houve um deslocamento da causa das doenças nas doutrinas que grassavam pela região do antigo Oriente Médio. Embora seja uma constante que o estado de saúde e doença estivesse atrelado com o campo do sagrado, a explicação da origem dos males sofridos variou no mundo antigo.

Na Mesopotâmia, por volta de 3.000 a.C. acreditava-se que as pessoas adoeciam por vontade dos deuses, independente do fato de serem boas ou más. A etiologia das doenças residiria na intempestividade dos deuses. No entanto, por volta de 2.000 a. C. nota-se modificações nesta concepção. Retira-se a etiologia das doenças dos deuses e passa a atribuí-las aos demônios. Aqui já poderia se admitir que o doente tivesse descumprido algum preceito dos deuses, ou não, podendo estar sendo perseguido pela maldade dos demônios. Neste caso, ainda não haveria a necessária conexão entre faltas, desobediências e sofrimento. A importância do médico-sacerdote residiria em recorrer aos astros procurando *apaziguar* os deuses na busca da cura ⁶.

Mais tarde, observa-se na mesma Mesopotâmia o entrelaçamento entre o campo da consciência moral com o campo da saúde e da doença. A noção de pecado aparece como culpada pela etiologia das doenças, ou seja, a responsabilidade pelo adoecimento que inicialmente era dos deuses, depois dos demônios, agora recai sobre o próprio enfermo. Na verdade, ele estaria expiando suas culpas. Suas faltas acarretaram-lhe sofrimentos em forma de enfermidade ⁷.

A mais significativa e importante referência bíblica sobre a lepra encontra-se no Levítico; o livro das leis. Tudo indica terem sido as leis do Levítico inspiradas no modelo babilônico, em decorrências do período em que os hebreus estiveram exilados entre aquele povo.

A Bíblia não faz menção pormenorizada da sintomatologia das doenças, e em geral são muito vagas as referências com relação aos estados de enfermidade. As

⁶ MONTEIRO, Yara Nogueira. **Da Maldição Divina a Exclusão Social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. São Paulo, (Doutorado em História), USP, 1995(p.06).

⁷ Idem, p.07

denominações utilizadas contribuíram ao longo dos séculos para inúmeras confusões, pois, quase sempre, comportavam as mais variadas interpretações, além dos problemas das traduções que ocorreram posteriormente e que muito contribuíram para cristalizar equívocos, prejudicando as futuras políticas públicas de saúde na área de hanseníase.

A Bíblia herdava, assim, do antigo oriente, a noção de doença como fruto de pecado, e a contraponto, estabelecia estreita relação entre santidade, sabedoria e saúde opondo-se a pecado, ignorância e doença ⁸. Dessa forma, a cura aparece como sinal de graça divina, alcançada e possibilitada via de regra pelo arrependimento.

“ Poema composto por Ezequias, rei de Judá, quando esteve doente e se restabeleceu.

Eu dizia: ‘É necessário, pois, que em me vá, no apogeu de minha vida. Serei encerrado por detrás das portas da habitação dos mortos, durante os anos que me restariam a viver.

Eu dizia: ‘Não verei mais o Senhor na terra dos viventes. Não verei mais a luz entre os habitantes do mundo.

Arrancam as estacas do meu abrigo, arrebataam-me como uma tenda de pastores.

Como um tecelão, enrolam a tela de minha vida, depois cortam-lhe o laço. Dia e noite estou desamparado, e grito até o amanhecer. Como um leão, quebram-me todos os ossos.

Como a andorinha, dou gritos agudos e gemo como a pomba. Meus olhos se cansam de olhar para o alto. Senhor, estou em agonia, socorrei-me.

Para que falar assim? Que dizer-lhe, uma vez que é ele mesmo quem assim o faz? O tempo que me resta eu arrasto, vivendo em amargura.

Restituí-me a saúde, fiz-me reviver.’

Eis que meu sofrimento se mudou em conforto; vós preservastes minha vida do túmulo onde se apodrece, e lançastes para trás de vós todos os meus pecados.

Com efeito, não é a morada dos mortos que vos louvará, nem a morte que vos celebrará. O que desce à sepultura não espera mais em vossa bondade.

Quem está vivo, somente quem está vivo pode louvar-vos, como eu faço hoje. O pai dá a conhecer a seus filhos vossa fidelidade, diante da casa do Senhor.

Senhor, dignai-vos a nos salvar, e nós faremos soar a corda de nosso instrumentos todos os dias de nossa vida. Isaías disse então: ‘Que tragam um cataplasma de figos para aplicar sobre a úlcera, e Ezequias sarará.’”⁹

No Novo Testamento a noção de cura como algo miraculoso proveniente da iniciativa divina permanece, inclusive com a Lepra. Nele, Cristo também relaciona a

⁸ Idem, ibidem.. p.08

⁹ Isaías 38:09-21. In: **Bíblia Sagrada.**

doença como sinal do pecado¹⁰ e da presença demoníaca¹¹. Ainda assim, no Evangelho de João, uma das curas miraculosas realiza-se sem que a enfermidade seja associada a noção de pecado.

O cego de nascença

“Caminhando, viu Jesus um cego de nascença. Os seus discípulos indagaram dele: ‘Mestre, quem pecou, este homem ou seus pais, para que nascesse cego?’ Jesus respondeu: ‘Nem este pecou nem seus pais, mas é necessário que nele se manifestem as obras de Deus.’ Dito isso, cuspiu no chão, fez um pouco de lodo com a saliva e com o lodo ungiu os olhos do cego. Depois lhe disse: ‘Vai, lava-te na piscina de Siloé’ (esta palavra significa emissário). O cego foi, lavou-se e voltou vendo.”¹²

A leitura do Antigo Testamento evidencia que o princípio teocrático norteava a medicina em Israel e que os sacerdotes posicionavam-se então, como legítimos mediadores entre o doente e a vontade divina.

A lepra, no entanto, foi a única doença digna de menção específica por parte da Bíblia. No Levítico, os capítulos treze e quatorze legislam especificamente sobre ela, instruindo sacerdote a proceder a purificação, expulsão e possível reintegração do doente na comunidade, caso obtivesse a cura.

“O sacerdote examinará o mal que houver na pele do corpo: se o cabelo se tornou branco naquele lugar, e a chaga parecer mais funda que a pele, será uma chaga de lepra. O sacerdote verificará o fato e declarará impuro o homem.”¹³

Mas, nem tudo que o Levítico aponta como lepra é o que hoje compreende-se por hanseníase. No trecho acima, tais sintomas não correspondem aos da hanseníase¹⁴. No Levítico a lepra não estaria apenas no corpo das pessoas, mas também nos seus objetos de uso pessoal. No entanto, este livro bíblico pormenoriza os procedimentos e “tipos de lepra”, demonstrando, por exemplo, como agir no caso de lepra em tecidos e vestes.

A lepra nas vestes

“Quando a lepra aparecer numa veste de lã ou de linho, num tecido de tela ou de trama, quer seja de lã quer de linho, numa pele ou num objeto qualquer de pele, se a mancha na veste, na pele, no tecido de tela ou de

¹⁰ João 05:01-14. In: **Bíblia Sagrada.**

¹¹ Lucas 13:10-17. In: **Bíblia Sagrada.**

¹² João 09:01-03 e 06-07. In: **Bíblia Sagrada.**

¹³ Levítico 13:03. In: **Bíblia Sagrada.**

¹⁴ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op cit. p.10

trama ou no objeto de pele, for esverdeada ou avermelhada, é uma lepra: será mostrada ao sacerdote. O sacerdote examinará a mancha e isolará durante sete dias o objeto atingido pelo mal. No sétimo dia examinará a chaga. Se ela se tiver espalhado pelo tecido de tela ou de trama, pela pele ou pelo o objeto de pele, seja qual for, é uma lepra roedora; o objeto é impuro. Queimará a veste, o tecido de tela ou de trama de linho ou de lã, o objeto de pele, seja qual for, em que se encontre a mancha, porque é uma lepra roedora; o objeto será queimado no fogo. Mas se o sacerdote verificar que a mancha não se espalhou pela veste, pelo tecido de tela ou trama, ou pelo objeto de pele, mandará lavar o objeto afetado e o isolará uma segunda vez durante sete dias. Em seguida examinará a mancha, depois que ela tiver sido lavada. Se não mudou de aspecto nem se espalhou, o objeto é impuro. Tu o queimarás no fogo: a mancha roeu o objeto de um lado a outro. Mas se o sacerdote verificar que a mancha lavada tomou uma cor pálida, arrancá-la-à da veste, da pele ou do tecido de tela ou de trama. Se ela voltar novamente à veste, ao tecido de tela ou de trama ou ao objeto de pele, é uma erupção de lepra. Tu queimarás no fogo o objeto atingido pela mancha. Mas a veste, o tecido de tela ou de trama, o objeto de pele, seja o que for, que tiveres lavado e do qual a mancha tiver desaparecido, será lavado uma segunda vez e será puro. Tal é a lei relativa à mancha de lepra que atacar as vestes de lã ou de linho, os tecidos de tela ou de trama, ou qualquer objeto de pele; é segundo ela que se declararão esses objetos puros ou impuros.”¹⁵

A lepra também poderia incidir em casas e pedras, neste caso o procedimento de verificação permanece, bem como a quarentena, onde depois destas procederia então, caso persistisse a “lepra”, a expulsão do “ente ameaçador”:

A lepra nas casas

“O Senhor disse a Moisés e a Aarão: ‘Quando estiverdes na terra de Canaã, que eu vos darei em possessão, se eu ferir de lepra uma casa da terra de vossa possessão, o dono da casa irá e informará ao sacerdote, dizendo: parece-me que há como que uma mancha de lepra na minha casa. O sacerdote, antes de entrar para examinar a mancha, mandará que tirem para fora tudo que há na casa, a fim de que não se contamine nada do que houver nela. E só então entrará para visitar a casa. Examinará a mancha, e se a mancha que está nas paredes da casa estiver em cavidades esverdeadas ou avermelhadas, parecendo profundas na parede, o sacerdote sairá da casa e, tendo passado a soleira da porta, fechá-la-á por sete dias. E, voltando no sétimo dia, se notar que a mancha se estendeu pelas paredes, mandará arrancar as pedras atingidas pela mancha e jogá-las fora da cidade em um lugar impuro. Mandará raspar todo o interior da casa, e a poeira que houverem raspado será jogada fora da cidade em um lugar impuro. Novas pedras serão colocadas no lugar das primeiras e com nova argamassa será rebocada a casa.”

Se a mancha aparecer de novo na casa, depois que tiverem sido arrancadas as pedras, raspadas e rebocadas as paredes, o sacerdote voltará. Se ele verificar que a mancha cresceu, é uma lepra maligna, e a casa é

¹⁵ Levítico 13: 47-59. In: **Bíblia Sagrada.**

impura. Derrubar-se-ão a casa, as pedras, a madeira e toda a argamassa, que se levarão para fora da cidade a um lugar impuro. Quem tiver entrado na casa durante o tempo em que ela deveria estar fechada, será impuro até a tarde, e o que nela tiver dormido lavará suas vestes. Também aquele que nela tiver comido lavará suas vestes.

Mas, se o sacerdote, ao voltar, verificar que a mancha não se estendeu depois que a casa foi rebocada, declarará a casa pura, porque o mal está curado. Para purificar a casa, tomará duas aves, pau de cedro, carmesim e hissopo: imolará uma das aves sobre um vaso de terra contendo água de nascente. Tomará o pau de cedro, o hissopo, o carmesim e a ave viva e os molhará no sangue do pássaro imolado e na água de nascente, e aspergirá a casa sete vezes. Purificará a casa com o sangue do pássaro, a água de nascente, o pássaro vivo, o pau de cedro, o hissopo e o carmesim. Depois soltará o pássaro vivo fora da cidade, no campo. É assim que ele fará a expiação pela casa; e ela será pura.

Tal é a lei relativa a toda espécie de lepra e de tinha¹⁶, assim como à lepra das vestes e das casas, aos tumores, aos dartros e às manchas. Ela indica quando uma coisa é impura e quando é pura. Tal é a lei sobre a lepra.”¹⁷

No caso das pessoas atacadas de lepra, que obtivessem a cura depois da quarentena, o sacerdote reintegraria o ex-leproso; através de um ritual de purificação, uma vez que, somente a cura seria insuficiente para ser novamente aceito na comunidade:

“Será conduzido ao sacerdote, que sairá do acampamento para examiná-lo. Se a chaga da lepra estiver sã, o sacerdote ordenará que se tomem, para o que se vai purificar, duas aves vivas e puras, pau de cedro, carmesim e hissopo.(...). O sacerdote que fez a purificação apresentará o homem que há de ser purificado e todas essas coisas ao Senhor, à entrada da tenda de reunião.(...) Degolará o cordeiro no lugar onde se imolam as vítimas pelo pecado e o holocausto, no lugar santo, porque a vítima do sacrifício de reparação, assim como a do sacrifício pelo pecado, pertencem ao sacerdote: esta é uma coisa santíssima.(...) Oferecerá, em seguida, o sacrifício pelo pecado e fará a expiação por aquele que se purifica de sua impureza.”¹⁸

Assim, uma vez “sarado” e purificado ritualmente o ex-leproso se reintegrava à comunidade. Mas, o fato de no Levítico conter instruções acerca do leproso curado, confirma a tese segundo a qual o texto abrangeria uma série de

¹⁶ Doença de pele causado por vários gêneros de cogumelos. Cristo utiliza a palavra para se referir as traças. CF. VICENT, Mons. Albert. **Dicionário Bíblico**, São Paulo, Edições Paulinas, 1.969 (p.485) .

¹⁷ Levítico 14:33-57. In: **Bíblia Sagrada**.

¹⁸ Levítico 14:03,04,11,13,19. In: **Bíblia Sagrada**.

doenças de pele e também ampla gama de fungos. “Eis porque a lepra ‘lepra bíblica’ aparece como passível de cura”¹⁹.

Mas, além da parte específica no Levítico a lepra encontra-se referenciada em outros livros constituintes da Bíblia, onde tanto o conceito de doença como de lepra mesclam-se com a noção de pecado e punição divina.

*“ O Senhor continuou: ‘Mete a tua mão no teu seio’. Ele meteu a mão em seu seio e, quando a retirou, sua mão estava leprosa, tão branca como a neve. O Senhor disse-lhe: ‘Mete de novo a mão em teu seio’. Ele meteu de novo a mão em seu seio e retirando-a, eis que ela se tornara como o restante de sua carne.”*²⁰

O trecho acima é um diálogo entre Deus e Moisés, onde a incidência e cura momentânea da lepra seria um sinal de que Deus estava com ele, apoiando-o na retirada do povo hebreu do Egito.

*“A cólera do Senhor se acendeu contra eles. O Senhor partiu, e a nuvem retirou-se de sobre a tenda. No mesmo instante, Miriã foi ferida por uma lepra branca como a neve. Aarão, olhando para ela, viu-a coberta de lepra. Aarão disse então a Moisés: ‘Rogo-te, meu senhor, não nos faças levar o peso do pecado que cometemos num momento de loucura, e do qual somos culpados. Que ela não fique como um aborto que sai do ventre de sua mãe, com a carne já meio consumida.”*²¹

Verifica-se que, a noção de lepra como fruto do pecado e da ira divina é evidente no caso de Miriã²², acima citado, onde é vitimada, tornando-se “branca como a neve”. Os cuidados indicados pelo Levítico eram confirmados pela própria Bíblia que, no Deuteronômio²³, inclusive, retornando ao caso de Miriã, postula-se obediência às leis acerca da lepra e temência a Deus.

Israel é ameaçado com a lepra e os Egípcios são por ela atingidos²⁴, assim como Miriã também havia sido:

¹⁹ Idem p. 10

²⁰ Êxodo 04:06-07. In: **Bíblia Sagrada**.

²¹ Números 12:09-11. IN: **Bíblia Sagrada**.

²² Deuteronômio 24:08-09. In: **Bíblia Sagrada**.

²³ Deuteronômio 24:08. In: **Bíblia Sagrada**.

²⁴ Deuteronômio 28: 27-28. In: **Bíblia Sagrada**. Cf. LÉON-DUFOR, Xavier. **Vocabulário de Teologia Bíblica**. Petrópolis, Editora Vozes, 5º ed., 1992 (p. 524). Deuteronômio 24: 08-09. In: **Bíblia Sagrada**.

“(…)O Senhor te ferirá da úlcera do Egito, de hemorróidas, de sarna e de dartros incuráveis. O Senhor te ferirá nos joelhos e nas coxas com uma úlcera maligna e incurável, e que se estenderá da planta pés ao alto da cabeça.”²⁵

“O Senhor disse a Moisés e a Aarão: ‘Toma vossas duas mãos cheias de cinzas do forno, e Moisés a lance para océu diante dos olhos do faraó. Ela tornar-se-á uma poeira que se espalhará por todo o Egito, e haverá em todo o Egito, sobre os homens e sobre os animais, tumores que se arrebentarão em úlcera. Tomaram, pois, da cinza do forno e apresentaram-se diante do faraó. Moisés atirou-a para o céu e produziram-se, sobre os homens e sobre os animais, tumores que se arrebentavam em úlceras. Os mágicos não puderam aparecer diante de Moisés por causa das úlceras, porque foram atingidos como todos os egípcios.”²⁶

O pecado poderia então resultar em lepra pelo resto da vida, indo até a morte do acometido, como ocorreu com o Rei Ozias:

Lepra e a morte do rei

“Mas, apenas sentiu-se ele poderoso, seu coração encheu-se de orgulho, para sua desgraça. Cometeu uma falta contra o Senhor, seu Deus, entrando no templo do Senhor para queimar incenso no altar dos perfumes. O sacerdote Azarias, com oitenta corajosos sacerdotes do senhor, seguiram-no. Resistiram ao rei Ozias e lhe disseram: ‘Não compete a ti, Ozias queimar incenso ao Senhor, mas aos sacerdotes da estirpe de Aarão, que foram consagrados para esse fim. Sai do sanatório, porque prevaricaste, e isso não será para ti honra diante do senhor Deus’. Então Ozias, tendo na mão o tribulo, encolerizou-se; mas, durante esse acesso de cólera, apareceu a lepra em sua frente, ali, no templo do Senhor, na presença dos sacerdotes, diante do altar dos perfumes. O sumo sacerdote Azarias e todos os outros sacerdotes, olhando-o, viram essa lepra que ele tinha na frente. Precipitadamente fizeram-no sair; aliás, ele próprio se apressou em sair, sentindo-se ferido pelo Senhor. O rei Ozias ficou leproso até a morte. Como tal, viveu numa casa isolada. Estava excluído do templo do senhor, e seu filho Joatão governava o palácio e julgava o povo da terra. O profeta Isaías relatou os outros atos de Ozias, desde os primeiros até os últimos. Ozias adormeceu entre seus pais e foi sepultado perto deles, no campo da sepultura dos reis, porque diziam: ‘Ele era leproso’. Seu filho Joatão sucedeu-lhe no trono.”²⁷

Assim, a incidência de lepra poderia ser passageira, como a ocorrida com Moisés²⁸, ou ainda uma punição severa como a ocorrida com Ozias, que encerrou-se

²⁵ Deuteronômio 28:27,35. In: **Bíblia Sagrada.**

²⁶ Êxodo 09: 08-11. In: **Bíblia Sagrada.**

²⁷ II Crônicas 26: 16-23. In: **Bíblia Sagrada.**

²⁸ Êxodo 04:06-07. In: **Bíblia Sagrada.**

apenas com a morte, ou ainda mais severa, ultrapassando a própria existência e se estendendo a descendência:

A cura de Naamã

“Naamã, general do exercito do rei da Síria, gozava de grande prestígio diante de seu amo, e era muito considerado, porque, por meio dele, o Senhor salvou a Síria; era um homem valente, mas leproso. Ora, tendo os sírios feito uma inclusão no território de Israel, levaram consigo uma jovem, a qual ficou a serviço da mulher de Naamã. Ela disse à sua senhora: ‘Ah, se meu amo fosse ter com o profeta que reside em Samaria, ele o curaria da lepra!’ Ouvindo isso, Naamã foi e contou ao seu soberano o que dissera a jovem israelita. O rei da Síria respondeu-lhe: ‘Vai, que eu enviarei uma carta ao rei de Israel.’ Naamã partiu com dez talentos de prata, seis mil siclos de ouro e dez vestes de festa. Levou ao rei de Israel uma carta concebida nestes termos: ‘Ao receberes esta carta, saberás que te mando Naamã meu servo, para que o cures da lepra.’ Tendo lido a missiva, o rei de Israel rasgou as vestes e exclamou: ‘Sou eu porventura um deus, que possa dar a morte ou a vida, para que esse me mande dizer cure um homem da lepra? Vede bem que ele anda buscando pretextos contra mim.’

Quando Eliseu, o homem de Deus soube que o rei tinha rasgado as vestes, mandou-lhe dizer: ‘por que rasgaste as tuas vestes? Que ele venha a mim, e saberá que há um profeta em Israel.’ Naamã veio com seu carro e seus cavalos e parou à porta de Eliseu. Este mandou-lhe dizer por um mensageiro: ‘Vai, lava-te sete vezes no Jordão e tua carne ficará limpa. Naamã se foi, despeitado, dizendo: ‘Eu pensava que ele viria em pessoa, e, diante de mim, invocaria o Senhor, seu Deus, poria a mão no lugar infectado e me curaria da lepra. Porventura os rios de Damasco, o Abana e o Farfar, não são melhores que todas as águas de Israel? Não me poderia eu lavar neles e ficar limpo?’ E, voltando-se retirou-se encolerizado. Mas seus servos, aproximaram-se dele, disseram-lhe: ‘Meu pai, mesmo que o profeta te tivesse ordenado algo difícil, não o deverias fazer? Quanto mais agora que ele te disse: Lava-te e serás curado. Naamã desceu ao Jordão e banhou-se ali sete vezes, como lhe ordenara o homem de Deus, e sua carne tornou-se como a de uma criança.

Voltando então para o homem de Deus, com toda a sua comitiva, entrou, apresentou-se diante dele e disse: ‘Reconheço que não há outro Deus em toda a terra, senão o de Israel. Aceita este presente do teu servo.’ ‘Pela vida do Senhor a quem sirvo, replicou Eliseu, não aceitarei nada.’ E apesar da instância de Naamã, ele recusou.(...).

Punição de Giezi

Naamã estava já a certa distância quando Giezi, servo de Eliseu, disse consigo: ‘Eis que meu amo poupou a esse sírio, Naamã, recusando aceitar de sua mão o que ele tinha trazido. Pela vida de Deus! Vou correr atrás dele, e obterei dele alguma coisa.’ E Giezi foi ao alcance de Naamã, o qual, vendo-o correr, desceu do carro e veio-lhe ao encontro. E disse-lhe: ‘Tudo vai bem?’ – ‘Sim, respondeu Giezi; meu senhor manda-me dizer-te: Acabam de chegar à minha casa, da montanha de Efraim, dois jovens, filhos de profetas. Rogo-te que me dêes para eles um talento de prata e dois hábitos de festa. Naamã respondeu: ‘É melhor que leves dois talentos.’ Naamã insistiu e, atando dois talentos e dois hábitos de festa em dois sacos, entregou-os a dois de seus escravos para que os levassem a Giezi. Quando atingiram a colina, Giezi tomou os objetos de suas mãos e guardou-os na sua casa. Depois disso, despediu os dois homens e estes se retiraram.

E, tendo entrado, apresentou-se ao seu amo. Eliseu disse-lhe: De onde vens, Giezi? ‘Teu servo não foi a parte alguma’, respondeu ele: Mas Eliseu replicou: ‘Não estava porventura presente o meu espírito, quando um homem saltou de seu carro ao teu encontro? É este o momento de aceitar dinheiro, adquirir vestes, oliveiras e vinhas, ovelhas e bois,

servos e servas? A lepra de Naamã se pegará a ti e a toda a tua descendência para sempre.’ E Giezi saiu da presença de Eliseu coberto de uma lepra branca como a neve.’²⁹

“ Igualmente havia muitos leprosos em Israel, no tempo do profeta Eliseu; mas nenhum deles foi limpo, senão o sírio Naamã.”³⁰

Aqui pode-se depreender a noção do pecado como transmissível às gerações futuras, o que de certa forma colide com a posição de Jesus Cristo narrada em João³¹.

Assim, os cinco casos aqui analisados do Antigo Testamento: Moisés, Miriã, Ozias, Naamã e Giezi possibilitam vislumbrar um painel diferenciado sobre a incidência e cura da lepra. O primeiro teve incidência e cura imediata. O segundo, Miriã, houve um intervalo de sete dias. O terceiro, o Rei Ozias, não foi curado, sendo destronado por seu filho Joatão. Quanto a Naamã, obteve a cura junto do profeta Eliseu. Já Giezi, além de não ser curado por causa de sua falta grave, ambição material, teve sua punição estendida aos seus descendentes conforme havia sentenciado o profeta Eliseu.

Contudo, um outro personagem do Antigo Testamento, também considerado leproso, atravessou os tempos e inspirou muito o caminho da lepra, trata-se de Jó. O livro de Jó das escrituras bíblicas hebraico - aramaicas narra a história desta figura que teria vivido hipoteticamente na terra de Hus, na Transjordânia, nos confins da Iduméia e da Arábia e que teria sido um típico filho do Oriente.³²

“Jó tornou-se símbolo da paciência, e também personagem representativo, em todos os tempos, do portador da lepra.”³³

Embora não haja uma concordância a respeito de sua existência histórica, Jó constitui-se no exemplo máximo do sofrimento resignado e notável firmeza de sua crença em Deus. Mesmo bastante vitimado, ainda aguardava pacientemente que ele cessasse suas aflições. Deus havia permitido a Satanás que o ferisse e o prejudicasse livremente, excetuando tirar-lhe a vida, a fim de demonstrar para o “anjo mal” o quão

²⁹ II Reis 05:01-16/20-27. In: **Bíblia Sagrada.**

³⁰ Lucas 04:27. In: **Bíblia Sagrada.**

³¹ João 09: 01-03. In: **Bíblia Sagrada.**

³² CARDOSO, Brito. Op cit., p. 676.

aquele homem lhe era fiel. Jó perdeu suas riquezas, seus filhos foram chacinados, seus amigos se afastaram e outros falsos tentavam-lhe fazer abandonar sua crença. Sua própria esposa teria lhe dito:

“Persiste ainda em tua integridade (a Deus)? Amaldiçoa a Deus, e morre!”³⁴

“Satanás retirou-se da presença do Senhor e feriu Jó com uma úlcera maligna, desde a planta dos pés até o alto da cabeça. E Jó tomou um caco de telha para se coçar, e assentou-se sobre a cinza.”³⁵

A associação da figura de Jó com a lepra se deu por um processo de reapropriação cultural deste personagem, ao que tudo indica, pelos aspectos físicos das doenças a que foi acometido, conforme observa Guidotti. Sua complacência com o sofrimento das doenças que lhe foram colocadas pelo próprio satanás e sua paciência em aguardar o socorro da providência divina, também inspiraram comportamentos no Ocidente cristão.

“A interpretação errônea do texto bíblico criou o estigma. Como se observa no texto bíblico, ‘lepra’ tinha significado totalmente diferente do que é a hanseníase. A coceira de Jó não é um sintoma da doença que aflige milhões de seres humanos”³⁶

O Novo Testamento também possui diversas referências sobre lepra, dispersas nos evangelistas Mateus, Marcos e Lucas. Em muitas delas não são conhecidos os nomes dos doentes, sendo apenas identificados como leprosos. Nestes, Cristo aparece executando curas miraculosas como prova de que seria realmente o enviado de Deus:

Mensagem de João Batista

“Tendo João, em sua prisão, ouvido falar das obras de Cristo, mandou-lhe dizer pelos discípulos: ‘ Sois vós aquele que deve vir, ou devemos esperar

³³GOMIDE, Leila Regina Scalia. **“Órfãos de Pais Vivos” - A lepra e as instituições preventoriais no Brasil: Estigmas, preconceitos e segregação.** São Paulo, (Mestrado em História),USP,1991 (p.18).

³⁴Jó 02:09. In: **Bíblia Sagrada.**

³⁵Jó 02:07-08. In: **Bíblia Sagrada.**

³⁶GUIDOTTI, Pe. Humberto. Lepra, palavra incurável. In: **Jornal do MORHAN**, Rio de Janeiro, 1º/trimestre/1982 (p.09).

por outro?’ Respondeu-lhes Jesus: ‘Ide e contai a João o que ouvistes e o que vistes: os cegos vêem os coxos andam, os leprosos são limpos, os surdos ouvem, os mortos ressuscitam, o Evangelho é anunciado aos pobres...’³⁷

A lepra continuava digna de menção especial ainda no tempo de Jesus Cristo e também figurava em uma classificação própria, conforme verifica-se neste trecho:

“Curai os doentes, ressuscitai os mortos, purificai os leprosos, expulsai os demônios. Recebestes de graça, de graça dai!”³⁸

A citação anterior, extremamente rico de sentidos, permite observar que os leprosos diferenciavam-se dos demais enfermos, isto é, não foram aí incluídos. Lepra era sinônimo de impureza e sujeira e não especificamente de doença. Os enfermos eram para serem curados e os leprosos limpos ou purificados.

Cura de um leproso

“Aproximou-se dele um leproso, suplicando-lhe de joelhos: ‘Se queres, podes limpar-me’ Jesus compadeceu-se dele, estendeu a mão, tocou-o e lhe disse: ‘Eu quero, sê limpo.’ E imediatamente desapareceu dele a lepra e foi purificado.”³⁹

Cura de um leproso

“Estando ele numa cidade, apareceu um homem cheio de lepra. Vendo a Jesus, lançou-se com o rosto por terra e lhe suplicou: ‘Senhor, se queres, podes limpar-me.’ Jesus estendeu a mão, tocou-o e disse: ‘Eu quero; sê purificado!’ No mesmo instante desapareceu dele a lepra. Ordenou-lhe Jesus que o não contasse a ninguém, dizendo-lhe, porém: ‘Vai e mostra-te ao sacerdote, e oferece pela tua purificação o que Moisés prescreveu, para lhes servir de testemunho.’ Entretanto, espalhava-se mais e mais a sua fama e concorriam grandes multidões para o ouvir e ser curadas das suas enfermidades. Mas ele costumava retirar-se a lugares solitários para orar.”⁴⁰

³⁷ Mateus 11:02-05. In: **Bíblia Sagrada.**

³⁸ Mateus 10:08. In: **Bíblia Sagrada.**

³⁹ Marcos 01: 40-42. In: **Bíblia Sagrada.**

⁴⁰ Lucas 05: 12-16. In: **Bíblia Sagrada.**

“Respondeu-lhes ele: ‘Ide anunciar a João o que tendes visto e ouvido: os cegos vêem, os coxos andam, os leprosos ficam limpos, os surdos ouvem, os mortos ressuscitam, aos pobres é anunciado o Evangelho; e bem-aventurado é aquele para quem eu não for ocasião de queda!’”⁴¹

A idéia de que os leprosos são sujos ou impuros é uma constante, conforme observa-se nesta outra passagem:

Cura de um leproso

“Tendo Jesus descido da montanha, uma grande multidão o seguiu. Eis que um leproso aproximou-se e prostou-se diante dele, dizendo: ‘Senhor, se queres, podes curar-me.’ Jesus estendeu a mão, tocou-o e disse: ‘Eu quero, sê curado.’ No mesmo instante, a lepra desapareceu. Jesus então lhe disse: ‘Vê que não o digas a ninguém. Vai, porém, mostrar-te ao sacerdote e oferece o dom prescrito por Moisés em testemunho de tua cura.’”⁴²

No entanto, se Jesus Cristo limpava ou purificava todos os leprosos nem todos agradeciam. Esta é a tônica desta passagem de Lucas; “o leproso agradecido”, que entre um grupo de dez leprosos limpos um único retorna para agradecer:

O leproso agradecido

“Sempre em caminho para Jerusalém, Jesus passava pelos confins da Samaria e da Galiléia. Ao entrar numa aldeia, vieram-lhe ao encontro dez leprosos, que pararam ao longe e elevaram a voz, clamando. ‘Jesus, Mestre, tem compaixão de nós!’ Jesus viu-os e disse-lhes: ‘Ide, mostrai-vos ao sacerdote.’ E quando eles iam andando, ficaram curados. Um deles, vendo-se curado, voltou, glorificado a Deus em alta voz. Prostrou-se aos pés de Jesus e lhe agradecia. E era um samaritano. Jesus lhe disse: ‘Não ficaram curados todos os dez? Onde estão os outros nove? Não se achou senão este estrangeiro que voltasse para agradecer a Deus?!’ E acrescentou: ‘Levanta-te e vai, tua fé te salvou.’”⁴³

Porém, os personagens bíblicos associados à lepra no Novo Testamento merecem aqui discussão a parte; são eles: Lázaro e Simão.

Nenhum personagem se tornou mais simbólico e identificado com a lepra do que Lázaro. No Brasil, seu nome figurava em importantes instituições como a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. São inúmeras as referências onde os locais destinados aos leprosos eram denominados de

⁴¹ Lucas 07:22-23. In: **Bíblia Sagrada.**

⁴² Mateus 08:01-04. In: **Bíblia Sagrada.**

⁴³ Lucas 17:11-19. In: **Bíblia Sagrada.**

Lazaretos⁴⁴. O nome Lázaro está no imaginário popular extremamente associado a lepra.

Lázaro, no entanto é o nome de dois personagens neotestamentários relatados nos evangelistas Lucas e João. A leitura dos relatos dos dois evangelistas, evidencia que nenhum dos dois eram leprosos:

Ressurreição de Lázaro

“Lázaro caiu doente em Betânia, onde estavam Maria e sua irmã Marta. Maria era quem ungira o Senhor com o óleo perfumado e lhe enxugara os pés com os seus cabelos. E Lázaro, que estava enfermo, era seu irmão. Suas irmãs mandaram, pois, dizer a Jesus: ‘Senhor, aquele que tu amas está enfermo.’ A estas palavras, disse-lhes Jesus: ‘Esta enfermidade não causará a morte, mas tem por finalidade a glória de Deus. Por ela será glorificado o filho de Deus.’”⁴⁵

Jantar em Betânia

“Seis dias antes da páscoa, foi Jesus a Betânia, onde vivia Lázaro, que ressuscitara. Deram ali uma ceia em sua honra. Marta servia e Lázaro era um dos convivas.”⁴⁶

Lázaro, morto por uma doença desconhecida, irmão de Marta e Maria, ressuscitado dentre os mortos por Jesus Cristo era seu amigo pessoal. Tornou-se na Idade Média o grande advogado de todos os doentes derivando de seu nome a expressão Lazareto e a figura de São Lázaro.⁴⁷ Sua ressurreição, segundo o evangelista João,⁴⁸ teria desencadeado os ódios entre os fariseus e os sacerdotes que começaram a percebê-lo como influência concorrente, passando, a partir daquela ocasião, a tramarem sua morte.

O segundo Lázaro nos escritos neotestamentários, é o da narração paradigmática, “*O rico e o Lázaro*”, relatado por Lucas:

⁴⁴ KIPPER, J. Balduino. Lázaro. In: **Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura**. Op cit. p. 1.569

⁴⁵ João 11:01-04. In: **Bíblia Sagrada**.

⁴⁶ João 12:01-02. In: **Bíblia Sagrada**.

⁴⁷ OLIVEIRA, A de. Lazareto. Idem p. 1.566/1.567.

⁴⁸ João 11:45-51. In: **Bíblia Sagrada**.

Parábola do rico e Lázaro

“Havia um homem rico que se vestia de púrpura e linho finíssimo, e que todos os dias se banqueteava e se regalava. Havia também um mendigo, por nome de Lázaro, todo coberto de chagas, que estava deitado à porta do rico. Ele avidamente deseja matar a fome com as migalhas que caíam da mesa do rico... Até os cães iam lambê-lhe as chagas. Ora, aconteceu morrer o mendigo e ser levado pelos anjos ao seio de Abraão. Morreu também o rico e foi sepultado. ‘E estando ele nos tormentos do inferno, levantou os olhos e viu, ao longe, Abraão e Lázaro no seu seio. Gritou, então: Pai Abraão, compadece-te de mim e manda Lázaro que molhe em água a ponta de seu dedo, a fim de me refrescar a língua, pois sou cruelmente atormentado nestas chagas. Abraão, porém, replicou: Filho, lembra-te de que recebeste teus bens em vida, mas Lázaro, males; por isso ele agora aqui é consolado, mas tu estás em tormento. Além de tudo, há entre nós e vós um grande abismo, da maneira que, os que querem passar daqui para vós, não o podem, nem os de lá passar para cá. o rico disse: rogo-te então, pai, que mandes Lázaro à casa de meu pai, pois tenho cinco irmãos, para lhes testemunhar, que não aconteça virem também eles parar neste lugar de tormentos. Abraão respondeu: eles lá tem Moisés e os profetas: ouçam-nos! O rico replicou: Não, pai Abraão; mas, se for a eles algum dos mortos, arrependê-se-ão. Abraão respondeu-lhe: Se não ouvirem a Moisés e os profetas, tampouco se deixarão convencer, ainda que ressuscite dos mortos.”⁴⁹

Somente após a sua morte Lázaro livra-se de seu sofrimento. O contrário ocorre com o rico epulão. É desta figura parabólica que deriva o sentido com o que se emprega o nome Lázaro como Leproso. Novamente, assim como Jó, a tradição ao longo dos anos aproximou, sintomas de doenças de pele, como pústulas, chagas, feridas e outros à lepra. A hanseníase, que insiste em não querer o estatuto da lepra, herdou todos estes significados e conteúdos que lhe foram impingidos pelo imaginário popular durante pelo menos dois milênios.⁵⁰

O único personagem bíblico relatado como leproso é Simão de Betânia, cuja tônica foi bem captada pelo Padre Vieira, neste trecho:

“Diz o evangelista São Marcos que veio Cristo Senhor nosso comer à casa de Simão, o Leproso: chamava-se assim este homem que fora leproso antigamente, e o mesmo Senhor o sarara, Não sei se reparais na dúvida. Se este homem ainda tivera lepra e lhe chamassem leproso, muito justo; mas se

⁴⁹ Lucas 16: 19-31. In: **Bíblia Sagrada.**

⁵⁰ BARKIRTZIEF, Zoica. **Conhecimento científico e Controle Social: a Institucionalização do Campo Hanseníase (1897-2000).**São Paulo, (Doutorado em Psicologia Social), PUC/SP, 2001(p.24).

*ele estava são, por que lhe hão de chamar leproso? Porque esse é o juízo dos homens. Fostes vós leproso algum dia? Pois ainda que Deus faça milagres em vós, leproso haveis de ser todos os dias de vossa vida. Deus poder-vos-á dar a saúde; mas o nome da enfermidade não vo-lo hão de perdoar os homens. No juízo de Deus com a mudança dos procedimentos, mudam-se os nomes; antigamente éreis Saulo. Hoje sois Paulo: no juízo dos homens, por mais que os procedimentos se mudem, os nomes não se mudam jamais. Se fostes leproso uma vez, leproso vos hão de chamar enquanto viverdes: 'Simonis leprosi'. Poderá haver milagre para sarar o Simão, mas milagre para tirar o leproso não é possível. Oh grande sem razão do juízo humano, que da enfermidade vos hajam de fazer apelido! E vem a ser pior o apelido que a mesma enfermidade. Porque a enfermidade, quando muito, chega até a morte, o apelido passa à descendência. O juízo de Deus terrível é, mas posso me livrar dele emendando-me. Porém o juízo dos homens, em que não vale a emenda, quem poderá negar, é mais terrível.'*⁵¹

O estigma marcara eternamente Simão. Mesmo depois de restabelecida sua saúde não perdeu seu “surrado cognome” imposto pelo estigma. Simão, o “leproso”⁵² fora igualmente curado por Jesus Cristo, com exceção do nome da enfermidade, que não teve cura, conforme bem observa o Padre Vieira. Por que Cristo podia limpar os leprosos, mas não podia purificar as palavras.

Entretanto, para além dessas questões imanentes a respeito das referências bíblicas sobre a lepra, outras considerações não podem ser omitidas, no tocante a história e a composição desta complicação de livros, denominada de Bíblia. O mais provável é que nenhuma das referências bíblicas sobre a lepra relacionem-se com a atual hanseníase.⁵³

O evangelista Lucas, médico grego, autor de dois dos livros do Novo Testamento, o Evangelho segundo Lucas e Atos dos Apóstolos, de acordo com as evidências conheceria a expressão utilizada na medicina helênica para designar a atual hanseníase, ou seja; **elephantiasis**.⁵⁴

Eis aqui um ponto crucial. Este permite associar a palavra lepra, na Bíblia, a uma série de doenças de pele, misturadas a algumas situações de impurezas rituais, que em nada se relacionariam com a atual hanseníase, herdeira, por excelência, de

⁵¹ VIEIRA, Padre. Sermão do Segundo Domingo do Advento. Sermões, Lisboa, tomo I, Livraria Chardron, 1907(pp.164-165).Apud: GUIDOTTI, Pe. Humberto. Hanseníase não é lepra. In: **Revista de Cultura**, Petrópolis, Editora Vozes, Vol. 78, n.º 03, abril de 1984, pp.178/179(pp.18-19).Na Bíblia ver: Marcos 14:03 e Mateus 26:06.

⁵² GUIDOTTI, Pe. Humberto. Hanseníase não é lepra. In: **Revista de Cultura**, Petrópolis, Editora Vozes, Vol. 78, n.º 03, abril de 1984(p.178/179).

⁵³ BROWNE, Stanley G. Leprosy in the Bible. London: Christian Medical Fellowship Publication. Apud: BARKIRTZIEF, Zoica. Op Cit. p.22/23.

toda essa carga de adjetivação bíblica. A sustentação dessa argumentação encontra-se em estudos arqueológicos⁵⁵ e nos já citados textos de Lucas. A opção deste pelo uso da palavra **lepros** ao invés de **elephantiasis** em vários dos episódios narrados, pode relacionar-se com o fato de se estar aludindo a uma série de afecções cutâneas marcadas pela aparência escamosa e esbranquiçada.

Assim, três pontos poderiam endossar a tese da inexistência de qualquer referência bíblica tratar-se da atual hanseníase: Primeiro, o texto do Levítico, rico em detalhes, não cita entre os sintomas da lepra a presença de anestesia no local da pele “aflicto” por tal doença. Segundo, a “lepra bíblica” era curável, em intervalos variados, alguns relativamente curtos, como no caso de Miriã, sete dias, o que certamente não era hanseníase. Terceiro, a incidência da Lepra poderia ocorrer inusitadamente em paredes,⁵⁶ pedras⁵⁷ e vestes⁵⁸ o que não ocorre, sem dúvida alguma, com a hanseníase.

Quanto ao fenômeno de estigmatização da lepra, se uma de suas causas é a herança bíblica, poderíamos então localizar sua origem no automatismo operado no momento das tradições bíblicas, ocorridas no final do primeiro milênio a. C e no início do primeiro milênio d.C, quando a lepra bíblica e a elephantiasis foram entendidas como sinônimos, o que possibilitou a translação das impurezas e sujeiras rituais a que o povo Hebreu se refere em seus textos antigos, para os portadores de hanseníase na Idade Média européia.

De qualquer forma, mesmo que Jó e Lázaro não tenham sido leprosos, conforme os estudos dos textos bíblicos posteriormente demonstraram, o que importa é que figuraram na história como tal. Foram mencionados como sujeitos de lepra, e foi assim que foram apreendidos e assimilados pelo Ocidente cristão.

O evangelho de Marcos, por exemplo, permite verificar que os procedimentos descritos no Levítico, eram seguidos no tempo de Jesus Cristo:

⁵⁴ Idem p. 22/23. Na Grécia não existia, naquele momento, o termo lepra e sim elefantíase. Assim, se Lucas não utilizou o termo elefantíase provavelmente é por não estar se referindo a atual hanseníase.

⁵⁵ Idem., ibidem., p. 22/23.

⁵⁶ Levítico 14:33-47. In: **Bíblia Sagrada** .

⁵⁷ Idem.

⁵⁸ Levítico 13:47-59. In: **Bíblia Sagrada**.

Cura de um leproso

“Aproximou-se dele um leproso, suplicando-lhe de joelhos: ‘Se queres, podes limpar-me.’ Jesus compadeceu-se dele, estendeu a mão, tocou-o e lhe disse: ‘Eu quero, sê limpo’. E imediatamente desapareceu dele a lepra e foi purificado. Jesus o despediu imediatamente com esta severa admoestação: ‘Vê que não o digas a ninguém; mas vai, mostra-te ao sacerdote e apresenta, pela tua purificação, a oferenda prescrita por Moisés para lhe servir testemunho.’”⁵⁹

O Levítico instruí a sacramento a proceder a expansão,⁶⁰ para fora da comunidade, de leproso não-sarado, que ficava condenado então a viver às suas margens.

A Idade Média europeia redimensionaria as leis bíblicas sobre a lepra. O costume de expulsar o leproso permaneceria, agora procedido, com uma missa, semelhante a que se realizava para os mortos, que antecipava a segregação do doente.

Mas se foi agregado ao termo lepra tamanho assombro cultural, o momento inicial em que este teria sido forjado, foi aquele no qual realizaram-se as grandes traduções bíblicas da versão dos Setenta (ou LXX) ou Septuaginta e a Vulgata.

O termo utilizado nos textos do Antigo Testamento era “tsara’ath” que aproximadamente significava sujeira e impurezas rituais. Este agrupava uma ampla gama de situações que poderiam ser entendidas como tais. A menstruação, o contato com os defuntos, alguns hábitos alimentares, desobediências aos sacerdotes e mesmo alguns comportamentos poderiam ser aí incluídos. Havia doenças de pele que figuravam neste termo como, a psoríase, vitiligo, impetigo e pênfigos.⁶¹

Não há consenso sobre quando teria finalizado a Septuaginta, isto é, a versão em grego dos textos do Antigo Testamento em hebraico e aramaico. Provavelmente no século II. a. C. ela já estaria concluída.⁶² De qualquer forma, para seus tradutores a palavra lepra não sugeria o que hoje entendemos por hanseníase, mas sim uma

⁵⁹ Marcos 01:40-44. In: **Bíblia Sagrada**.

⁶⁰ Números 05:01-04. In: **Bíblia Sagrada**.

⁶¹ GUIDOTTI, Pe. Humberto. Op. Cit., p.183. BROWNE, Stanley G. Leprosy in the Bible. In: Barkirtzief, Zoica. Op Citp.22/23

⁶² Acredita-se que entre os anos de 145 a 129 a.C., a versão dos Setenta já se encontrava concluída. No entanto, os especialistas argumentam que ela constitui a testemunha de um texto mais antigo e provavelmente melhor do que os manuscritos hebreus. In: VICENT, Mons. Albert. **Dicionário Bíblico**, São Paulo, Edições Paulinas, 1.969 (p.462) .

condição escamosa da pele e outras doenças de pele relacionáveis, que para eles induziam a noção de sujeita e impureza do velho “tsara’ath”.

No século I a.C. Os nomes mais comuns que designariam a atual hanseníase seria a elephantiasis ou elephantiasis-dos-gregos (Elephantíasis Graecorum) e Morbus Phenicius”.⁶³ Ocorre que estes nomes vão perder cada vez mais sua força para se referir à doença, abrindo espaço para o uso do termo lepra, já colocado na versão dos Setenta que, dessa forma, começava a compartilhar dos conteúdos do antigo “tsara’ath

*“Por razões difíceis de entender, o nome da doença, na Europa, mudou de **elefantíase** para lepra (variações como lebre, leprosy e leprosy) durante os séculos seguintes, e o uso desastroso das mesmas palavras no Velho Testamento, significando castigo para um pecado, teve efeito destruidor na reação social à doença em qualquer lugar onde o Cristianismo predominou, particularmente na Europa durante a Idade Média e posteriormente”⁶⁴*

As razões da substituição do nome da atual hanseníase de elephantíasis para lepra, na Europa, no período abrangido do século I a.C. ao I d.C., ainda são pouco estudados. No entanto, todas as argumentações vão no sentido de destacar que, apesar de diferente das outras doenças de pele, a hanseníase também se trata de uma doença dermatológica, cujos aspectos físicos, numa época em que sintomatologia não era um estudo dos mais sistematizados, terminou por fertilizar o terreno, tornando-o propício para o enquadramento da hanseníase dentre os “males” normatizados pelo Levítico.

Certamente, o trabalho dos 72 anciões de Israel ao afunilarem todos os significados do antigo testamento “tsara’ath” em uma única palavra; lepra, que perdeu a variedade de significados do termo anterior, contribui para a aproximação da hanseníase com o universo de significados expressos no Levítico e na Bíblia de um modo geral.

Mas, se quem “traduz trai”, as manobras dos tradutores do Antigo Testamento, ainda tiveram oportunidade de serem reafirmadas e endossadas. Quando

⁶³ ORNELLAS, Cleuza Panis set. **O Paciente Excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento**. Rio de Janeiro, Editora Revan, 1997 (p.59).

⁶⁴ JOPLING, Willian H. Meditações sobre a Hanseníase. In: **Jornal do MORHAN**, Rio de Janeiro, 1º/trimestre/1983 (p.06).

no início do século V d.C.,⁶⁵ providenciou-se uma nova tradução do Antigo Testamento, agora já a partir da versão dos Setenta e não mais os originais em hebraico e aramaico, acrescidos dos textos pós-Cristo, que denominamos de Novo Testamento, novamente a palavra lepra é eleita para representar a amplitude de situações expressas desde os textos antigos, numa época em que cada vez mais imperava a prática de referir-se a hanseníase como lepra. O resultado a história iria mostrar: lepra se transformou em sinônimo de “tsara’ath”.

A Vulgata se tornará a Bíblia Oficial da Igreja Católica, a partir da dissolução do Império Romano. E, se na época dos Setenta a elephantiasis não a equivalia a “tsara’ath” ou lepra, como fora traduzida na Septuaginta, na época da Vulgata sim. O imaginário popular já as havia aproximado e a incluído numa mesma categoria. A ratificação indevida que fez os tradutores da Vulgata dessa aproximação desastrosa permite a conclusão do processo de imigração dos conteúdos e significados do antigo “tsara’ath” para a atual hanseníase, no início da Idade Média européia.

“Lepra, da versão dos Setenta, e leprosos da Vulgata tornou-se lepra nas versões inglesas (e naturalmente portuguesas) e, por causa deste significado de pecado, e também porque os escritores desde os tempos de Shakespeare usaram as palavras lepra e leproso para significarem algo odioso, tem havido campanhas em anos recentes para mudar a doença de nome.”⁶⁶

“As doenças que mais estavam em sintonia com os sintomas relatados na Bíblia (psoríase, vtiligo, etc), hoje não são mais nem ‘lepras’, nem ‘bíblicas’. A ‘elefantíase’, cujos sintomas não se encontram na Bíblia é hoje a única ‘lepra’ e a única doença bíblica.”⁶⁷

Assim, no intervalo entre as traduções do Antigo e Novo Testamento, ou seja da Septuaginta no século II. a.C. e a Vulgata no início do século V d.C. a hanseníase mudou de nome na Europa e ganhou novos significados.

⁶⁵ Nome dado à versão latina da Bíblia, empreendida de modo global por São Jerônimo, a pedido do papa Damásio no século IV e publicada no ano de 404. O nome advém das características do texto, redigido sob forma literária comum, vulgar (no sentido etimológico). Pouco a pouco a **vulgata** se impôs no mundo ocidental, tornando-se a Bíblia Oficial da Igreja Católica. Não obstante, ela é criticamente comparada à chamada Bíblia Sixto-clementina, editada no final do século XVI, base oficial do ensino da Igreja até os tempos modernos. Por sua vez, os beneditinos vêm promovendo uma revisão analítica da vulgata. In: AZEVEDO, Antonio Carlos do Amaral. **Dicionário de Nomes, Termos e conceitos Históricos**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2º ed., 1997 (p.422).

⁶⁶ JOPLING, Willian H. Op. Cit., p.06.

⁶⁷ GUIDOTTI, Pe. Humberto. Op. Cit., p. 183

Com a expansão do Cristianismo ou europeus tenderão, a partir daquele momento, a reger-se cada vez mais por essa nova religião que surgia e a Bíblia passou a ser o guia para uma nova vida.

O Padre Italiano Humberto Guidotti, assumindo a responsabilidade da Bíblia no engedramento e consolidação da estigmatização dos hansenianos cita um exemplo já consagrado na literatura internacional:

“A Assistente Social J. H. Kerr demonstrou como, em certos casos, o estigma e o ostracismo foram introduzidos e criados pela própria Bíblia.

No interior montanhoso da Papua Nova Guiné não havia estigma social relacionado com a doença ‘X’. Mas ‘influências ocidentais conseguiram mudar muito do conceito tradicional da lepra, que não era de condenação e de ostracismo enquanto o paciente pudesse cumprir suas obrigações para com a sociedade.’

‘O conceito bíblico da lepra como ‘repugnante’ e a ignorância de muitos europeus quanto à natureza da doença concorreram para reforçar e aumentar o estigma da lepra, que existe em numerosos outros países e agora também na Papua Nova Guiné’⁶⁸

1.2 Lepra: doença física e enfermidade sócio-cultural

*“Esquemáticamente ela consiste(a missa dos leprosos na Idade Média) em levar o doente à igreja em procissão, ao canto do **Libera me Domine** como para um morto, na celebração de uma missa que o infeliz escuta dissimulado sob um cadafalso, sendo depois acompanhado à sua nova morada. Ou neste momento ou à saída da igreja tem lugar um simulacro de inumação: ‘o padre deve ter uma pele na mão e com essa pele deve pegar terra do cemitério, três vezes, e pô-lo na testa do leproso, dizendo o seguinte: Meu amigo, é sinal de que estás morto para o mundo e por isso tem paciência e louva em tudo a Deus.’ A leitura das proibições - entrar nos moinhos, tocar nos alimentos no mercado, etc. - acompanha a entrega e benção das luvas, da matraca e da caixa das esmolas.’⁶⁹*

⁶⁸ KERR, J.M “Social Factors operating against leprosy control in the highlands of Papua New Guinea”. Papua Guinea Med.16(2):118-1120(1973).Apud: GUIDOTTI, Humberto .Op. Cit., p.184.

⁶⁹ BÉNIAC, Françoise. O medo da lepra. In: LE GOFF Jacques, Jacques (apresentação). **As doenças tem História**. Editora Terramar, Lisboa, 2ª edição, 1997 (pp. 139/140).

“Qual noviço ingressando numa ordem, o leproso recebia os indumentos de seu irremediável estado, inclusive lenço ou capuz para cobrir a boca e sineta ou matraca para afastar os transeuntes.”⁷⁰

Havia um medo⁷¹ latente envolvendo a lepra. Visto como uma ameaça, o doente dissolvia-se em sua nova condição tornando-se a partir do momento da segregação um pária. Uma outra identidade lhe era imposta pela sociedade. Fruto de sua enfermidade, diferenciação da qual não se livraria mais.

Conforme pode-se observar nas citações acima a cristandade apenas reelaborou em alguns aspectos o antigo preceito do Levítico que legislava sobre o “tsara’ath”, onde o impuro tornava-se excluído, expulso e notória sua condição. Com a lepra foi o mesmo, a profilaxia, se for possível assim se referir a esta prática, consistia na publicidade da doença. Esta deveria ser visual pelas roupas especiais destinadas a eles e sonora, propiciado por algum instrumento emissor de ruído que deveriam portar obrigatoriamente. Assim como a missa era anunciada pelos sinos, o doente ou o “perigo” também se anunciava com um recurso sonoro.

“Aceite ou rejeitado, o leproso é separado do convívio das pessoas sãs, expulso de casa. A este respeito, as sociedades da Europa Ocidental apenas sistematizaram atitudes das do Oriente mediterrâneo. Herdam a tradição judia, retomada pelo cristianismo”⁷²

Alguém poderia até compreender este aspecto como simplesmente prático. O leproso se anuncia ou sinaliza sua chegada por que é um inconveniente, um “indesejável” e para que não precisasse comprar comida. As pessoas ao soar de sua matraca, já sabiam o papel que lhes cabiam, o de ter compaixão com aquele que estava condenado.

Este tipo de conduta, herdeira direta da tradição hebraica, revela as mudanças sofridas pela figura do leproso. Na Idade Média ele é um “ente ideal”, disponível para o recebimento da devoção cristã, tornando-se mesmo, um ingrediente necessário à

⁷⁰ LEPARGNEUR, Hubert. **O doente, a doença e a morte.** Papirus Editora, Campinas, 1987 (p.18).

⁷¹ O medo da lepra sempre foi muito forte. Historicamente, esta sempre foi vista como um perigo para a sociedade. Havia um medo coletivo, aqui entendido como hábito que têm os grupos sociais de temerem determinadas ameaças existentes ou não. Alguns autores vêem os leproso da Idade Média como uma minoria social apartada pelo medo. Cf. DELUMEAU, Jean. **História do medo no Ocidente.** Editora Companhia das Letras. São Paulo, 1989 .RICHARDS, Jeffrey. **Sexo, desvio e danação; as minorias na Idade Média.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1993(p.153-166).

⁷² BÉNIAC, Françoise. Op. Cit., p. 135.

manutenção e continuidade desta fé. A caridade beneficiava tanto quem recebia, quanto quem a praticava. Para os últimos uma forma de salvação, que, no entanto, perenizava a situação marginal do leproso, para o doente um meio de sobrevivência.

Mas o temor da lepra era diferente do medo da peste e de outras doenças. Enquanto a peste representava uma ameaça funesta para com a vida das pessoas, a lepra não. Morrer de peste, em períodos de surto era uma constante. Morrer de lepra era algo bastante incomum. O leproso geralmente morria de outra moléstia que se aproveitava dos danos à sua saúde causados pela doença.

“Eles fogem uns após os outros e mal se pode encontrar alguém para tratar e consolar os doentes. Em minha opinião, esse medo, que o diabo põe no coração dessas pobres pessoas, é a peste mais temível. Fogem, o medo perturba sua cabeça, abandonam a família, o pai, os parentes; aí está sem nenhuma dúvida o castigo por seu desprezo ao Evangelho e por sua horrível cupidez.”⁷³

“Mal enraizado, implacavelmente recorrente, a peste, em razão de seu reaparecimentos repetidos, não podia deixar de criar nas populações ‘um estado de nervosismo e de medo’. Na França, entre 1347 e 1536, J.N. Biraben identificou 24 surtos principais, secundários ou anexos de peste em 189 anos, ou seja, mais ou menos a cada oito anos. Em segundo período, que se estende de 1536 a 1670, não se contam senão doze surtos(um a cada 11,2 anos).”⁷⁴

A lepra não era temida por sua letalidade⁷⁵, pois, já era conhecido na Idade Média o longo período de vida de seu acometido. Porém, dadas às características da doença, conduziu-se à formação de uma representação do leproso enquanto aquele que estava deformado⁷⁶. Desconhecia-se, naquela época, o que hoje chama-se de período chamado de incubação, pois, o leproso só aparecia, só surgia, enquanto tal, após o início das deformidades e das seqüelas da doença. As formas atualmente conhecidas como tuberculoídes⁷⁷ dificilmente eram entendidas como leprosas, restando apenas as hoje denominadas virchowianas⁷⁸.

⁷³ LUTERO, Martinho. Apud: DELUMEAU, Jean. Op. Cit., (p. 133).

⁷⁴ Idem p.108

⁷⁵ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo, Ed. Martins Fontes, 2001(pp.39-68).

⁷⁶ GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. **A lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização**. (doutorado em Antropologia), FAFICH/UFMG, Belo Horizonte, 1970.

⁷⁷ A tuberculose e a hanseníase são doenças próximas, ambas causadas pela ação de bacilos que mantêm entre si um parentesco de primos em primeiro grau. Hoje já se sabe que 90% da população possui resposta natural eficaz contra o **Mycobacterium leprae**, agente etiológico da hanseníase, portanto dificilmente adoecem. A hanseníase caracteriza-se como doença de alta infectividade, o que não resulta em grande números de doentes, porque o bacilo é de baixa patogenicidade.

No entanto, boa parte do temor que se tinha em relação a lepra era oriundo do enorme desconhecimento que se tinha da doença. Na Idade Média acredita-se ser a lepra hereditária e contagiosa. Alguns costumes demonstram que de alguma forma temiam igualmente serem infectados por aquele mal. Neste período, excetuando-se talvez a hanseníase virchowiana, que eles chamavam de “*lepra elefantíaca*” e que hoje, sabe-se, atinge apenas 5% da população, os médicos medievais entendiam por lepra uma série de doenças de pele⁷⁹, reafirmando que as confusões da antigüidade ainda não haviam sido esclarecidas.

“Os sábios são portanto da opinião de que a doença é simultaneamente hereditária e contagiosa. Estas convicções são sem dúvida nenhuma partilhadas pela população. Alguns textos do início do século XIV revelam uma crença popular na hereditariedade da lepra, talvez devido aos sermões que, desde o início da Idade Média, vaticinavam abortos leprosos ou corcundas aos que não observassem os períodos de continência proscritos pela Igreja.”⁸⁰

Conhecimentos mais delineados sobre a doença foram agregados aos poucos, de forma bastante lenta. Para se ter uma idéia, a descoberta das áreas de insensibilidade ocorreu entre os médicos árabes antes do século XIII. A verificação do carácter polimorfo da doença é desvendado pelos médicos ocidentais entre os séculos XIII e XIV. O isolamento do agente etiológico foi realizado em 1872. E o primeiro remédio data de 1941.

No entanto, mesmo desconhecendo a doença e seus aspectos e a confundindo com as outras dermatoses, nunca se deve esquecer que isso não constituiu obstáculo e nem impedimento para se adotar procedimentos referentes à lepra que, pelo carácter

Entre os 10% que possuem maior propensão a adoecerem, estes podem sofrer a doença numa escala que vai das formas sub-clínicas com cura espontânea até as formas graves, onde há a ocorrência de incapacidades e comprometimentos físicos. Estes últimos ainda se sub-dividem em Virchowianos, forma mais grave que apresentam poucas lesões e com raros bacilos, dado o fato de apresentarem resposta ao agente etiológico mediada pelas células que liberam antígenos específicos.

⁷⁸ O termo deriva do nome do médico sanitário Rudolph Virchow (1821-1902) um dos primeiros a se dedicar aos estudos de patologia celular na década de 60 do século XIX.

Esta é a forma mais grave que a hanseníase pode atingir. Nela há ausência de resposta imune celular, enquanto que a imunidade humoral é bastante estimulada, não se constituindo, entretanto, em proteção eficaz. Estes doentes apresentam lesões disseminadas, muitos bacilos e comprometimentos físicos. As representações do doente de lepra que cristalizou-se no decorrer dos séculos referem-se a esta forma da doença que, segundo estima-se, afetaria em torno de 5% da população. Para maiores detalhes sobre os aspectos médicos e epidemiológicos da doença ver: BAKIRTZIEF, Zoica. Op. Cit., ; PEREIRA, Gerson Fernando Mendes. **Características da Hanseníase no Brasil: situação e tendência no período 1985 a 1996.** (Mestrado em Epidemiologia)_EPM/SP, 1999.

⁷⁹ BÉNIAC, Françoise. Op. Cit., p. 130.

que assumiu de longa endemia na Europa, nem sempre caracterizou-se por medidas de contingência. E se toda a sociedade, em determinado momento depara-se com uma “Grande Doença”⁸¹, a que mais assustou ou a que mais desatinou por ser fatal, no início da Era Cristã essa doença foi a lepra.

Contudo, o comportamento para a lepra se norteava pelas leis do Levítico do início da Era Cristã até o século XIX. E se o Levítico refletia o que se fazia com os leprosos na antigüidade, pode-se mesmo retroceder esta forma de agir mais uns mil e quinhentos anos antes de Cristo.

“Que se esconda e viva isolado, numa cama de palha com os cães sarnosos e os animais imundos, aquele cujo corpo se cobre de pústulas semelhantes a bolhas de ar infecto que se elevam dos pântanos e rebentam à superfície. Pois que ele ultraja a luz. Que seja expulso das aldeias as pedradas e coberto de excrementos; que os rios sagrados vomitem seu cadáver.”⁸²

Este trecho de autoria anônima é atribuído a um poeta Indiano⁸³ que teria vivido por volta do ano de 2500 a.C. e evidencia o quão é remota a prática da segregação para com os hansenianos na história.

A concepção de que a etiologia da lepra era ao mesmo tempo contagiosa e hereditária, sem dúvida nenhuma reforçava-se com as histórias que circulavam de que o leproso era capaz de semear o mal em torno de si,⁸⁴ e que isto poderia lhe acarretar sua cura. Gandra em suas entrevistas constata esta noção popular, de que o leproso poderia se curar difundindo a doença. Quanto à idéia de hereditariedade, esta era reforçada e sustentada com base em observações de diversos casos observados em vários núcleos familiares.

“(...) a multiplicidade de caos verificada entre familiares que induz em erro. Um exemplo entre outros, em Arras, Simon Huguet entra numa leprosaria em 1505-1506; as suas duas filhas conhecem o mesmo destino em 1507-1508. Os médicos inquiriram portanto suspeito acerca dos seus antecedentes familiares, deles tirando conclusões”⁸⁵.

⁸⁰ Idem., p.132/133.

⁸¹ Cf. LEPARGNERUR, Hubert. Op. Cit..

⁸² MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.06.

⁸³ Idem., p. 05

⁸⁴ GANDA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit., p. 43.

⁸⁵ BÉNIAC, Françoise. Op. Cit., p. 133.

“Mulheres da família do leproso que não tenham resguardado após o parto, algum parente que não tenha contraído o mal-gálico (sífilis), mulher que tenha mantido relações sexuais durante a menstruação - são todos elementos do imaginário em torno das causas da lepra, ainda hoje muito vivo no interior de certas regiões brasileiras.”⁸⁶

Mas, o medo proveniente da lepra era também cultural, isto é, forjou-se uma milenar tradição de exclusão cujo peso sobre os indivíduos se dava através da religião. Um conteúdo cultural tão solidificado como esse não era muito permeável à indagações e críticas mesmo condizentes e bem fundamentadas. Basta lembrar que o primeiro Congresso Internacional de Lepra a concluir com unanimidade sobre a contagiosidade da doença foi o terceiro, realizado em Estrasburgo, na França, em 1923⁸⁷.

O espetáculo do leproso em trânsito era um personagem marcante no cenário da Idade Média. Muitos literatos irão utilizar soberbamente estas representações do leproso, associando-o a algo odioso e marginal, dado o fato deste sempre encontrar-se, naquele período, excluído da comunidade. William Shakespear, por exemplo, foi um dentre muitos literatos que utilizou destas associações ⁸⁸.

A lepra quase sempre gozou de um estatuto de especificidade no Ocidente Cristão. Inicialmente era entendida como a maldição divina, oriunda do pecado dos indivíduos acometidos. Seu posterior entendimento como doença, retirando-o do lugar que ocupava entre as maldições, representou um significativo avanço no bem-estar do doente, abrindo caminhos para o início do ato de se inquirir sobre ela. Entretanto a idéia de pecado no Ocidente, relacionando a doença, exhibe uma pungente vigorosidade. A perenidade da concepção de pecado associada a etiologia da doença abre espaço para o sentimento de culpabilização e vitimização do doente que, caso manifeste crença em tais associações, tem parte de seu potencial de reação comprometido, tornando-se mais vulnerável diante das estigmatizações sofridas. O cerne da questão residiria em conciliar sofrimento com penitência.

O mundo da lepra foi regido pela religião. A razão da importância de se destacar este fato consiste em avaliar criteriosamente o papel desta e da Igreja

⁸⁶ TRONCA, Ítalo A.. **As máscaras de medo: lepra e aids**. Ed. da UNICAMP, Campinas, 2000 (p.95).

⁸⁷ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p. 43.

⁸⁸ JOPLING, Willian. Op. Cit., p. 06.

Católica na formação da identidade ou identidades do Ocidente. A Europa, ameaçada por vários inimigos, tornará o cristianismo como referencial para a formação de sua identidade. Bárbaros, judeus, asiáticos e muçulmanos seriam, na verdade, inimigos externos da cristandade, cumpriam o papel do outro no processo de formação identitária. E se o cristianismo figurou como fator identitário do Ocidente, este continha recomendações específicas para a lepra, ou seja, uma das ameaças internas da cristandade. A religião cristã regeu a vida na Europa de forma significativamente efetiva, tanto no âmbito do cotidiano quanto no social, instituições, leis, costumes até, o século XVI, quando por ocasião da Reforma vive-se naquele continente o primeiro grande repensar do Ocidente.

As doenças, a velhice e a morte foram normatizadas pela Igreja baseadas na Bíblia, cujos costumes forjados ainda não se apagaram completamente da cultura⁸⁹ ocidental. O processo de colonização na América, até início do século XIX, iria consolidar esta cultura em solo americano. No Brasil esta aportou, notadamente, através dos portugueses.

O século XIX inicia um momento singular na história Ocidental, quando a religião já bastante enfraquecida em seu poder de normatização social abre espaços para outros saberes e grupos que chegavam ao poder a ali se alojavam. A Medicina Social se impõe com uma nova proposta: a de implementar um saneamento social com uma ação não só destinada àqueles que procuravam auxílio, mas também englobar aqueles que se encontravam dispersos pelo social, intervindo em nome do bem de todos, incluindo aqueles que terão restrições em nome da saúde pública.

Entre as inúmeras modificações que tiveram cursos no século XIX, com relação ao fenômeno Lepra, destaca-se o processo de secularização, cujas conseqüências e contornos mas nítidos, ainda encontram-se sendo delineados.

“A perda da fé religiosa e confessional parece vir numa segunda fase do processo de secularização, detalhe que parece enganar o otimismo de certos

⁸⁹ Adotamos o conceito de cultura de Clifford Geertz que a entende como uma “teia de significados”. Em seu livro, sobretudo o capítulo I: “*Por uma teoria interpretativa da cultura*” na página 15, ele define sua posição: “*O conceito de cultura que eu defendo(...) é essencialmente semiótico. Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado.*” Na página 24 deste mesmo capítulo formula a idéia de cultura enquanto contexto. Cf. GEERTZ, Clifford. **A interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989.

*observadores da América Latina. O passo inicial e fundamental da secularização é constituído pelo desvinculamento em relação a palavra de ordem das hierarquias da Instituição Religiosa”*⁹⁰

*“Lembramos que a secularização significa notadamente o fim dos privilégios da Igreja predominante em termos de regulação da sociedade civil.”*⁹¹

O fenômeno da secularização⁹², ou seja, do surgimento de uma vida predominantemente laica, irá alterar significativamente a concepção ocidental diante da doença e da morte. A autonomia individual frente à religião, uma das características mais generalizadas deste fenômeno irá possibilitar mudanças essenciais com relação à doença. A partir da Reforma, a cristandade passará a contar com várias e não mais uma única opção religiosa, variedade de escolha que já demonstrava ser um sintoma de uma época secularizada.

*“Junto com a secularização unificadora anda portanto uma diversificação pluralista (de religiões) ”*⁹³

No entanto, com a secularização, a Medicina obtém um espaço maior de atuação. O médico com seu saber, antes subordinado à Igreja ou ao governo, geralmente a realeza, começa agora a despontar como autoridade fundamentada e legitimada pelo seu próprio saber, autônomo e suficiente para lhe sustentar nos postos de poder que iria ocupar.

No Brasil, o Estado que inúmeras vezes se conciliou bem com a Igreja, irá também fazê-lo com a Medicina Social. Esta parceria aumentaria muito o poder de ambos, se legitimando mutuamente, e dela o Estado se utilizaria para aumentar sua órbita de interferência junto à sociedade.

O Estado entre outras atribuições teria o poder de reter os enfermos e isolá-los em nome do bem-estar comum, desconsiderando, inclusive, direitos básicos dos cidadãos. Ele adquiriu a capacidade de encarcerar não somente os tradicionais criminosos e delinqüentes, mas também, os loucos, leprosos, tuberculosos e outros considerados infames. Exemplo dessa ampliação do poder estatal seria a polícia

⁹⁰ LEPARGNEUR, Hubert. Op. Cit., p.23.

⁹¹ Idem., p.15.

⁹² Para LEPARGNEUR a secularização é a possibilidade de uma vida sem a forte presença dos dogmas da igreja. Cf. LEPARGNEUR, Hubert. Op. Cit..

⁹³ Idem., ibidem., p.16.

médica que daria ao Estado e seus aparatos a faculdade do uso da violência física para impor tratamentos médicos aos indivíduos. Esse recurso à violência será muito utilizado no início do século XX, chegando mesmo a substituir as tão solicitadas campanhas educativas. Aliás, o sentido compreendido e aplicado do termo “campanha” na área de saúde no Brasil do início deste século XX será aquele aplicado na terminologia militar, de cruzadas e guerras contra as doenças, onde os doentes ou “infectados” resistentes “à causa” seriam alienados e descompromissados com a “*salvação da raça brasileira*”.

Quanto a área médica, conseguirá aos poucos alijar os outros grupos que também exerciam alguma “*arte de curar*”. Este foi concretizado, entre outros expedientes, através da normatização daquela prática junto ao Estado.

Mas o medo latente envolvendo a lepra não iria desaparecer com o advento da Medicina Social e nem com a secularização. O temor da lepra permaneceria. Na verdade, a antiga noção de pecado e punição divina aplicada à doença, onde centralizava-se a explicação religiosa, foi substituída pela noção de contágio que, vista a partir das metáforas de guerra, inclusive se utilizando da terminologia militar, torna a doença um inimigo a ser combatido, capaz de liquidar com a sociedade, causando um estado de alarde constante e um sentimento de desconforto para com a figura dos leprosos, sobre os quais pesará a acusação de transportarem uma doença “feia” e incurável; uma ameaça.

Certamente, as inúmeras indagações sem respostas condizentes que cercaram a lepra durante vários séculos contribuiram para a perene mistificação que envolveu a doença.

*“Qualquer moléstia importante cuja causa é obscura e cujo tratamento é ineficaz tende a ser sobrecarregada de significações”.*⁹⁴

Eis aí um dos elementos chaves para compreensão do imaginário da lepra. O “ar de mistério” que rondou a doença até o século XX. Dessa forma, junto com a institucionalização do campo científico da hanseníase,⁹⁵ final do século XIX e início do XX, reinstitucionalizam-se as práticas de exclusão e segregação. Porém, essas irão diferenciar-se do que ocorria no período Medieval, na Europa, e Colonial, no Brasil,

⁹⁴ SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Edições Graal, Rio de Janeiro, 1984 (p.76).

⁹⁵ BAKIRTZIEF, Zoica. Op. Cit., p. 98.

quando apenas referendava-se o costume de colocar em trânsito o “indesejável” leproso.

A prática de recolher os doentes em estabelecimentos é oriunda da Igreja no período Medieval, mas a de isolar compulsoriamente pertence à Medicina Social, ancorada pelas descobertas do agente etiológico da doença, o **Mycobacterium leprae**, e da desistência de se encontrar um agente intermediário, um possível vetor responsável pela transmissão da doença ao homem. Quando diminuíram as dúvidas a respeito das formas de transmissão da doença, abandonando-se a possibilidade da existência de um vetor, da mesma forma que ocorre com a febre amarela, firma-se o ideal de isolamento como ideal de profilaxia da lepra.

O recolhimento dos leprosos em instituições como os lazaretos, leprosas e gafarias na Idade Média e o confinamento obrigatório destes em instituições concretizadas por novos saberes, como a Medicina, a Engenharia e outros no século XX é uma continuação dos preceitos legislados no Levítico, onde indicava-se colocar a margem os “indesejáveis” sociais.

Contudo, é possível observar uma mudança significativa, pois se na Idade Média e Antiguidade o leproso deveria ser expulso, no início do século XX, só isso não bastaria. O isolamento em instituições medievais obedecia preceitos religiosos de caridade e consolação, por isso não era tão cercado de rigor. O mais importante era colocar o leproso a margem social, conforme legislava o Levítico.

Com a Medicina Social a idéia de isolar adquire maior rigor e obedece a princípios científicos, ou seja, envolve o temor do contágio; um mal invisível que imigra de um homem para outro, difundindo na surdina a terrível doença. Assim, justifica-se um isolamento mais amplo e exigente, a caça aos doentes e o esperado consentimento, compreensão e até o auxílio da sociedade de uma forma geral e mesmo dos doentes, que deveriam perceber em sua doença uma ameaça carente de ser controlada, para o bem de todos, inclusive o dele.

“Na cidade de São Paulo, a busca dos suspeitos (os hansenianos) era realizada em viaturas especiais, conhecidas como ambulâncias negras. Ao contrário das ambulâncias de cor branca, utilizadas em todos os outros serviços de saúde, o Serviço de Profilaxia da Lepra se utilizava dessa cor. Esses veículos eram facilmente identificáveis, pois traziam grafados de ambos os lados, e de forma bem visível, o nome de serviço e a palavra “Lepra”. A parte traseira era inteiramente fechada e possuía apenas uma

*porta, que era trancada pelo lado de fora, para evitar possíveis fugas dos suspeitos.*⁹⁶

Pode-se observar que o ideal de isolamento, como forma de barrar o perigo do contágio, foi mesmo levado a sério. As práticas médicas de confinamento causaram uma falsa impressão de segurança, de que o mal estava no cerco das colônias, vigiados e guardados dia e noite, “sã e salva” encontrava-se a população.

Deste modo, adoecer de Lepra era ser inscrito num “Índex Condenatório”. Era a possibilidade do nome do indivíduo figurar na lista dos “indesejáveis”. Pois se com as outras doenças a proximidade e afeição eram formas de melhorar o tratamento e de se relacionar com o enfermo, com a lepra isto não ocorria.

*“O mito de tuberculose constitui o episódio quase derradeiro na longa carreira da antiga idéia de melancolia - que era a doença do artista, de acordo com a teoria dos quatro humores. O caráter do melancólico - ou do tuberculoso - era um caráter superior: sensível, criativo um ser à parte”.*⁹⁷

*“O lugar- comum que ligava a tuberculose e a criatividade era tão bem estabelecido que, no fim do século, um crítico sugeriu que o progressivo desaparecimento da tuberculose era responsável pelo declínio que então se verificava na literatura e nas artes.”*⁹⁸

Garantia de boa morte, doença mesmo de luxo, mal das paixões descontidas, assim eram as associações estabelecidas em torno da tuberculose, diferentemente do que acontecia com o câncer e a lepra. Câncer, doença, terrível, aniquiladora, pior do que ela era o próprio tratamento. Lepra, doença “feia”, repulsiva, intimamente ligada as concepções de sujeira e pecado, a qual se conferia pior estatuto.

*“A lepra, em seu apogeu, suscitou um horror igualmente desproporcional. Na Idade Média, o leproso era assunto social em que a corrupção vinha à tona; um caso exemplar: um símbolo da decadência. Nada é mais punitivo do que atribuir um significado a uma doença quando esse significado é invariavelmente moralista.”*⁹⁹

⁹⁶MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.221.

⁹⁷SONTAG, Susan. Op. Cit., p.43/44.

⁹⁸Idem., p.44.

⁹⁹Idem., ibidem., p. 76.

“Em matéria de tratamento, o leproso medieval levava a pior, ao passo que o tuberculoso rico, séculos depois, podia usufruir viagens a países de agradável impacto.”¹⁰⁰

O estatuto de especialidade e especificidade da lepra não desapareceu com o advento da Medicina Social. Mesmo com o uso das práticas médicas de confinamento se estendendo a outras doenças, como a loucura, a tuberculose e outras, a lepra continuaria digna de menção especial. Dissolvê-la juntamente com outras doenças não era um dos pontos colocados em discussão até meados da década de 60 do século XX.

Entretanto, se a diminuição da epidemia de tuberculose foi até relacionada com o declínio das artes e literatura, certamente um possível fim da endemia hansênica não receberia tão ilustre associação. Ninguém deixaria de avisar às autoridades a respeito da existência de um leproso nas proximidades. O que permeava estas atitudes de “prompto agir” era a tônica do medo redimensionada nos diversos costumes observáveis desde a Antiguidade. Com isso não se quer dizer que os discursos e comportamentos eram idênticos aos antigos. Os momentos históricos guardam suas singularidade e contextualizações próprias, no entanto, conceitos solidamente arraigados, mesmo reelaborados, permanecem no imaginário ocidental a respeito do doente de lepra.

No decorrer da história logrou-se produzir concepções ainda mais punitivas sobre as doenças e suas relações com possíveis infortúnios entendidos como de inteira responsabilidade do próprio enfermo. Na busca árdua de culpados pelas doenças tornou-se mesmo mais fácil culpar o próprio doente, eximindo a sociedade de qualquer responsabilidade.

“Deixar de considerar a doença como um castigo adequado ao caráter moral objetivo, dela fazendo uma expressão da individualidade interior, poderia parecer menos moralista. Mas esses pontos de vista acabam por ser tanto ou mais moralistas ou punitivos. Com as doenças modernas, a idéia romântica de que a enfermidade exprime o caráter é invariavelmente ampliada para afirmar que o carácter é a causa da doença - porque não se exprime por si só. A paixão volta -se para dentro golpeando e destruindo os mais profundos recessos do organismo.”¹⁰¹

¹⁰⁰ LEPARGNEUR, Hubert. Op. Cit., p. 137.

¹⁰¹ SONTAG, Susan. Op. Cit., p. 60/61.

Reverendo, desta forma, o desenrolar de como procedeu-se com a lepra desde a antiguidade, verifica-se alguns pontos relevantes numa análise que aqui se pretende executar. Esta doença quase sempre figurou como oriunda de alguma mazela social e mesmo individual. Historicamente a lepra esteve relacionada com as noções de pecado e corrupção. “*É o próprio homem enfermo que cria sua enfermidade.*”¹⁰² Contudo, se o antigo “tsara’ath” não era a atual hanseníase e as prescrições do Levítico não se referia a esta doença, essa é uma questão secundária para a história da lepra, pois no decorrer dos séculos que se seguiram, a atual hanseníase e o “tsara’ath” se convergiram até fundirem-se numa só; a lepra figurou impura e suja e assim chegou até a atualidade.

Dos preceitos “levitiquianos” surgiram reelaborações que não se limitaram exclusivamente a lepra, sendo mesmo estendidas a outras doenças¹⁰³, a tuberculose, a loucura, através das futuras práticas médicas de confinamento como forma de controlar agentes patológicos, eximindo a sociedade de “ameaças” danosas.

Houve, porém, num período recente, a crença de que o imenso resíduo de estigmatização da lepra residiria em torno do nome da doença. Estas concepções ocasionaram um movimento no Brasil de substituição da nomenclatura da doença de lepra para hanseníase que, em 1995¹⁰⁴, foi objeto de lei específica, formalizando através de documento legal essa alteração.

Embora seja extremamente válida tal opção e atitude, com a qual, sem dúvida nenhuma, deve-se colaborar e endossar, verifica-se que uma possível remoção dos preconceitos e acepções estigmatizatórias, que até hoje envolvem a doença, necessitam mais do que a simples mudança de nome. O momento histórico dessa alteração, década de 70 do século XX, reflete um período tenso na área da hanseníase, quando pipocavam muitas críticas ao isolamento e reformulava-se a postura governamental.

¹⁰² Idem., p. 60.

¹⁰³ ORNELLAS, Cleuza Panisset. Op. Cit..

¹⁰⁴ BRASIL - Lei Federal n.º 9.010 de 29 de março de 1995. Publicada no Diário Oficial da União(DOU), coluna II, página 004509. Originou-se do projeto de lei n.º 1624 de 15/08/1991 da Câmara dos Deputados (no Senado projeto n.º77 de 1994) de autoria do Deputado Elias Murad do PSDB/MG.

“Nesse contexto, a alteração da nomenclatura oficial a essa enfermidade também deve ser citada como detentora de dois sentidos: um explícito em termos ideais e de difícil contabilização de resultados - reduzir o estigma social associado a doença; e outro, não formulado, porém melhor capitalizado pela rede de Saúde Pública - cooptar apoios e legitimar sua intervenção social.”¹⁰⁵

Dessa forma, mesmo com o desejo do pensamento positivista em reduzir o fenômeno do adoecimento a apenas seus aspectos físicos e biológicos, verifica-se que com a hanseníase tal projeto ainda não conseguiu se efetivar. A lepra era importante demais para ser diminuída, reduzida e dissolvida em meio as outras doenças.

Com relação ao estigma, a substituição do nome é uma medida que não oferece dúvida nenhuma quanto ao seu alcance limitado. Para ilustrar tal fato podemos lembrar do ocorrido com o senhor Francisco de Oliveira, de 61 anos, residente no Estado do Ceará. No início do ano de 2000 ele foi até a Secretaria de Segurança Pública daquele Estado, solicitar uma segunda via de seu documento de identidade, que se encontrava em péssimo estado de conservação. Isto constituiu-se no suficiente para a discriminação explícita deste ex-hanseniano, curado há mais de 40 anos. O funcionário do órgão recusou-se a tocar no senhor Francisco e datilografou em seu novo documento, no local onde deveria constar suas impressões digitais: *“ausência total de impressão digital”*, o que não é verdade. O caso ganhou a imprensa e foi até noticiado pelo Jornal Nacional da Rede Globo de televisão, quando então o Ministério da Justiça determinou a expedição imediata de novo documento do senhor Francisco.¹⁰⁶ Certamente o que fez o funcionário agir desta forma, além de desconhecimento a respeito da doença, foi o fato de ter-se reportado as velhas associações ligadas a lepra.

Assim, o fenômeno lepra não pode ser abarcado e trabalhado satisfatoriamente somente com o uso da conceituação de doença. Por doença tende-se a compreender, recentemente, o conjunto de fatos e ocorrências que envolvem certas manifestações de não-saúde, distúrbio biológico ou psicológico passível de tratamento com cura

¹⁰⁵ ANTUNES, José Leopoldo Ferreira et alli. Hanseníase: A lepra sob a mira da lei. In: **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, São Paulo, Vol 48, nº (1/2), 1988 (p.35).

¹⁰⁶ **Jornal do MORHAN** - A cidadania recuperada - (editorial) . Março/abril, nº 03, 2000 (p.03).

satisfatória, ou apenas atenuação dos sintomas considerados desagradáveis, podendo ainda chegar até o falecimento.¹⁰⁷

Para a lepra, talvez o conceito mais adequado seria o de uma enfermidade sócio-cultural, uma vez que os fenômenos físicos e biológicos ocasionados pelo **Mycobacterium leprae** nunca estiveram, e ainda não estão, desacompanhados de inúmeras representações e de um imaginário intensamente cultivado no Ocidente cristão. No Brasil, pelo menos até a década de 70 do século XX, estes foram reforçados e revitalizados durante o período em que se buscou centrar a profilaxia da lepra no uso do isolamento. Essa companhia inseparável da doença era, por excelência, fonte de legitimação das ações estatais, então, praticadas. A lepra, e talvez a hanseníase, não seria passível de ser reduzida a uma doença e seus sintomas físicos descoladas de seus sentidos estigmatizantes. É o que demonstra o ocorrido com o senhor Francisco. Trata-se a lepra de uma enfermidade sócio-cultural. Alguns autores a denominam de doença social¹⁰⁸. No entanto, este conceito encontra-se suficientemente abrangido e contemplado na diferenciação estabelecida entre *enfermidade e doença*. Não se deve esquecer que os serviços de saúde no Brasil têm encontrado dificuldades para lidar com a doença ainda na atualidade. Para os acometidos desse mal, no decorrer da história, verifica-se ter sido mais cruel o estigma do que a própria doença.

Essa dupla conceitual; enfermidade/doença, vem sendo utilizada também em pesquisas que objetivam estudar a subjetividade ligada ao ato do adoecimento e as relações estabelecidas pelas pessoas perante as ocorrências de agravos à saúde. Verifica-se que doenças como hanseníase, câncer e aids, amplamente revestidas de significados negativos encontram mais obstáculos ao tratamento. Há estudos que apontam preconceitos e atitudes estigmatizantes de ambos os lados, tanto por parte do paciente quanto dos serviços de saúde.

O conceito de enfermidade englobaria o de doença, porém sem ele não se sustentaria. Enfermidade seriam aqueles “males”; lepra, tuberculose, câncer, aids que, por inúmeras razões, se revestiram de memórias e mitos norteadores das ações e reações tanto individuais quanto sociais.

¹⁰⁷ CLARO, Lenita B. Lorena. **Hanseníase: representações sobre a doença**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995(p.17); TRONCA, Ítalo A. Op. Cit., Introdução; HEGENBERG, Leonidas. **Doença: um estudo filosófico**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1998.

Todavia, se o objetivo maior da mudança do nome da doença, de lepra para hanseníase, era retirar-lhe as representações da enfermidade, tão louvável pretensão, ainda de difícil avaliação, aguarda por ser conhecida e melhor avaliado os seus resultados. Até o presente ainda é possível colecionar casos de estigmatização e mesmo dificuldade de procura e adesão ao tratamento da doença.

No caso específico da hanseníase, doença oriunda das perturbações causadas pelo **mycobacterium leprae**, não tem conseguido efetivar seu divórcio com a velha lepra, enfermidade proveniente das mais antigas tradições discriminatórias e estigmatizantes adquiridas por herança de vários povos, entre eles os mais antigos da região do Oriente Médio, Ásia e África. Esta, percebida socialmente como indesejável, certamente se consolidou no tempo com o uso do recurso de despertar o temor e o receio, em suma, de transitar disfarçada portanto as máscaras do medo¹⁰⁹.

1.3 Leprofobia social: a memória mítica da lepra

“Tenho uma vizinha que é leprosa, ela diz que já foi e sarou, mas eu não acredito e nem tenho amizade com ela”¹¹⁰

“A leprofobia atinge, imagine-se, até mesmo os médicos leprólogos. E, mais do que isso, é entre eles comum.”¹¹¹

As narrações orais populares que envolvem a lepra, os sofrimentos dos acometidos, notadamente no período em que se praticava o isolamento, a longa tradição de incurabilidade só recentemente debelada, o insistente desprezo social praticado com os hansenianos, a segregação e mesmo a expulsão simbólica realizadas durante séculos, terminaram por compor um mosaico aterrorizante que ascende numa escala que vai do simples receio, passando por um medo fugaz, ao terror social, filtrado como possibilidade efetiva da instalação da doença, chegando mesmo às fobias de lepra.

¹⁰⁸ CLARO, Lenita B. Lorena. Op. Cit., p. 32.

¹⁰⁹ (Cf. TRONCA, Ítalo A.. Op. Cit..).

¹¹⁰ GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit., p.91.

¹¹¹ DINIZ, Orestes. **Nós também somos gente: trinta anos entre os leprosos**. Rio de Janeiro, Livraria São José, 1961 (p.215).

A lepra constituiu-se em uma doença fecunda para despertar tais sentimentos. Compreendida como hedionda, antiga, incurável, desconhecida, ligada ao campo religioso através das noções de pecado, impureza e sujeira logrou poder tecer extensa e densa rede de significações, onde o medo, em suas variadas formas, encontra estímulos para inúmeras manifestações:

“A origem dessa psicose, que às vezes assume caráter de indissimulável gravidade, vem mais da concepção deformada acerca do mal (da lepra) do que mesmo do medo razoável que todos dela devem ter.”(sic)¹¹²

Medo, religiosidade e repugnância foram elementos que quase sempre estiveram associados à lepra. Uma dos males mais antigos da humanidade, teve a oportunidade de transitar em diversos períodos e diferentes povos, sendo por isso a ela acrescentado, no decorrer de todo este tempo e vivência em diversos lugares, variadas interpretações que terminaram por lhe impregnar, dando-a uma consistência diferenciada.

Mas a lepra também figura ou figurou entre as doenças infames¹¹³, ou malditas, como a sífilis, a varíola, às quais se deveriam reservar tratamento não só físico como também morais e religiosos. No caso da varíola, por exemplo, o culto afro-brasileiro invocava a divindade Abalaú-aiê, correspondente a São Sebastião, para afastar a doença.

Igualmente antiga, como mal conhecida e temida, a lepra no Ocidente constituiu uma página da história reservada as possibilidades de construção de comportamento diferenciados para aqueles indivíduos que viriam adoecer.

No entanto, assim como existem variadas doenças e variadas concepções sobre estas, também existiu e existem diferenciados doentes. Todos os homens, assim como todos os povos, conheceriam as amarguras provocadas pelo acontecimento da doença. E se adoecer constitui um acontecimento na vida dos homens, assim como dos povos, que geralmente procura-se esquecer, nem todos os doentes podem fazê-lo, mesmo quando se esforçam para tal. As doenças são geralmente lembradas pelos constrangimentos que causam, pelas restrições impostas ao doente e àqueles que o cercam, das mudanças que provoca na vida das pessoas, desde os hábitos até as

¹¹² Idem.p.209.

¹¹³ ORNELLAS, Cleuza Panisset. Op. Cit., p.29.

dificuldades financeiras, muitas vezes áridas para todos os envolvidos. Muito do cerne que alimenta a venda de planos de saúde na atualidade consiste na concepção de se estar prevenindo quanto a embaraçosas situações financeiras, quando da ocorrência do adoecimento de algum dos membros da família. Uma espécie de garantia de atendimento e resolução dos infortúnios nos momentos tensos e emergenciais em que geralmente se desenrola a enfermidade.

Portanto, conforme a doença é que se dá a reação social, o conjunto de significados acionados. Assim, a doença ocupa o lado “sombrio” da vida, conforme Susan Sontag.

“A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença.”¹¹⁴

Mas, se a certeza de adoecer é tão grande quanto a da morte, nem todos sofrem com igual intensidade, inclusive quando acometidos da mesma doença. As pessoas com melhores condições financeiras geralmente são menos expostas a situações desagradáveis. No entanto, ricos e pobres não escapam das doenças infames, lepra, sífilis e, recentemente, a aids, ainda que os sofrimentos ocasionados por estas sejam mais presentes para as pessoas menos abastadas. Por outro lado, Hubert Lepargneur fala do prazer em adoecer e da possibilidade de confortar-se com sua doença sem masoquismo:

“Num sentido negativo e atenuado, a satisfação na doença significa o prazer de receber ,atenções não costumeiras, de mandar sem esforço nem resistência, em vez de executar ordens alheias (de se ficar isento), de receber visitas, de ser ouvido, atendido, poupado, minado, nunca contradito.”¹¹⁵

Mas, se a doença pode ser uma forma de poupar-se do trabalho para os operários, de ir a escola para estudantes, ocasião em que se recebe tratamento especial e diferenciado, no sentido confortante que o termo comporta, é obvio que doenças como a lepra e a aids ou o Ébola, nos recentes surtos ocasionados na África, igualmente se dispensa tratamento especial e diferenciando, no entanto, não no sentido confortante do termo, mas impingindo ao doente motivos para segregá-lo e isolá-lo. Mesmo assim, existiram situações no passado europeu em que outros

¹¹⁴ SONTAG, Susan. Op. Cit., p. 07.

marginalizados e infelizes, prejudicados pelas épocas de calamidade, não se importaram de figurarem como leprosos, mesmo não o sendo, com o intuito de socorrer às necessidades básicas da vida, ou escapar de tragédias:

“Durante as crises de fome e peste que assolarem a Europa medieval, pessoas procuravam passar por leprosas para obter o direito ao ingresso num leprosário. Isto deve-se ao fato de muitas dessas instituições possuíam suas próprias terras e rendas, o que garantiria o sustento de seus internados.”¹¹⁵

No entanto, uma situação que nos parece absurda na atualidade, preenche-se de significado quando vista a partir do contexto em que ocorrerá. As pessoas acima citadas preferiam morrer de “lepra, isto é, antes leproso do que morto de fome.

Em suma, havia e há doenças discretas, conforme relata Hubert Lepargneur, e mesmo convenientes. Observa-se que até a lepra se revestirá de conveniências para alguns grupos no decorrer da história. É o caso já citado da caridade para os leprosos, que abrigava duplo sentido, de consolar os lazarentos na sua vida de aflição e para os benévolos forjar um lugar ao céu, exercitando a bondade como forma de salvação.

Contudo, uma pessoa “sã”, entendida como doente, poderia igualmente receber o tratamento adequado, isto é, aquele estabelecido socialmente para com os doentes. É o que relata Orestes Diniz neste interessante flagrante:

Manuel Português

Foi em Rio Raso, minúscula cidade que dormitava na sua tranqüilidade permanente, à margem de um pequeno rio sinuoso. O casario branco, de janelas pintadas de azul, se dispunha pela rua principal, espremida entre a montanha e o rio, numa regularidade monótona. Apenas cinco ou seis edifícios de dois pavimentos, dispostos a espaço, quebravam a uniformidade, anunciando já ali a penetração do progresso, à custa da produção do café que era a principal fonte de riqueza da região.

Desde que cheguei para desempenhar-me da missão de que estava investido, fui recebendo repetidas denúncias de que Manuel Português, rico proprietário do único bazar da localidade, era suspeito de lepra. Não saía de casa, certamente para não ser observado. Apresentava lesões de lepra nos braços, tanto que nunca andava sem paletó. Também no rosto, parecia que a doença já começava a se manifestar. De quando em vez ia à capital, consultar conhecido especialista. Ao lado disso, falava de seu gênio irascível, da sua violência, do perigo a que se expunha quem com elê tratasse do assunto. E, solícito apresentava sugestões:

– Se o senhor quiser examiná-lo, convém pedir o auxílio da polícia. Será mesmo melhor mandar chamá-lo na delegacia.

¹¹⁵ LEPARGNEUR, Hubert. Op. Cit., p. 93.

¹¹⁶ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.23.

Eu ouvia tudo. Não acedia a nada. Não dava qualquer opinião e, silenciosamente, ia traçando o meu plano de ação para resolver o caso.

Numa tarde, quando todos supunham ter eu renunciado ao objetivo de examinar o Manuel Português, dirigi-me resoluto para sua residência.

Morava no último sobrado da rua principal, na parte mais baixa da cidade. Aproveitei um momento propício em que parecia não haver ninguém nas proximidades, para rapidamente penetrar pelo portão da casa. Subi a escada externa de acesso ao segundo pavimento e bati palmas, chamando. Ouvi passos fortes e alguém, do lado de dentro, torcer a maçaneta da porta, entreabrindo-a a seguir.

Deparou-se me, então, um tipo de homem robusto, fisionomia pálida, barbas por fazer, sobrancelhas grossas, aspecto rude. Olhava-me fixamente, interrogativamente, sem dizer uma palavra. Estremeci ante tal atitude. Pensei em recuar, em gritar pedindo auxílio. Manuel Português continuava mudo, quieto, com a mão esquerda ainda segurando a maçaneta e a direita apoiada fortemente ao portal. A mesma lividez da face, o mesmo olhar penetrante, a mesma recepção acintosa. Disse -lhe então, timidamente o meu objetivo:

-O senhor é Manuel Português?

Não houve resposta alguma; apenas os seus olhos me mediram de alto a baixo, numa expressão de desdém. Expliquei-me, então, ao que vinha;

-Sou médico de Saúde Pública. Estou visitando este município. Já percorri inúmeras casas da cidade e já fui a varias fazendas. Recebi ordens para este trabalho. Aliás, é um trabalho no qual ponho todo segrêdo. Tanto que estou só - e dos exames que faço não dou conhecimento a ninguém. Vim a sua casa porque determinaram que eu o viesse visitar e, se possível, examiná-lo.

-Entre!

Foi a palavra, ou melhor, o grito, a ordem de Manuel Português, enquanto recuava ligeiramente, num gesto rápido, para me permitir passar. E, em, seguida, bateu a porta com violência.

-Venha!

Assim chamou-me, caminhando estrepitosamente pelo longo corredor que levava aos fundos. Entrou num quarto, à esquerda, e fechou a porta, estouvadamente, trancando-a a chave. Eu o havia seguido com um autômato, sem dizer palavra. Procurava, no entanto, observar o interior da residência, na esperança de encontrar alguém, algum outro morador, qualquer pessoa da família dotada de ponderação e que me auxiliasse a vencer a brutalidade daquele alucinado. Confiava, ainda, em que a minha boa estrêla havia de surgir para impedir a agressão que me parecia iminente.

No meio do quarto, Manuel Português, com a mesma dureza no rosto, começou a despir-se para o exame, ou melhor, começou a arrancar as peças do vestuário - o paletó, a camisa, a calça, jogando-as desordenadamente numa cama.

Depois de completamente despido, virou -se para meu lado e, à speramente, exclamou:

-Examine!

Descansei, então, minha maleta numa cadeira e respondi-lhe, tranqüilamente:

-Não. Não o examinarei. A minha missão é médica e como médico, exijo que o senhor me respeite e me receba com a consideração a que tenho direito. O senhor está sendo profundamente grosseiro. Precisa raciocinar e compreender que aqui estou como delegado pacífico da Saúde Pública. Fui enviado em nome dos interesses da coletividade e do seu próprio, para elucidar uma denúncia. Eu poderia usar da faculdade concedida pelo regulamento e providenciar o seu exame compulsório, à força, se preciso fôsse. Mas não. Preferi desempenhar-me da tarefa, sozinho, sem trazer um simples auxiliar. A sua recepção não correspondeu à minha atenção. Portanto, o seu exame fica para outra vez. Voltarei quando mudar de atitude e, espontâneamente, me mandar pedir que venha vê-lo. Passe bem até à vista!

Peguei a valise e disse-lhe ainda:

- Abra a porta. Vou retirar-me.

Houve então uma transmutação que foi a rendição definitiva. Manuel Português humanizou-se e procurou explicar-se:

- Doutor, me perdoe. Nada tenho contra o senhor.

Estou cansado de sofrer perseguição dos meus inimigos. Eu sei que foram eles que o mandaram aqui. Não é a primeira vez. Vieram me injuriando. Vivem tornando atroz a minha vida. Invejam a minha prosperidade e temem a minha riqueza. Não toleram a minha família. Quero que me examine e submeto-me a todas as provas. Peço-lhe, apenas, que depois divulgue o resultado. Sei que isto não bastará para cessar a perseguição, mas é possível que eles passem a usar novos métodos menos penosos.

Compadeci-me do Manuel Português que falava em tom de real sinceridade e ao peso de grande sofrimento. Fui compassivo e paciente. Expliquei-lhe que me encontrava estranho a qualquer trama. Ninguém saberia, ao menos, que eu ali estivera.

Uma hora durou o exame clínico, procedido com requintes de minúcia. Colhi material para pesquisa de laboratório e fiz, com calma, a anamnese do paciente.

Antecipei-lhe a impressão de que não apresentava sintoma algum de lepra, resultado que foi corroborado mais tarde pelas investigações de laboratório, o que me permitiu enviar-lhe um atestado, visado pelo chefe de Serviço.

Quando deixei a casa de Manuel Português, convicto da maldade de seus inimigos e da ousadia dos que envolveram no caso, eu havia perdoado as grosserias recebidas e levava uma boa impressão daquele homem.

Ao chegar à rua se me deparou, com a revolta, na esquina, um grupo de curiosos que me aguardavam.

Não sei como, alguém me viu subir as escadarias do sobrado. A notícia correu e logo foi ajuntado gente que queria saber o resultado que tanto poderia ser a minha descida aos pontapés, quanto a volta trazendo-lhes alguma notícia que lhes satisfizesse os desejos malsãos.¹¹⁷

Nada mais eficiente para arruinar a fortuna do inimigo de profissão comerciante, do que rotulá-lo de leproso. Inscrever o seu nome no “Índice Condenatório” da Lepra. Quem teria a coragem de fazer compras na mercearia ou bazar do leproso? Quem se arriscaria para contagiar-se com hediondo mal? Certamente os inimigos do Manuel Português sabiam que não conseguiriam provar ser ele um leproso. Mas, talvez, nem isso fosse necessário, bastando apenas que ele figurasse como tal. Pois, mais importante do que ser efetivamente um leproso era ser assim considerado, este para seus inimigos satisfaziam suas expectativas, o fato de ter ou não a doença era secundário. O objetivo maior era espantar-lhe a freguesia e arruinar sua propriedade. Neste sentido, é que ele disse ao médico antevendo o que estava sendo tramado: “submeto-me a todos os exames e provas contando que divulgue os resultados.”¹¹⁸

¹¹⁷ DINIZ, Orestes. Op. Cit., p. 26/29. O autor não esclarece mais detalhes.

¹¹⁸ Idem., p. 29.

Mas, se os discursos que rodeiam certas doenças são diferentes e mesmo piores do que elas, alguns pontos de exploração aqui merecem comentários. Primeiro nem todas as doenças mereceram tais discursos; segundo, algumas delas, ao contrário, tiveram discursos e imaginário atenuadores dos seus males que eram, muitas vezes, letais, como ocorria com a tuberculose. E outras, não foram alvos de discursos, nem terríveis nem atenuadores. A tuberculose era mesmo terrível, no entanto, pior era a lepra, que nunca conhecera nenhuma adjetivação positiva ou atenuadora.

Desta forma, a lepra vem sendo regida por duas formas de percepção delineáveis, que se acrescentaram e se reforçaram mutuamente. São as representações de origem religiosa, estas oriundas da antigüidade, redimensionadas pela tradição judaica-cristã e as representações de ordem secular, provenientes do século XIX, ligadas ao campo da medicina. Muitas das concepções seculares de se ver e encarar o mundo irão se contrapor as representações religiosas, outras irão se legitimar mutuamente. É o caso citado por Susan Sontag, onde a idéia de que psicologicamente o doente é responsável pela sua doença, possibilita analogias com a idéia do pecado enquanto responsável pela etiologia das enfermidades, ou seja, um mesmo princípio referendado por dois discursos.¹¹⁹ Os leprosos seriam terríveis por que com sua doença expiariam pelos seus pecados e por que contaminam, a todos com sua doença.

No entanto, com o intuito analítico é possível separar as representações de origem religiosa e secular, o que socialmente não ocorria, operando-se uma mistura das duas. Na lida com a lepra não houve um conflito entre as idéias provindas da religiosidade com as da Medicina Social, para ambas ela permaneceria terrível e carente de medidas drásticas frente a um mal que ainda hoje guarda mistérios.

É neste sentido que se tem procurado nesta pesquisa optar pelos conceitos de estigmatização e segregação, ao invés de preconceito e discriminação. Esses últimos estão intimamente ligados a idéia de se praticar alguma ação inadequada para com pessoas compreendidas como não merecedoras de tal tratamento. A segregação dos leprosos era uma prática entendida como correta, aceita normalmente e, inclusive, normatizada, primeiro pela religião durante vários séculos e segundo pela medicina. De medo dos pecadores castigados a doentes perigosos que contagiam, colocava-se

¹¹⁹SONTAG, Susan. Op. Cit., p.61/71/73.

junto com essas práticas de interpretação os respectivos comportamentos de estigmatização e segregação. Ninguém sofreria repreensão ou críticas por isolar um leproso, ou por se recusar a tocá-lo por suprimir-lhes as ligações afetivas e familiares, estes eram comportamentos “normais” que se inseriam socialmente de forma normatizada e ali encontravam amplo apoio e sedimentação.

Preconceito e discriminação para com os hansenianos seriam atitudes recentes, pois apenas há poucos anos o leproso emergiu como paciente com personalidade digna de consideração, suas opiniões há bem pouco, em se tratando da história, vêm sendo respeitadas, mudança esta que tem se dado com inúmeras e graves retrocessos. A religião e a medicina foram os eixos clássicos para se pensar a lepra. A questão do doente enquanto indivíduo portador de direito inalienáveis é bem contemporânea. Em suma, só recentemente é que passou-se a enxergar no velho leproso um ser humano.

Nesta acepção é que atualmente, quando um hanseniano recebe os tratamentos antigos que lhe eram destinados, pode-se dizer que ele está sendo discriminado e vítima de preconceito, o que também vem ocorrendo com os aidéticos. A percepção destes enquanto preconceito/discriminação e não estigma/segregação só se torna-se possível a partir do momento em que os conteúdos das antigas práticas começaram a serem revistos, eclodindo nessas novas formas de agir: “Hanseníase: uma doença igual as outras.”¹²⁰

Há uma diferença significativa entre esses dois momentos históricos. Da mais remota antiguidade até meados da década de 60 do século XX, veiculava-se inúmeros discursos instituidores da estigmatização e segregação dos leprosos. Na atualidade, estes só ocorrem raramente e são frutos das iniciativas de agentes isolados, desprovidos de conhecimentos sobre esta doença. Isto significa que os comportamentos antigos praticados com os hansenianos nos dias de hoje, demonstram a sobrevida do estigma e da segregação, onde encontram um ambiente “hostil” com poucos apoios e são publicamente condenados, inclusive, pela Igreja e Medicina; antigos fomentadores destas práticas. Só recentemente é que se forjou subsídios para se pensar os indivíduos atingidos pela hanseníase como pessoas e não reduzi-los à figura do velho e asqueroso leproso. Hoje sim, quem se recusa a se

¹²⁰Cf. LANA, Francisco Carlos Félix. **Políticas Sanitárias em Hanseníase: história social e a construção da cidadania.** (Doutorado em Enfermagem), EERP/USP, Riberão Preto, 1997.

relacionar com um hanseniano está tendo para com ele uma atitude de preconceito e discriminação.

Eis aqui uma grande diferença, a figura humana do doente emerge e passa a ocupar lugar na profilaxia de lepra. Essa talvez tenha sido a grande mudança observável com relação à doença, além das descobertas médicas de tratamento, medicamentos e dos recentes avanços no conhecimentos da imunogenética; a grande virada pelo menos desde o início da era cristã. Não se justificaria mais toda sorte de expedientes, inclusive considerados inadequados a outras doenças, somente apelando-se e legitimando-se no fato de ser o enfermo acometido de lepra. Estas mudança localiza-se dentro de um quadro mais amplo, ocorrido em decorrência dos movimentos sociais de lutas pelos direitos humanos. Do ente ameaçador e pecador da antigüidade e medievalidade européia, ao perigo ameaçador de portar um mal contagioso de século XIX e XX, chega-se a encará-lo na atualidade como pessoa atingida pela hanseníase.

Quanto ao posicionamento do Estado Brasileiro, este engrossaria as fileiras desta tendência, não em prol da defesa dos direitos dos hansenianos, mas pelo fato do tratamento ambulatorial, em unidade de saúde geral, ser mais barato e permitir significativa diminuição das despesas estatais através do desmonte das onerosas instituições de isolamento¹²¹.

Contudo, um projeto historiográfico sobre a lepra é muito amplo e heterogêneo. “*A história da lepra*” abrigaria os diversos aspectos relacionados com a doença, ou seja, este vasto leque que esta pesquisa vem denominado de fenômeno sócio-cultural. Atrás da palavra lepra todo um universo, um outro mundo, identificado a partir deste termo ao longo de inúmeros séculos, geralmente negligenciado, onde habitaria pessoas e situações historicamente entendidas como “indesejáveis”.

Mas a lepra sempre esteve acompanhada. Há mesmo uma memória¹²² e uma vasta mitologia que lhe cortejaram e constituíram seu séquito inseparável. Estas

¹²¹ Este assunto será melhor abordado e pormenorizado no capítulo III.

¹²² Sobre memória ver: BURKE, Peter. História como memória social. In: **Variedades de história cultural**. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira, 2000(pp.69-89); SEIXAS, Jacy Alves de. Comemorar entre memória e esquecimento: reflexões sobre a memória histórica. In: **História: questões e debates**. Curitiba, Ed. da UFPR, Ano 17, n.º 32, Jan/jun de 2000(pp.75-95); NORA, Pierre. Entre memória e história: a problemática dos lugares. In: **Projeto história**. PUC/São Paulo, n.º 10, dez/1993(pp.07-28); GANDON, Tânia Risério d’Almeida. Entre memória e história: tempos

foram forjadas tanto dentro do ambiente religioso quanto secular. No entanto, convergiram-se e terminaram por caldear-se numa ampla significação para o fenômeno : “lepra”, tornando-se uma só, a memória mítica da doença.

E pior do que os constrangimentos físicos impostos pela doença são as reações dirigidas aos “leprosos”, cujas orientações são buscadas, referendadas e endossadas por essa memória mítica. “Sãos”, “enfermos” e sociedade nela encontram respostas para as dúvidas de como proceder em se tratamento de lepra.

“Parto do principio de que, evidentemente, nem tudo é ‘construção’ ou representações no reino dos fenômenos interpretados como doenças. Eles existem independentemente do que pensamos ou imaginamos em torno deles. O que não surge de nenhum modo como evidente, porém, é que, coabitando com esses sintomas físicos percebidos por nós como doença, fazendo parte de sua própria natureza, existe uma contraface cultural, simbólica, que assume freqüentemente a forma de alegoria - que constrói e reconstrói as imagens de doença, cujos desdobramentos mal podemos avaliar.”¹²³

Contudo, se a lepra não tem trafegado sozinha no decorrer da história, conhecer as razões destas insistentes companhias permanecem um desafio. Dizer que se trata apenas de uma questão estética, já que a aparência dos enfermos geralmente foi compreendida como “desagradável” é somente uma parte da resposta. A questão cultural, como longa e duradoura interpretação, extremamente urdida e arraigada no ocidente seria uma outra explicação. Se estas duas hipóteses respondem satisfatoriamente a questão, ainda persistem resquícios de dúvidas. Abra-se a possibilidade das coletividades necessitarem de entes passíveis de serem responsabilizados pelos acontecimentos considerados trágicos, entre eles as doenças. De processos como esses é que seriam oriundos as memórias míticas européias a respeito dos judeus, muçulmanos e leprosos onde estes figurariam como responsáveis por pestes, períodos de fome, naufrágios e tempestades, ou seja, convertendo-os em legítimos “bodes expiatórios”.

“Ao se estudar a história dos grupos marginalizados, observa-se que, com freqüência, os ‘leprosos’ eram acusados de algum mal, figurando como uma espécie de bode expiatório.(...)A queima e perseguição de pessoas identificadas como sendo portadoras de ‘lepra’ pode ser atribuída a uma série de fatores, porém cabe assinalar que não se tem registro de queima de

múltiplos de um discurso a muitas vozes. In: **Projeto História**. PUC/São Paulo, n.º22, jun/2001(pp.139-155).

¹²³ TRONCA, Ítalo Arnaldo. Op. Cit., p. 16.

*tuberculosos evidenciando, portanto, que a “lepra” não era vista apenas como uma doença grave, temida ou fatal. Mais do que isso, ela prende-se a toda uma herança milenariamente arraigada no inconsciente coletivo da ocidentalidade cristã.”*¹²⁴

Na Europa do século XIV, acreditava-se que as desgraças que afligiam a população poderiam ter sido motivadas pelos leprosos. Estes realizariam pactos com o demônio para se capacitarem na prática de sortilégios diversos e outros malefícios, entre eles a propagação das doenças, inclusive a lepra e as epidemias de peste. Na península Ibérica os leprosos foram acusados de conspirarem contra os reinos cristãos aliando-se aos mouros de Granada e Túnis em troca de regalias após a invasão.

Em 1321, na França, uma série de boatos que circulavam com o endosso da Igreja encontraram eco na população que, enfurecida e atemorizada, perseguiu e queimou 600 leprosos em um só dia no Languedoc, região sul daquele país, mais 45 no período de um mês na jurisdição de Uzerche. Este ano ficou conhecido como “Combustio leprosum”. Em 1322, Carlos IV, o Belo, rei da França, ordenou o encarceramento em massa de leprosos e em 1371, Carlos V, o Sábio, os expulsou de Paris.

Em Londres, no ano de 1326, a população enfurecida em um processo similar ao ocorrido na França, perseguiu e vitimou centenas de leprosos, neles percebendo a causa de ocorrências trágicas e em 1346 foi ordenada a prisão de todos os leprosos errantes.¹²⁵

Assim, essas representações que acompanham a lepra, tornando-a uma enfermidade social e cultural, vem ao longo dos séculos se perpetuando tanto em forma de memória; viva, oral, dinâmica, constantemente reelaborada, quanto em forma de uma mitologia, oferecem sentido e subsídios para que as pessoas possam compreender os fenômenos e a realidade que as cercam, no caso o ato de adoecer de lepra. Assim, a companhia inseparável da lepra não caracteriza-se apenas por uma memória, nem apenas por uma mitologia, mas sim como uma memória mítica da doença.

¹²⁴ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., . p. 51/54.

¹²⁵ Idem p.53/54.

“A explicação mítica não vai, evidentemente, desaparecer, continuando até hoje em quase todas as manifestações culturais, não como a única forma de explicação da realidade, mas paralela a outras, como a história.”¹²⁶

“Aqui o aspecto principal é que, embora o mito possa não ser a verdade, isto não quer dizer que seja sem valor. A eficácia do mito e não a verdade é que deve ser critério para pensá-lo. O mito pode ser efetivo e, portanto, verdadeiro como estímulo forte para conduzir tanto o pensamento quanto o comportamento do ser humano ao lidar com realidades existenciais importantes”¹²⁷.

Há, portanto, muito de memória nos mitos e aspectos míticos tanto na memória quanto no tempo, pois o próprio mito pode ser apreendido de maneiras diferentes por povos e culturas distintas em épocas diversas, assim como a memória também sofre permanente reelaboração.

Dessa forma, o ato de adoecer de lepra socialmente e culturalmente visto, vem sendo anteparado por essa memória mítica milenar da doença que, entre outros, instaurou e consolidou a prática do isolamento dos hansenianos.

E se memória e mitos engendram representações, assim como o inverso; na lepra, estas encontram-se instaladas nesta ampla memória mítica da doença, que a cerca há vários séculos, demonstrando estar bastante cristalizadas.

Mas, decididamente essa memória mítica encontra-se povoada por representações que tematizam inúmeras referências sobre o fenômeno lepra. Uma vasta coleção de assuntos nela acham-se contemplados, desde aspectos físicos da doença até as complexas tecituras e entrelaçamentos das concepções de pecado e impureza, associados ao campo da moral e transplantados para a área da saúde.

Descrever o que habitaria essa memória mítica da lepra é empreendimento sempre arriscado, passível de falhas e improvável de completude, No entanto, de uma forma geral, sem pretensões de se alcançar toda vasta extensão por ela ocupada pode-se elencar alguns dos “habitantes” mais conhecidos desta companhia fiel e inseparável da lepra.

A começar pelas idéias e concepções sobre a etiologia da doença, é curioso notar a crença do século XIX, segundo a qual a lepra seria a quarta etapa da sífilis, ou a insistência até início do século XX, inclusive no Brasil, em se encontrar um vetor,

¹²⁶ BORGES, Vavy Pacheco. **O que é História**. Editora Brasiliense, Col. Primeiros Passos, 2ª edição, São Paulo, 2000 (p. 18).

¹²⁷ ROCHA, Everardo. **O que é Mito**. Editora Brasiliense, Col. Primeiros Passos, São Paulo, 1999

um agente intermediário, que se pudesse responsabilizar pela transmissão da doença ao homem. Sexo durante a gravidez ou menstruação, mulher que não teria cumprido adequadamente resguardo pós-parto. Havia ainda algumas alusões da causa da doença derivar do consumo de carne de porco, ou outras do gênero, ou seja, consideradas não muito “santas”, em suma, fruto de uma dieta inadequada.

Quanto aos tratamentos e a cura predominou a idéia desta última ser somente possível através de ocorrências milagrosas, como o alcance da cura através da disseminação da doença, idéia esta bastante medieval também teve eco no Brasil. Sugeria-se de tudo como tratamento, desde benção, quando encontrava-se um curandeiro ou benzedor disponível, até chás¹²⁸ e banhos em águas minerais como as de Caldas Novas (GO)¹²⁹.

Encontrar os remédios para a cura da lepra foi uma árdua história para todos os envolvidos, tanto para o imaginário popular pipocante de sugestões, quanto na medicina, inquieta pelo alcance da cura. Artequim, óleo de Chaulmoogra, “ponto de fogo”¹³⁰ que consistia em aplicar choques elétricos com um estilete nas manchas e tubérculos, e outras manifestações dermatológicas da doença.

Vários experimentos foram realizados, estes nem sempre contavam com prévia autorização dos pacientes, acusação inclusive atribuída a Hansen. Antes da descoberta das sulfonas em 1944, em geral, as tentativas causavam mais danos do que benefícios para os pacientes:

“A maior parte dessas tentativas partia do pressuposto de que todas as manifestações da doença, então conhecidas como lepra, que antes se confundia com muitas outras patologias da pele, se unificaram a partir de um denominador comum: o bacilo Mycobacterium leprae. A cura passou a ser uma questão de encontrar uma substância que pudesse matar o bacilo. As tentativas foram preenchidas pela imaginação, muitas vezes delirante, de médicos obcecados com alguma forma de tratamento. Uma dessas tentativas foi a inoculação com o bacilo de outras doenças, como a erisipela; outra, a mordida de cobras venenosas. Num desses experimentos, o paciente foi submetido a uma mordida de cobra cascavel. Embora ele tivesse morrido em 24 horas, o relato demonstra algum entusiasmo com a possibilidade da cura ser obtida através deste meio, uma vez que houve depressão notável dos tubérculos.”¹³¹

(p. 14).

¹²⁸ Cf. TRONCA, Ítalo A.. Op. Cit., capítulo I.

¹²⁹ MAGALHÃES, José Lourenço de. **A Morféa no Brasil**. Typographia Nacional, 1882 (p. 05/07).

¹³⁰ LANA, Francisco Carlos Félix. Op. Cit., p. 88.

¹³¹ QUEIROZ, Marcos de Souza; PUNTEL, Maria Angélica. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997 (p. 32).

Mas a memória mítica também ocupou-se dos enfermos famosos, desde aqueles que efetivamente foram acometidos até aqueles apenas compreendidos como tal. Aqui figuraria os personagens bíblicos do Antigo testamento como Giezi, Miriã, Ozias e Moisés. Jó; Simão, o leproso; e Lázaro tiveram importância especial, notoriamente o último que sob a denominação de São Lázaro converteu-se mesmo no patrono dos doentes de lepra.

Contudo, os doentes ilustres não param por aí. Em Portugal a lepra teria atingido pelo menos cinco reis¹³² de Dom Afonso II (falecido em 25-03-1223) até Dona Thereza D'Aragão. Mas nenhum doente medieval se tornou tão conhecido como Balduíno IV(1160-1185), o leproso, rei de Jerusalém no século XII. Outros nomes foram coligidos e associados a lepra através das práticas benévolas para com os enfermos, a caridade tão no período medieval. Entre eles estariam São Francisco de Assis, santa Radegunda, santa Elizabeth de Hungria e São Luiz. No Brasil ex-hansenianos como Aleijadinho, Jesus Gonçalves¹³³ e Bacurau¹³⁴ também tornaram-se referência.

Mas a área médica também conquistou seu espaço na memória mítica da lepra. Médicos se tornaram célebres como Rudolf Virchow, Danielsem e Boeck, Hansen e Guy H. Faget. No Brasil nomes como José Lourenço de Magalhães, Orestes Diniz, Abrahão Rothberg, Luiz Mariano Bechelli, Diltor Opromolla entre outros.

¹³² SOUZA- ARAÚJO, Heraclides- Cesar. **História da lepra no Brasil: períodos colonial e monárquico (1500- 1889).** Imprensa Nacional, Vol I, Rio de Janeiro, 1946 (p. 07/08).

¹³³ Jesus Gonçalves foi interno nos asilos-colônias do estado de São Paulo. Líder dirigente de círculos espíritas Kardecistas, escreveu vários livros onde atribuía a razão dos seus males ao fato de ser a reencarnação de Alarico, o Godo. Seu nome tornou-se extremamente conhecido, inclusive fora dos muros das instituições sem que ficou isolado.

¹³⁴ Francisco Augusto Vieira Nunes (1939- 1997), o Bacurau, nascido em Manicoré/Am, aos seis anos de idade contraiu hanseníase e aos quatorze anos foi internado na colônia de hansenianos de Porto velho/RO. Permaneceu vinte e um anos em vários hospitais e leprosários, período este no qual realizou inúmeras tentativas, sempre frustradas, de se reintegrar plenamente à sociedade.

Por causa da doença nunca foi aceito em escolas, tendo tornado-se um autodidata e posteriormente professor primário da Secretaria Estadual do Acre. Escreveu três livros, compôs algumas músicas, foi conferencista e palestrante, sempre abordando a temática da problemática social da hanseníase.

Contribuiu na fundação da SORRI de São Paulo, Sociedade para a Reabilitação e Reintegração do Incapacitado, e do MORHAN em 1981, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, cujas atividades coordenou durante vários anos. Recebeu em 1990 o prêmio nacional “Raoul Follereau” na cidade de Savana/ Itália e exerceu cargos de assessoramento técnico na Secretaria Estadual de Saúde do Acre e no Ministério da Saúde.

Seu nome, assim como do MORHAN, tem sido associado a luta atual contra o preconceito e a discriminação para com os hansenianos.

Congressos, revistas científicas ou não, lugares como Molocai no Havai/EUA, políticos como Conceição da Costa Neves e Francisco Salles Gomes Júnior, leis, órgãos governamentais, damas ilustres como Alice Tibiriçá e Eunice Weaver, os movimentos sociais como o MORHAN no Brasil, os religiosos como Basílio, bispo de Cesaréa, Padre Damião de Veuster. No Brasil, cléricos como Frei Nicodemos (n.1875), Frei Vicente Borgard (1888- 1977), Padre Bento(1819- 1911), Padre Santiago Uchôa (f.1951) entre outros também tiveram seu lugar “ao sol” na memória mítica da lepra.

Porém, não se limitando somente a isso, a doença transitou com as noções de pecado, sujeira, impureza, marcada pela estigmatização e segregação que, em última instância, guiaram inclusive a profilaxia da lepra no âmbito da medicina com a institucionalização do isolamento dos hansenianos.

Em suma, a memória mítica do fenômeno lepra abriga desde personagens bíblicos, reis, médicos, remédios, tratamentos, conceitos, concepções e idéias sobre esta ampla gama de aspectos relacionáveis à palavra lepra.

A sobrevivência desta memória mítica da doença, remete à reflexão sobre o quão valoroso e importante é para o indivíduo sua constituição subjetiva sobre a qual ele se alicerça, usando para tal os códigos disponibilizados por sua cultura. Processo este que lança luminosidade na formação de suas identidades, seu modo de agir e entre outros; como portar-se quando alguém que lhe está próximo ou ele mesmo adoecer, notoriamente de lepra.

Por último, um dos aspectos mais sutis e importantes a se perceber nesta memória mítica é que ela, devida a sua densa tecitura e profundo arraigamento cultural terminou por descolar-se do referente, que seria a doença em si, adquirindo vida própria, uma espécie de segunda natureza, ou constituição peculiar, independente da existência efetiva da doença. Os episódios do senhor Francisco Rodrigues de Oliveira e do Manuel Português ilustram bem essa constatação. A memória mítica da lepra não dependeu da hanseníase para prosseguir subsistindo.

1.4 O estigma da lepra

*“O doloroso de uma estigmatização repentina, então, pode ser o resultado não da confusão do indivíduo sobre a sua identidade, mas do fato de ele conhecer suficientemente a sua nova situação”.*¹³⁵

“Sim, é forçoso dizê-lo: os morféticos muito mais sofrem da sociedade onde são constrangidos a viver, do que da sua enfermidade”. (sic)¹³⁶

Com exceção dos tempos contemporâneos, o leproso sempre foi alguém distinto, ao qual, desde a Antigüidade, o Ocidente Cristão reservara-lhe um lugar próprio entendido como adequado para instalar-lhe, após a publicidade dos sinais de sua nova situação, sua outra condição, seu novo lugar na sociedade.

Acredita-se, porém, que esta forma de tratamento destinado aos leprosos não foi uma exclusividade do Ocidente Cristão. Ásia, notadamente a Índia, China e Japão, e África também lhes impunham medidas neste sentido e que foram efetivadas, assim como no Ocidente, em todas as épocas com exceção da atualidade.

*“Entretanto, a lepra é um fenômeno presente na maioria das sociedades humanas, nos mais variados tempos. É igualmente sabido que, como categoria, ela tem provocado reações similares em todas as sociedades, a despeito da diversidade cultural.”*¹³⁷

“Em todos os países, em todos os tempos, os leprosos têm uma tendência natural e espontânea para agruparem-se, movidos pela atração singular que impele os infelizes uns para os outros. (...)As aldeias de leprosos para isolamento dos doente são muito espalhadas na Ásia e na África. Na China e na Indochina os leprosos são excluídos da sociedade como se morressem e, nem a eles e a seus descendentes, até a quarta geração, é permitido casamento, a não ser entre si e no mesmo grau de descendência.”(sic)¹³⁸

Uma observação necessária para com o Ocidente é que seu modo de relacionar-se com os leprosos instituiu-se a partir de seus vínculos culturais com o Mundo Antigo, localizado na região do Oriente Médio, e que este influenciou, por ocasião das colonizações empreendidas pelos países daquele continente, inúmeras

¹³⁵ GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 4ª edição, 2000 (p.143).

¹³⁶ MAGALHÃES, José Lourenço de. Op Cit. p.56.

¹³⁷ GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit., p. 112.

¹³⁸ ROCHA, Raul. Da Lepra o Essencial. Rio de Janeiro, Livraria Ateneu, 1942. Apud: GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op Cit p.112.

regiões do globo, entre elas a América, Oceania, parte da África e Ásia. Este fato pode ser bem demonstrado através da Bíblia, a qual já continha em suas linhas o medo e as condutas acerca da lepra, e que, pelas mãos dos europeus, se difundiu para diversas partes do mundo. O Ocidente, no entanto, não deu simples prosseguimento àquilo que o Mundo Antigo receitava para a lepra, mas, conforme as circunstâncias e singularidades de sua história, foi gerindo, a partir das condutas antigas, novas formas de tratar os leprosos. Entre elas as instituições exclusivas para estes, cujas primeiras datam do início do período medieval.

Mas, se a lepra afligiu diversos povos em quase todas as épocas, podendo-se observar semelhanças nas atitudes desfechadas para com os doentes, objetivando indiretamente com estas extirpar a doença do meio social, uma característica sempre perceptível, inclusive, fortemente presente em todo o Ocidente foi a segregação. Os leprosos eram pessoas entendidas como diferentes porque possuíam atributos ou qualidades diferenciais¹³⁹ que exigiam tratamentos específicos. Os sinais de sua doença adquiriam, assim, grande importância.

Estes sinais da doença funcionavam como advertência do que estava ocorrendo com seu portador e para aqueles que o circundavam indicavam que, a partir daquele momento, o indivíduo sinalizado deveria ser alvo de outras formas de relacionamento, ou seja, aquelas destinadas à lepra.

Os sinais ou indicativos da doença não eram necessariamente físicos, como marcas, mas poderiam ser impressões, vestígios, rumores que levassem à sociedade mais ampla a identificar no seu portador um doente de lepra.

Uma vez entendido como detentor de marcas, sinais, indicativos de lepra, o que independia do fato ser comprovado ou não, o indivíduo já podia começar a receber o tratamento, veiculado pela cultura, destinado a esse grupo social, onde, quase sempre a contragosto, ele era forçosamente incluído. Foi assim durante toda a Idade Média, época em que um júri composto por clérigos, cirurgiões, autoridades e até mesmo doentes eram responsáveis pelo diagnóstico e em caso afirmativo, posterior inclusão do novo leproso ao seu respectivo grupo de marginalizados, já existente que recebia, então, um novo membro não necessariamente doente de

¹³⁹ GOFFMAN, Erving. Op. Cit., p.51. (para qualidade diferencial) e p. 92 (para atributo diferencial).

hanseníase, mas talvez de outra doença semelhante, entendida como lepra, o que seguramente era o mais importante.

O mais triste em tudo isso, nesses enganos trágicos, é que as vezes uma desconfiança infundada terminava por deixar no indivíduo um pecha infame que dificilmente depois se conseguiria remediar. Orestes Diniz cita um desses casos de inexistência num diagnóstico de lepra.

“Leprosos à força

Conheci indivíduos visados pela desconfiança popular e pela ignorância de certos médicos, reiteradamente apontados como hansenianos. Essas infelizes criaturas, vítimas de falsos diagnósticos, quando aportavam ao Leprosário, após exame, eram desenvolvidas às localidades de onde provinham. Em lá chegando, porém, se viam compulsoriamente incorporadas às levas de doentes e de novo mandadas para o Leprocômio. É que observadores desatentos ou incompetentes teimavam em ver-lhes na pele lesões que atribuíam à lepra quando na realidade, eram ocasionadas por males diferentes.

Lembro-me de certo jovem que por esse erro foi encaminhado ao Leprosário. Devolvido imediatamente à sua cidade natal, retornou oito dias após. Mandei-o então para outra zona, diametralmente oposta, onde eu lhe conseguira um emprego. Mas, de novo, a suspeita surgiu e de novo deu entrada na Colônia. Já agora a sua volta não me irritava porque estava sendo objeto de pesquisas. Tornei-o reagente experimental do meio social. Mandei-o para outra zona diversa das anteriores e dois meses depois estava frustrada a providência, com o seu retorno, mais uma vez, à minha presença. Finalmente resolvi enviá-lo para outro Estado do país, de onde nunca mais regressou. Tenho, porém até hoje dúvida se foi a distância que resolveu o problema ou se a ameaça insincera que lhe fiz de entregá-lo à Polícia, se não desaparecesse definitivamente de minhas vistas. Só assim deixou de ser um leproso à força ...” (sic).¹⁴⁰

Esses sinais, essas marcas da doença adquiriram um nome específico para denomina-las: estigma. Atualmente este termo é aplicado a uma ampla série de sinalizados” ou “marcados que vão desde acometidos por doenças infames como lepra, o câncer e a aids, passando por aleijados, cegos, mancos, surdos, criminosos, prostitutas e outros, que transitam pelo social portanto uma pecha, uma “mancha”, um atributo ou uma qualidade diferencial, em suma, carregando o estigma.

Na Bíblia, amplamente associada a Lepra, não se encontra referências ao estigma e sim a “marcas”, cujos significados, no entanto, são diferentes.

“Não fareis incisões na vossa carne por um morto, nem fareis figura alguma no vosso corpo. Eu sou o Senhor.”¹⁴¹

¹⁴⁰ DINIZ, Orestes. Op. Cit., p. 66.

¹⁴¹ Levítico 19:28. In: **Bíblia Sagrada**.

*“De ora em diante ninguém me moleste, porque trago em meu corpo as marcas de Jesus”.*¹⁴²

Na primeira citação bíblica acima, os hebreus eram proibidos de fazerem incisões ou tatuagens no corpo, pois entendia-se que estas práticas poderiam ter significado de idolatria. A segunda, onde Paulo anuncia que possui as marcas de Jesus, observa-se uma considerável diferença. Para ele estas eram algo valorativo, que o identificava com sua nova fé, vista e apregoada como redenção.

O uso do conceito estigma mesmo ausente da Bíblia para se referir a lepra já se tornou clássico. De origem grega, Etimologicamente deriva de “stigma”¹⁴³ que significava “mancha”.

Estigma na Grécia Antiga era uma marca, sinal, impressão que empregava-se como indicativo de uma degenerescência: “Os estigmas da loucura, da doença”. Também era utilizado para advertir quanto a posição social de quem o portava; um criminoso, um escravo, uma prostituta já bem próximo do significado atual.

*“Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo **estigma** para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor—uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos.”*¹⁴⁴

Houve uma convergência peculiar com relação ao estigma. Este, na época medieval, foi tomado pelo cristianismo, que o aproximou da acepção utilizada pelo apóstolo Paulo na Bíblia,¹⁴⁵ ou seja, como sinal da Graça Divina.

Na Europa Feudal, embora quase hegemônico, essa interpretação religiosa do conceito deixou brechas para a coexistência dos antigos significados gregos, sendo a medicina o baluarte desta preservação, através da alusão direta que realizava do estigma com a existência de distúrbios físicos verificados.¹⁴⁶

Para o cristianismo, o estigma era um sinal ou evidência corporal que tornava pública a fervorosidade religiosa de quem o portava. Uma espécie de “adepto

¹⁴² Gálatas 06:17. In **Bíblia Sagrada**.

¹⁴³ BUENO, Francisco da Silveira. **Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa**. Santos, Editora Brasília Limitada, 3º vol., 1974 (p.1267).

¹⁴⁴ GOFFMAN, Erving. Op. Cit., p.11.

¹⁴⁵ Refere-se a Gálatas 06:17. In: **Bíblia Sagrada**.

¹⁴⁶ GOFFMAN, Erving. Op. Cit., p.11.

exemplar” o possuía, no qual havia se imprimido um sinal da grande intensidade de sua fé.

*“O aparecimento de estigmas ou chagas nas mãos, pés e lado, ou ao menos numa dessas ou noutra partes do corpo, é fenômeno verificado em pessoas dadas a intensa vida interior e singularmente devotas da Paixão de Cristo”.*¹⁴⁷

Estes estigmas religiosos teriam geralmente a aparência de feridas cicatrizadas que “tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele”.¹⁴⁸ Periodicamente, durante a Semana Santa ou às sextas-feiras poderiam sangrar e doerem abundantemente, sem inflamação nem supuração e não podiam ser estancadas por nenhum cuidado médico. Frequentemente, tais manifestações físicas eram acompanhadas de visões, êxtase, profecias, telepatias e outros.

Nesta acepção de estigma, enquanto fenômeno de alteração somática, geralmente atribuído ao êxtase religioso, vários casos célebres são conhecidos. Dentre eles: São Francisco de Assis que, em 1224, teria sido visitado no monte Alverne por um Serafim, ao qual pediu para sentir na própria carne o amor de Jesus dedicado aos homens. Este, então, gravou nas mãos, pés e outras partes do corpo de São Francisco os estigmas de Cristo; o de Santa Gema Galgani; do franciscano capuchinho Pio Petralcina; e Teresa Neumann, a estigmatizada de Konnersreuth. Entre casos conhecidos e estudados pela Igreja Católica já enumeram-se mais de 360, dos quais 61 referem-se a santos canonizados. A Igreja faz a ressalva de que a santificação não implica necessariamente o reconhecimento da sobrenaturalidade dos estigmas, uma vez que a atuação divina geralmente se dá por meios naturais.

Na Idade Média a concepção de estigma da medicina enquanto distúrbio físico aludia a essas manifestações religiosas anteriormente descritas. Atualmente, ela tem considerado estes fenômenos de estigmatização como simulação ou decorrência de histerias.

Ainda seria necessário aguardar alguns séculos para que o conceito de estigma reacendesse com toda sua força e passasse a ter um uso mais amplo e bem delimitado. Foi então, a partir do final do século XIX e início do XX, com os estudos de patologia social que ele recobre sua vitalidade e recupera a sua antiga conotação de degradação,

¹⁴⁷ SILVA, A. Pereira da. Estigma. In: **Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura**. Lisboa, Vol. VII, Editorial Verbo (pp.1523-1524).

voltando a indicar aqueles que deveriam ser colocados na lista dos banidos sociais, reativando seu sentido condenatório.

Os leprosos sempre figuraram na lista daqueles que carregaram o estigma. Junto com prostitutas e criminosos talvez sejam os mais antigos alvos desta incessante reclassificação social. A definição do conceito pelos autores que a seu exclusivo estudo se dedicam apontam para poucas variações:

*“Um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo (...) um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus (...) Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social”.*¹⁴⁹

*“O Estigma é a propriedade que possuem certas categorias, culturais ou sociais, de funcionarem como sinal desencadeador de uma emoção que se manifesta numa conduta de afastamento imediato. As categorias, sociais ou culturais, adquirem tal propriedade quando representam uma negação de um ou mais valores básicos ou preponderantes.”*¹⁵⁰

A primeira definição de Erving Goffman, abordada à luz da antropologia social, desvencilhava as relações entre estigmatizados e estigmatizadores nos chamados contatos mistos. Sob vários aspectos analisa estes acontecimentos no decorrer do cotidiano. O olhar parte dos estigmatizadores ou “normais” como ele mesmo se refere, objetivando descrever o terreno ocupado por esta relação tensa e em que condições ela se desenrolaria.

A segunda definição de Gandra Júnior, aplicado ao estudo específico da lepra, também à luz da antropologia, inclui a cultura de forma mais presente, entendendo o estigma como um processo de categorização e recategorização sócio-cultural. Embora, conforme já mencionado, os dois autores diferem pouco conceitualmente falando.

¹⁴⁸ GOFFMAN, Erving. Op. Cit., p.11.

¹⁴⁹ Idem., p.13/14/15.

¹⁵⁰ GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit., p.126.

Reverendo a história do próprio conceito, pode-se observar que o seu auge refere-se mesmo aos séculos mais recentes, o XIX, XX e XXI. Atualmente seu uso se aproxima do seu significado original, possibilitando delimitar, de forma, precisa esta ampla gama de proscritos que a sociedade moderna logra produzir.

Estigma seria, então, sinais, marcas, cicatrizes, manchas físicas ou morais, em suma, um atributo ou qualidade diferencial encontrados em certos indivíduos, adquiríveis ou hereditários, que alertam ou indicam a todos que não as possuem para estabelecerem uma relação social diferenciada com seus portadores. São sinais físicos, morais ou sociais desencadeadores de relacionamentos diferentes, comportamentos estes, às vezes hostis para com os estigmatizados.

Esses comportamentos já se encontram estabelecidos e formam um manancial, onde tanto estigmatizados quanto estigmatizadores buscam respostas para suas indagações sobre como proceder. Conforme diz Gandra Júnior, a “pauta de condutas ou comportamentos”,¹⁵¹ em suma, as reações já se acham convencionadas e arraigadas na cultura, na memória mítica da doença.

“E o processo de estigmatização tem, como resultado, a sua alienação (dos “anormais”) do grande corpo das pessoas normais. É evidente que, pelo processo de estigmatização, a sociedade se proclama como padrão de normalidade. E sendo ela constituída pelos muitos, o que lhe dá o monopólio do uso do poder, a sua estigmatização dispõe de instrumentos que a tornam eficaz.”¹⁵²

“As necessidades de ajustamento diante de fenômenos como a lepra são muito anteriores à ciência como instituição cultural. A cultura já oferecia respostas a tais necessidade, muito antes que a ciência surgisse na própria cultura como uma alternativa.”¹⁵³

Para além da antiquíssima inclusão dos leprosos entre os “indesejáveis” sociais, a origem do estigma dessa enfermidade também se vincula a outros aspectos. Medo e repulsa são sentimentos muito atados a lepra e a seu estigma.

Não há dúvida de que a já abordada memória mítica¹⁵⁴ da lepra engendrou e consolidou muito a estigmatização sobre os acometidos. Depois de vários séculos de práticas e costumes de exclusão para com os leprosos, via estigmatização, estas

¹⁵¹ Idem., p.48.

¹⁵² ALVES, Rubem A . Religião e Enfermidade. In: MORAIS, J. F. De (org.). **Construção Social da Enfermidade**. São Paulo, Editora Cortez & Moraes, 1978 (p.34).

¹⁵³ GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit., p.34.

¹⁵⁴ Conforme abordado no item anterior: Leprofobia social: a memória mítica da lepra.

atitudes converteram-se numa rotina tal que se tornaram resistentes às críticas que foram surgindo.

O antigo medo e estigma que ronda a lepra mostraram-se, muitas vezes, contagioso ou transmissível. É o caso supracitado da contaminação pelos assentos; bancos, cadeiras, poltronas e outros. Um lugar onde se sentou um leproso, um lenço, uma fruta, um livro, talheres, corrimão, uma carta ou qualquer outro objeto em que o doente tenha tocado poderia ser veículo da doença. Dessa forma, a mesma reação que um “são” teria diante da presença de um enfermo poderia se estender a um “objeto leproso”, isto é, aquele manuseado pelo doente, o qual acreditava-se estar infectado.

No asilo-colônia de Pirapitingui, localizado no município de Itu/SP, existia um local específico para a desinfecção à vapor das cartas dos doentes, antes de serem despachadas juntamente com a correspondência “sã” da administração da instituição.¹⁵⁵ O medo do contágio se alastrava para aqueles que entravam em contato com os acometidos. É bem conhecida a divisão tradicional das colônias em zonas “sã”, “intermediária” e “doente”, que objetivava impedir a transmissão aos serviços médicos e de enfermagem da instituição. Os enfermos encontravam-se na “zona doente”, de onde não podiam sair e nem se misturar e transitar livremente por outras áreas do estabelecimento. Também compartilhavam deste receio os profissionais encarregados de cuidar dos doentes que, por sua vez, sofriam discriminação por parte de seus colegas, não especialistas na área, e da sociedade mais ampla:

“O médico leprólogo é um exemplo disso: a sociedade e mesmo outros médicos reagem diante dele, às vezes, como se fôra êle o doente. É conhecida a dificuldade dêsses médicos em manter clínica particular, devido à desconfiança da sociedade e, em certas circunstâncias, à pressões dos próprios colegas.”(sic)¹⁵⁶

Um procedimento de segurança ao doar esmolas para leprosos, existente desde a Idade Média, era manter uma distância de segurança adequada, uns três metros. Optar geralmente por moedas em vez de cédulas, pois estas podem ser arremessadas com mais facilidade, eliminando a necessidade de aproximação.

Havia o temor quanto aos ventos. Um grupo de leprosos mendigando era “aconselhável” observar o “ruma dos ares” e se certificar de que estes não estavam

¹⁵⁵ TRONCA, Ítalo A. **Lepra: o espetáculo do medo**. (Vídeo-documentário), Centro de Comunicação-UNICAMP, 1987 (69min.).

¹⁵⁶ GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit., p.84.

soprando “contra”, ou seja, primeiro nos doentes e depois nos “sãos”. Os ventos deveriam estar “a favor”, isto é, soprar primeiro nos “sãos” e depois nos doentes. Em Manaus/AM a observância destes princípios eólicos foi responsável pela paralisação da construção de um leprosário chamado “Paredão”. A problemática referia-se à sua localização, subindo o rio Amazonas encontrava-se antes da cidade, passagem obrigatória para todos que chegavam por via fluvial. Como na região há várias correntes de vento que sopram do mar para o interior temia-se a possibilidade de contaminação. Houve a suspensão das obras e outro local, depois da cidade, foi escolhido para abrigar a colônia¹⁵⁷.

No Estado de São Paulo, a definição do município onde deveria ser construído asilos para abrigar os leprosos era assunto sempre desconcertante. Havia poucos voluntários, quase ninguém queria ser o escolhido. Com frequência os políticos locais providenciavam abaixo-assinados para alterar os lugares selecionados.

“O intuito de abrigar os doentes da região, contudo, nem sempre era bem-visto. A perspectiva de ter uma concentração de doentes, ainda que fora da cidade, dificilmente era bem recebida. Tanto a população como o governo municipal muitas vezes adotavam medidas para impedir a construção de asilos na região, para que a cidade não ficasse marcada como sendo local de alta endemicidade. Temia-se que o estigma, que reveste a doença e o doente, pudesse ser de alguma forma partilhado pelo município”¹⁵⁸.

A descendência, mesmo saudável, também poderia ser atingida pelo estigma. Os filhos não-doentes nascidos nos asilos-colônias e aqueles que nesta situação se encontravam no momento do isolamento dos pais, tinham da mesma forma suas vidas marcadas. “Filhos de leprosos”. Colocados numa instituição exclusivamente a eles destinadas: os preventórios, dava-se extraordinária evidência quanto a sua procedência, impingindo-lhes forçosamente o mesmo estigma dos pais. Em tese estavam são, mas talvez não estivessem salvos. Para onde o medo e a repulsa da lepra se dirigiam, também se encaminhava o estigma. Conforme observa-se estes eram mais prejudiciais e tão ou mais contagiantes do que a própria doença.

¹⁵⁷ TRONCA, Ítalo A.. Amazônia doente. (Vídeo-documentário), Centro de Comunicação-UNICAMP, 1989 (40 min.).

¹⁵⁸ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.93/94.

Todavia, além da influência que a memória mítica exerceu sobre o processo de estigmatização há um outro aspecto correlato de suma importância para a compreensão dessas condutas condicionadas ou práticas acerca da lepra: a estética.

“O mais grave não é tanto a incurabilidade e as lesões em todos os órgãos do corpo, mas as alterações e a perda dos traços mais nobres do rosto (...). Há quem objete que não é possível atuar seriamente contra a lepra porque, na realidade, ignoramos os mecanismos através dos quais a doença se difunde e porque o número de vítimas é sempre escasso, de modo que o medo é sugerido muito mais pelas lembranças do passado e pelas especiais disposições estéticas do espírito, do que pela existência efetiva de perigo (...).”¹⁵⁹

“(...) pelo desejo de que desapareça uma praga cuja impressão psicológica é sem dúvida muito grave: é a tendência de nosso espírito à harmonia e à beleza, é o terror de uma moléstia que mina os muais nobres traços divinos da face e do corpo”.¹⁶⁰

A deterioração estética é um fator marcante com relação a lepra. Gandra Júnior observa em seu trabalho que a maioria das descrições dadas pelas pessoas por ele entrevistadas com relação a doença refere-se as deformidades físicas ocasionadas.¹⁶¹ Esta constatação é generalizada e pode, inclusive, ser flagrada no depoimento de um doente da forma tuberculóide que já apresentava deformações nas mãos e nos pés:

“Para mim, o verdadeiro doente de lepra é aquele que abre em chagas, a minha não é”.¹⁶²

O leproso aparece associado a uma ampla gama de deformações que povoam o imaginário e elaboram e reelaboram sua figura, relação estabelecida que não se comprova, necessariamente, com as características clínicas da doença, onde apenas uma pequena porcentagem dos acometidos, os virchowiano, atinge tal estado, ainda assim, sem os exageros que lhe foram acrescidos, na ausência absoluta de tratamento. Assim são descritos: boca carcomida, inchada, grossa e ferida; nariz desintegrado e áspero, grosso, inchado, vermelho e achatado; orelhas feridas, grossas, roxas ou avermelhadas; olhos alarmados, espantados, vidrados, desmantelados e vermelhos; rosto danificado pela doença, corroído, enrugado, inchado, esburacado, mutilado,

¹⁵⁹ TRONCA, Ítalo A.. História e doença: a partitura oculta. (A lepra em São Paulo, 1904-1940). In: RIBEIRO, Renato Janine (org.). **Recordar Foucault**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1985 (p.140).

¹⁶⁰ Idem., p.142.

¹⁶¹ GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit., p.54-56.

¹⁶² Idem., p.81.

empipocado, grosso acinzentado ou avermelhado; pele áspera, com chagas a vista, cascuda, grossa e escura ou branca intumescida; pés deteriorados, sem dedos, inchados e feridos; mãos igualmente sem dedos e pele, com a carne a mostra, cheia de feridas e lesões; dedos, quando existem, curvos, grossos e secos, podendo, inclusive, serem arrancados do corpo, propositadamente ou não, e arremessados. Mal hábito, mal cheiro e uma voz rouca e desagradável.

Essa descrição corresponde a representação que se fazia do leproso desde o princípio da Idade Média. Tem pouco a ver com a doença propriamente dita e muito com o medo e a repulsa que esta desfrutou no Ocidente. Mesmo bastante combatida, ainda na atualidade, esporadicamente demonstra algum vigor. Mais do que o contágio ou a transmissão da lepra temia-se o resultado que esta poderia ocasionar.

Face a face com a doença, esta revelou um dos seus aspectos que logrou-se fixar com mais força em quase todas as épocas e culturas e nos mais variados lugares; a repugnância para com a aparência dos enfermos. Lepra; doença “feia”, “hedionda” que contraria a “beleza das formas” e a “integridade física”, em franco desacordo com os cânones do código estético. A concepção em torno da enfermidade se ligava culturalmente a esses fatores e a sensação de desgosto e ojeriza ocasionados por estes, provinha, então, da desfiguração dos “mais nobres traços divinos da face e do corpo”.

Neste contexto, explicaria-se o surgimento do vocábulo “morfético” como sinônimo de lepra na Europa do século XI. Etimologicamente, este deriva da palavra grega “morphé” que significaria forma. Este passou a referir-se a doença pela alteração que esta provoca nos seus acometidos. Morféticos: aquele cujas formas, mãos, pés e face descaracterizavam-se como resultante da doença. E as deformidades físicas tornaram-se profundamente associadas às representações que se elaborou sobre a lepra. Erving Goffman fornece um bom exemplo:

“Uma paciente um tanto sofisticada que tinha o rosto coberto de cicatrizes devido a um tratamento de beleza achava eficaz dizer, de maneira engraçada, ao entrar num lugar cheio de pessoas, ‘Desculpem, por favor, este caso de lepra.’”¹⁶³

¹⁶³ GOFFMAN, Erving. Op. Cit., p.129.

Em todos os povos, em todas as partes do mundo, as culturas geralmente se alicerçam a partir das representações do “corpo perfeito”, belo, saudável e íntegro. Embora possam existir exceções e as concepções de beleza variem muito no tempo e espaço, quase sempre é a concepção de corpo funcional que predomina, dentro de parâmetros de beleza socialmente conhecidos e compartilhados. Gandra Júnior observa que a figura clássica que se cunhou do leproso contraria noções fundamentais e universais em todas as culturas, explicando, assim, porque, por toda parte, forjaram-se comportamentos específicos bastante semelhantes para ele, ou seja, a estigmatização e a segregação social.

“Acreditamos, portanto, que o estigma, associado às categorias ‘lepra’ e ‘leproso’ nas várias culturas de que se tem notícia, só poderia ser explicado pela negação da integridade física; não só funcional, mas principalmente da forma humana – fatores fundamentais, em qualquer sistema cultural, pois nêles reside a identificação e a caracterização dos seres que compõem uma dada sociedade.”¹⁶⁴ (sic)

Alguns autores especulam que as condutas mundialmente semelhantes tomadas com relação a lepra, teriam uma só origem, isto é, surgido num único local, um antigo centro de endemia e daí se difundido. Outros atribuem exclusivamente à Bíblia e ao cristianismo¹⁶⁵. A primeira hipótese parece controversa e a segunda insuficiente. A origem estética, reforçada no caso do Ocidente pelo “peso” religioso, inspira mais confiança.

Da Grécia antiga ao Brasil do século XIX e XX o pavor infundido pela figura do leproso já é há muito conhecido. Um medo cultural mas também estético.

“A descrição mais antiga na Grécia de uma doença que indiscutivelmente era hanseníase foi feita por um médico atuante por volta do ano 150 a. C.. Chamava-se Aretaeus e denominou a doença de elefantíase, talvez porque a pele espessada dos afetados sugeria a pele de elefante, ou porque suas feições inchadas e desfiguradas causavam medo nos outros da mesma forma que os elefantes de Aníbal, general cartaginês, despertavam pavor nos soldados inimigos cerca de 200 anos antes de Cristo. (...) Aretaeus escreveu sobre seus pacientes que sofriam de elefantíase: ‘Sendo assim sua condição, quem evita de fugir deles? Quem não fugirá, mesmo sendo seu pai ou seu próprio irmão? Muitos, por esta razão, levam seus antes queridos à solidão ou às montanhas. Alguns são mantidos sem fome durante algum tempo, outros nem fazem isto, querendo a sua morte.’¹⁶⁶

¹⁶⁴ GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. Op. Cit., p.121.

¹⁶⁵ Idem., p.68.

¹⁶⁶ JOPLING, Willian H. Op. Cit., p.06.

“A physionomia do leproso infundia, com effeito, terror: encontravam nella os traços de um animal terrível, o leão. Semelhante transfiguração do homem dava logar a graves conjecturas sobre a origem, sobre a verdadeira causa de tamanha desgraça. A imaginação apoderou-se do facto, emprestou-lhes as mais feias côres, e deu-lhe uma interpretação sinistra.”(sic)¹⁶⁷

“A figura andeja, passando em silêncio, aparentemente conformada aos olhares furtivos e amedrontados dos adultos pelas venezianas e vidraças entreabertas e à correria desabalada das crianças, fugindo à sua passagem, povoou a mente de gerações, ora aterrorizando, ora infundindo rasgos de piedade”.¹⁶⁸

Estigma e segregação social mostraram-se, então, duas faces da mesma moeda na lida com a lepra. O medo foi o elemento que possibilitou o surgimento, a junção a fundição dos comportamentos para com a doença. Estabelecido o estigma, por extensão, instituía-se a segregação social. Estigmatizar e segregar, até bem pouco tempo, constituiu-se na profilaxia da lepra.

¹⁶⁷ MAGALHÃES, José Lourenço de. Op. Cit., p.53.

¹⁶⁸ GOMIDE, Leila Regina Scalia. Op. Cit., p.12/13.

CAPÍTULO II

“CHAMARIZES DO INFERNO”: o isolamento como profilaxia da Lepra no Brasil

2.1 A Lepra no Brasil

Os conhecimentos atuais acerca do local e época em que teria surgido a hanseníase são ainda muito precários e insuficientes. Se é natural da África, do Egito, especificamente do Vale do Nilo, donde inclusive, alguns já especulam ser ela importada da região central daquele continente, ou da Ásia, da Índia no Vale dos Ganges, ou da China, são questões para as quais não se tem confirmação. No entanto, a hipótese de que seria autóctone de várias localidades distintas, isto é, originária ou natural de várias regiões diferentes, como, Ásia e África, é completamente abandonada, pois se assim o fosse, haveria “agentes etiológicos” da doença, e estes deveriam apresentar entre si significativas diferenças, o que não ocorre com a hanseníase que apresenta apenas um, sempre com as mesmas características; o **Mycobacterium leprae**. Logo, como microorganismo parasitário que é, provavelmente originou-se em um único local, do qual teria se difundido, muito provavelmente, acompanhando o próprio homem desde os mais antigos movimentos migratórios¹.

As referências documentais mais antigas sobre hanseníase remontam a Índia, onde são encontrados no livro **Susruth Samhita**, que data de 600 a . C., descrições de sinais, sintomas e formas da doença². Da Índia a doença teria se estendido para a China e Japão. O mais antigo tratado médico chinês, o **Nei Ching**, escrito por volta de 300 a . C. já abordava a doença com mais propriedade, aprofundando-se nas descrições de vários aspectos³. Acredita-se ser o discípulo de Confúcio, de nome **Pai-niu**, que viveu no século V a . C., o primeiro caso registrado da doença na história. Nesta época, na China, a doença se chamava “**Li**”⁴.

As hipóteses de que múmias egípcias pudessem revelar indícios mais remotos de hanseníase não se confirmaram. As escavações paleopatológicas encontraram sinais da doença apenas em múmias do século II a. C.⁵.

¹ JOPLING, William H. Meditações sobre Hanseníase. (Trad. Alicia Muller) In: **Jornal do MORHAN**. 1.º Trimestre, 1983 (p.06).

² CLARO, Lenita B. Lorena. **Hanseníase: representações sobre a doença** Rio de Janeiro, Editor Fiocruz, 1995 (p. 12).

³ Idem., p.12.

⁴ JOPLING, William. H. Op. Cit., p.06.

⁵ Idem., p.06.

Na Europa a doença chegou, provavelmente no século IV a.C., inicialmente na Grécia, trazida por soldados dos conquistadores persas Darius e Xerxes ou proveniente do regresso de tropas de Alexandre, o Grande, das guerras gregas de conquistas na Ásia⁶.

Na Grécia a descrição mais antiga de uma doença que indiscutivelmente era hanseníase data de 150 a. C.. Realizada por um médico atuante chamado Aretaeus, nesta ele a teria denominado de **elefantíase**, talvez aludindo-se a pele espessada dos acometidos que sugeria a dos elefantes, ou então, por causa das feições inchadas e desfiguradas que despertavam nas pessoas um medo semelhante ao provocado pelos elefantes do general cartaginês Aníbal em seus inimigos em guerras ocorridas 200 a . C.. A partir da Grécia, a doença difundiu-se pela Europa tornando-se neste continente conhecida como **elefantíase-dos-gregos**⁷.

Posteriormente as conquistas romanas sobre a Europa contribuiriam decisivamente para a disseminação da doença que atingiu seu ápice nos séculos XI, XII e XIII, época em que chegou a existir neste continente 19.000 leprosários⁸. Na região das Gálias, a doença é, no mínimo, anterior ao século VI, época em que já se registrava a construção das primeiras leprosarias ou leprosários. Na Espanha, ela era endêmica nos séculos VIII e IX. Em Portugal, a doença é antiga remontando ao período anterior a Formação do Estado Nacional (1139) sendo as mais antigas referências documentais dos anos de 950, 968 e 1107⁹.

A hanseníase foi introduzida na América pelos colonizadores europeus. Ingleses, franceses, holandeses, espanhóis e portugueses trouxeram inúmeras doenças que provocaram diversos surtos epidêmicos responsáveis por chacinas que causaram verdadeiras catástrofes demográficas. Um missionário alemão escreveu no final do século XVII: “Os índios morrem tão facilmente que só a visão ou o cheiro de um espanhol os fazem passar deste para o outro mundo”¹⁰. Sarampo, gripe, varíola, tifo,

⁶ CLARO, Lenita B. Lorena. Op. Cit., p.12.

⁷ JOPLING, William H. Op. Cit. p.06.

⁸ FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo, Editora Perspectiva, 6ª edição, 2000(p.03).

⁹ Em Portugal, os leprosários eram mais conhecidos como gafarias. Conforme já citado neste trabalho(Capítulo I, item 1.3), a lepra não poupava nem mesmo a Casa Real Lusitana, onde teria acometido cinco vítimas. Cf. PINA, Luís de. Gafarias. In: SEERÃO, Joel. (org.)**Dicionário de História de Portugal**. Porto, Iniciativas Editoriais/Livraria Figueirinhas, Vol. II, 1963-1971(pp. 315-317).

¹⁰ CROSBY Jr.; A. N. The Columbia exchange. Apud: FERRO, Marc. **História das colonizações**. São Paulo, Cia das Letras, 1996(p.220).

malária e outras, eram doenças epidêmicas na Europa com as quais os índios não estavam acostumados e para as quais não apresentavam reações de imunização¹¹.

Mesmo constituindo-se mais um dos legados da colonização européia, é preciso salientar que a hanseníase não é uma doença mortal. Dada esta característica, milenarmente conhecida, dificilmente fala-se em epidemia de hanseníase, mais sim, em endemia. A “conveniência” de servir como arma de extermínio numa espécie de “guerra bacteriológica” a hanseníase não possui¹².

No Brasil, a doença chegou através da colonização, notadamente a portuguesa. Aleixo Guerra aponta o ano de 1496 como a data do desembarque literal da doença no país. Literal porque foi o mar a via pela qual a doença aportou no continente americano. Portanto, quatro anos antes da chegada ao Brasil da frota de Pedro Álvares Cabral:

“Não resta hoje dúvida que os portugueses introduziram a lepra no Brasil em 1496 como a tinham introduzido na Madeira...”¹³.

¹¹ Idem., p.219-221.

¹² Registra-se apenas a existência de um caso em que a doença chegou a tomar aspectos epidêmicos. Refere-se a atual República de Nauru, uma das ilhas da Micronésia no oceano Pacífico, considerada a menor república do mundo. A ilha possui uma superfície de 21,3 Km e uma população de 11 mil habitantes (em 1998) e uma das maiores rendas per capita mundiais, proporcionadas pelas suas ricas jazidas de fosfato, sendo assim, produtora de adubos de importância vital para a agricultura da Austrália, Nova Zelândia e Japão.

A colonização européia em Nauru começou no início do século XIX após ser encontrada em 1798 pelo inglês John Fearn. Até sua independência da Austrália em 1968, consumada por mandato da ONU, foi ainda anexada pela Alemanha em 1888 e tomada pela Austrália em 1914, invadida pelo Japão em 1942 e em 1947, após a derrota japonesa na 2ª guerra mundial, ficou entregue ao domínio conjunto da Inglaterra, Nova Zelândia e Austrália até 1968.

Em Nauru não havia nenhum caso registrado de hanseníase até 1912, quando ocorreu a primeira notificação. Em 1920 já havia quatro casos conhecidos. Quatro anos depois 24% da população da ilha encontrava-se infectada. A partir de 1927 a doença começou a declinar. Em 1952 registrava-se uma incidência de 4% e em 1981 em apenas 1% da população C.F.MONTEIRO, Yara Nogueira. **Da maldição divina a exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. (Doutorado em História), São Paulo, FFLCH/USP, 1995 (p.122).

¹³ GUERRA, Aleixo. A Lepra em Portugal. Tese do Porto, 1900 (p.25). Apud: SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. História da Legislação Antileprosa da América do Sul no período colonial. In: Revista Brasileira de Medicina. Vol.18, n.º 02, 1961 (pp. 199-126).

Provavelmente o autor está se referindo a expedição de Duarte Pacheco Pereira que estava no Brasil por volta de 1498, por ordem do rei Dom Manuel I. Navegadores espanhóis percorreram o litoral da América do Sul antes e depois de 1496. Entre os mais conhecidos pode-se citar: Alonso de Hojeda (1499), Diego de Lepe (1499) e Vicent Pinzon (1499). Todos estes estiveram no litoral norte do Brasil. Não foi possível localizar a referida expedição de 1496. para detalhes ver: REIS, Liana Maria et alli. Descobrimento do Brasil. In: **Dicionário Histórico do Brasil: Colônia e Império**. Belo Horizonte, Editora Dimensão, 1998 (pp.41-42).

Não se discute mais a possibilidade dos índios brasileiros já conhecerem a hanseníase antes da chegada dos europeus. Definitivamente a doença não é de origem americana. Portugueses, espanhóis, franceses, ingleses e holandeses serviram como elo de transmissão da hanseníase até o continente americano. O único ponto que permanece controverso diz respeito à contribuição ou não dos africanos:

“Quando o Brasil foi descoberto os nossos aborígenes não sofriam de lepra. Este flagelo foi trazido pelos europeus e africanos. De 1500 as 1591 foram importados 50.000 escravos negros (Nina Rodrigues) e a eles se deve a disseminação do mal. Em 1798, dos 3,4 milhões de habitantes do País, 61% eram africanos e durante mais de um século 70 a 75% dos leprosos hospitalizados eram negros ou mulatos”¹⁴(sic)

Aqueles que defendem a idéia da não contribuição africana, como Juliano Moreira e Flávio Maurano, argumentavam que a importação dos escravos era precedida por exames tanto nos portos de partida da África quanto nos de chegada à América. Além disso, não se deve esquecer que embarcar “negros infectos” constituía uma possibilidade significativa de não conseguir vendê-los na América. Prejuízo quase certo, que os traficantes, seguramente, não desejavam arriscar. Assim, as inspeções realizadas nos escravos, conjugadas com as restrições de mercado teriam possuído o efeito inibidor de possibilitar a vinda de cativos doentes de hanseníase para o Brasil.

“Porém o argumento mais poderoso, a nosso ver, que pode negar a possibilidade da introdução da lepra pelos africanos em nosso território (refere-se ao Brasil), é o da dificuldade de negociação de escravos acometidos de lepra, moléstia que deforma a vítima e repugna pelo seu aspecto. É de se crer que aqueles negociantes jamais adquirissem tão perigosos serviços, por mais baixos que fossem seus preços. Os escravos, chegados aos pontos ficavam expostos à venda, eram geralmente examinados cuidadosamente pelos interessados”¹⁵.

No entanto, longe dos extremismos dessas duas posições é preciso ater-se a dois relevantes aspectos. Primeiro, dados as condições peculiares da hanseníase, isto é, longo período de incubação, é possível que algum escravo já infectado e que ainda não apresentasse sintomas inconfundíveis da doença não fosse barrado pelos exames

¹⁴ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. Op. Cit., p.119.

¹⁵ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. **História da Lepra no Brasil: período colonial e monárquico(1500-1889)**. Vol. I, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1946(p.11-12),

então realizados. A doença em estágio inicial não seria tão facilmente diagnosticada na época, permitindo assim, o ingresso de escravos com hanseníase no país.

Segundo, atribuir unicamente aos africanos a responsabilidade pela “disseminação do mal” no Brasil é uma atitude insensata. Sabe-se que a África do norte é região endêmica desde a Antigüidade. Mas os africanos trazidos para o Brasil com o objetivo de aqui constituírem mão-de-obra escrava não vieram para América por livre e espontânea vontade, não sendo, inclusive, convidados. Capturados e removidos a força, integravam a contragosto o plantel de cativos arrancados com violência de sua terra e incluídos forçosamente numa outra sociedade que lhes reservava de imediato, logo no desembarque, uma indesejável condição de submissão.

Assim, mesmo que cada um dos bacilos de hansen, **mycobacterium leprae**, aportados no Brasil fossem de origem africanos, aos europeus ainda deve-se continuar atribuindo a responsabilidade pela chegada da doença no país, pois, neste caso, haveria sido fruto de exames pouco rigorosos e inadequados, além da incompetência de ofício dos traficantes e senhores que não entenderiam muito de “lepra”.

Por último, é necessário assinalar que exames e inspeções não eram procedimentos aplicados a todos àqueles que chegavam à América. Enquanto os africanos eram freqüentemente submetidos a revistas minuciosas o mesmo não acontecia com os europeus que, dado essa dispensa, tornavam-se então candidatos prováveis, “favoritos”, a serem responsabilizados pela introdução e disseminação da doença no continente americano, principalmente pelo fato de procederem na época, séculos XV a XVII, notadamente os portugueses e espanhóis, de uma região com alta endemicidade.

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

Juliano Moreira, defensor da proposição da não responsabilidade africana na configuração do quadro endêmico brasileiro, baseando-se em autores que percorreram a África, respondia a polêmica da seguinte forma:

“Por consequência de tudo isso que vejo, digo que o mais razoável de se afirmar é que os portugueses e os Espanhóis foram os introdutores principais da lepra no Brasil, e que os negros importados da África constituíram-se em grande parte das vítimas deste terrível mal.”¹⁶

A mesma opinião, pode ser encontrada recentemente em Jopling que faz a seguinte afirmação:

“Na minha opinião, em termos análogos, é uma doença mais recente na África, ao sul do deserto do Saara, tendo sido trazida por colonos portugueses em Angola e Moçambique e provavelmente por comerciantes de escravos árabes do norte da África.”¹⁷

O motivo que torna necessário lembrar deste fato é simples. A maioria dos escravos brasileiros de origem africana era proveniente da referida região sul do continente, de lugares como Angola, Moçambique, Costa da Mina, Guiné e outras.

Porém, ainda mais recente do que a introdução da doença na América foi sua chegada na Austrália e ilhas do Pacífico, onde acredita-se ter sido levada por imigrantes chineses e europeus, estabelecendo-se e difundindo-se rapidamente na segunda metade do século XIX¹⁸.

Uma vez no Brasil a hanseníase logo iria difundir-se acompanhando os movimentos migratórios introduzidos pela colonização. As cidades litorâneas que funcionavam como centros comerciais e portos de importância estratégica foram as primeiras a registrar a preocupação com a doença. As carências documentais não permitem reconstruir o caminho que a doença teria percorrido desde sua chegada até o século XVII, quando se registram as primeiras queixas, pedidos de providência e fundação de hospitais, ou asilos, para os leprosos.

Uma das iniciativas pioneiras foi o “Campo dos Lázaros”, já existente em Salvador desde 1640, que se caracterizava como um lugarejo destinado a receber os “morféticos” sem nenhuma estrutura e mantido por particulares através da caridade, semelhante ao “Vale dos Leprosos” do épico Bem-Hur.

No Rio de Janeiro existiam inúmeros doentes já no século XVII, chegando-se a constituírem motivo de “preocupação” para as autoridades locais. Data de 1697 uma tentativa sem êxito de se fundar um lazareto na cidade por parte do Senado da

¹⁶ MOREIRA, Juliano. Apud: Idem., p.11.

¹⁷ JOPLING, William H. Op. Cit., p.06.

¹⁸ Idem, p.06.

Câmara municipal e do governador e capitão general Artur de Sá e Menezes. O rei de Portugal, D. Pedro II, o pacífico, terminou por inviabilizar o dito hospital ao impor uma condição em troca da autorização real para sua abertura. A Câmara Municipal deveria responsabilizar-se pelo custeio do estabelecimento, o que foi prontamente recusado, apesar das inúmeras queixas enviadas a Lisboa reclamando sobre a situação “*tan inficcional de Lázarus*” de São Sebastião do Rio de Janeiro e da assinalada urgência de um lazareto na cidade¹⁹.

Em Recife, porto estratégico, dado a maior proximidade da metrópole portuguesa, a hanseníase já era bastante difundida desde o início do século XVIII, sendo nesta cidade fundado por volta de 1714 o primeiro “*Asylo para leprosos*” do Brasil, semelhante a uma casa de Expostos:

*“(…) No Recife, em 1714, foi fundado o primeiro Asylo para leprosos. Esse Asylo, que teve por criador o Padre Antonio Manoel e por sede a sua própria casa, era situado na rua Nunes Machado, no local onde se acha hoje (setembro de 1933) o colégio São José. Conta o prof. Octávio de Freitas, (...) que o Padre Antonio Manoel ‘trouxe da povoação de Nossa Senhora do Ó alguns pobres lázaros, que vira pelos campos como brutos e os recolhera em sua casa no mesmo bairro’ ”.*²⁰ (sic)

Quarenta e quatro anos depois da tentativa frustrada de se edificar na cidade do Rio de Janeiro um lazareto, o rei de Portugal, Dom João V, autorizou o então governador e capitão general Gomes Freire de Andrade, I Conde de Bobadela, através da Carta Régia de 03/02/1741 a fundar o dito estabelecimento da forma que julgasse mais conveniente. Este o mandou construir com recursos próprios em caráter de emergência no lugar denominado Colina de São Cristóvão, um asilo para leprosos, inaugurando-o no dia 07/08/1741.

Este asilo carioca constituía-se numa área afastada da cidade onde foram edificadas algumas casinhas e choupanas paupérrimas para “abrigar” os leprosos objetivando cessar o incômodo trânsito de “morféticos” no centro do Rio de Janeiro. Em 1763, com a morte de Gomes Freire de Andrade, e quatro anos após a expulsão dos jesuítas do Brasil, o Bispo Dom Antônio do Desterro (1764-1773) solicitou ao rei de Portugal, Dom José I, a doação da Casa dos Jesuítas de São Cristóvão, antes convento, para sedear o Hospital para os leprosos que se queira fundar. Com a

¹⁹ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. Op. Cit, pp.19-25.

²⁰ Idem., p.109.

autorização do rei e a aceitação por parte da Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária em administrar o estabelecimento, os 52 morféticos existentes no asilo do Conde Bobadela foram transferidos para dentro do antigo convento dos jesuítas dando origem ao Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro. Este mesmo estabelecimento ainda seria denominado posteriormente de: Imperial Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro e Hospital Frei Antônio, a partir de 1941, em homenagem ao Bispo Dom Antônio do Desterro²¹.

Em Salvador, a 21/08/1787 inaugurou-se o Hospital São Cristóvão dos Lázaros da Bahia na Quinta dos Jesuítas, para onde foram removidos os doentes que se encontravam no “Campos dos Lázaros”. Em Pernambuco o Hospital dos Lázaros de Recife foi inaugurado em novembro de 1789 para onde foram levados os doentes do “Asylo de Leprosos” do Padre Antônio Manoel.

Em São Paulo, os primeiros hospitais para leprosos remontam ao início do século XIX. Em 1802 o governo doou um terreno para Santa Casa de Misericórdia da Capital, denominado Chácara da Olaria, onde se iniciou a construção do primeiro hospital do gênero da então capitania. A conclusão das obras ocorreu em 1820, ficando conhecido o estabelecimento como o Hospital da Luz, tendo funcionado em precaríssimas condições até 1904 quando foi fechado²².

No interior de São Paulo, o mais antigo hospital é o da cidade de Itu. Erguido em 1806 pelo padre Antônio Pacheco da Silva em uma chácara de sua propriedade. Este hospital tornar-se-ia famoso pela atuação nele desenvolvida pelo seu diretor, a partir de 1867, o padre Bento Dias Pacheco. Em Campinas foi criado um asilo para doentes em 1863²³.

Em Piracicaba a conclusão das obras do asilo postergaram-se demais. Quando concluída em 1880 já não havia mais leprosos naquela cidade para serem “abrigados” no recém-construído estabelecimento. A população local, temerosa de ser “inficcionadas” pelo hediondo mal, encarregou-se de afugentar e expulsar os morféticos que pelas ruas esmolavam. O asilo foi entregue a Câmara Municipal sem internos, ou seja, um Asilo de Leprosos sem leprosos.

²¹ Para mais detalhes ver: Idem, p.32/Est04 e pp.58-94.

²² MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.83-88.

²³ Idem, p.94.

O primeiro hospital da região norte foi o de Belém do Pará inaugurado em 1815 no bairro Tocunduba, construído pela Santa Casa de Misericórdia daquela cidade. Na capital do Maranhão providenciou-se um asilo para os leprosos que teve seu funcionamento em 07/07/1833. Este ficava localizado atrás do antigo cemitério da Irmandade da Misericórdia, na rua do Passeio:

“Finalmente, sendo estabelecido o mesmo hospital (refere-se ao asilo de São Luís) com o número de 28 doentes como já disse, tem-se ali conservado esse número com pequenas alterações para mais ou para menos em consequência de falecimentos de uns e entradas de outros, existindo em 1880-33 e em 1881-35 doentes.”²⁴

Em Cuiabá, o primeiro leprosário de Mato Grosso e região data de 1816, com o nome de Hospital de São João dos Lázaros, possibilitado e viabilizado graças a uma herança deixada por Manoel Fernandes Guimarães que destinou para tal obra metade de seus bens.

Em Minas Gerais, a introdução e disseminação da doença provavelmente remonta ao início do Ciclo do Ouro, isto é, séculos XVII e XVIII. Antônio Francisco Lisboa (1738-1814), o Aleijadinho, portador de hanseníase, já apresentava sintomas da doença por volta de 1778 aos 40 anos de idade²⁵. A iniciativa mais antiga para com os leprosos na região data de 1771, quando por intermédio de particulares, através de caridade, fundou-se na Serra da Caraça um asilo para abrigo dos doentes que ficou conhecido como Hospital de Nossa Senhora da Mãe dos Homens.

No entanto, um estabelecimento maior foi construído em Sabará e inaugurado em 31/03/1883. Este, similar ao que ocorrera em Cuiabá, também foi proporcionado e viabilizado por uma herança particular, deixada para este fim. O Capitão português Antônio de Abreu Guimarães, enriquecido durante o período que residiu na Capitania de Minas Gerais, ao regressar para Portugal em 1787, doou tudo que possuía no município de Sabará em “benefício da educação, assistência e saúde públicas”. A herança ficou sob a administração do sobrinho do capitão que não conseguiu executar

²⁴ MAGALHÃES, José Lourenço de. Op. Cit., p.75.

²⁵ Sobre Aleijadinho ver: FURTADO. Tancredo A . **O Aleijadinho e a Medicina**. Belo Horizonte, Centro de Estudos Mineiros/UFMG, 1970.; GUSMÃO, Marcos. O mal do mestre. In: **Veja**. Editora Abril, São Paulo, nº 31, edição 1539, 25/03/1998 (p.68).; SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. Op. Cit., p.133/134.

até a sua morte em 05/04/1807, as vontades do tio expressas em testamento. O início das obras ocorrera no ano de 1843 e a conclusão em 1883 quando foi inaugurado²⁶.

Assim, até 1883 o Brasil já enumerava 12 cidades que possuíam asilo/hospital para os leprosos, são elas: Salvador (1640/1787); Recife (1714/1798); Rio de Janeiro (1741/1763); Santa Bárbara/MG (1771); São Paulo (1802); Itu (1806); Belém (1815); Cuiabá (1816); São Luís (1833); Campinas (1863); Piracicaba (1880) e Sabará (1883). Pode-se verificar através da fundação destas instituições como a endemia se difundiu no país até finais do século XIX.

Embora se tenha utilizado neste texto a parelha asilo/Hospital é preciso salientar que se procurou conservar a denominação original de época, isto é, aquela pela qual os referidos estabelecimentos ficaram conhecidos e se encontra expressa nas fontes. Em Minas Gerais, o Hospital de Nossa Senhora da Mãe dos Homens encontra-se freqüentemente citado como Asilo da Serra da Caraça²⁷. A “confusão” tem fundamento. Não havia até o século XX, principalmente com relação a lepra, critérios definidos para diferenciar as instituições. Asilo e Hospital figuravam com ampla sinonímia. Os dois apresentavam diversas características em comum.

Souza-Araújo afirma em seu livro¹⁶²⁸ que o hospital dos lázaros do rio de janeiro trata-se do primeiro do gênero dedicado aos leprosos no Brasil. Desta forma, não considera como Hospital as iniciativas da Bahia de 1640, denominada “Campo dos Lázaros”, e o “Asylo de Leprosos” do Padre Antônio Manoel em Recife de 1714.

Como não há, na sua obra anteriormente referida, explicitada nenhum critério para tal distinção, fica subentendida uma predileção exacerbada pela iniciativa carioca, principalmente, quando retroage 22 anos a data da fundação do Hospital do

²⁶ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. Op. Cit., pp.133-134 e 532.

²⁷ Segundo José Lourenço de Magalhães (p.67) esse asilo foi convertido em “Casa de Educação”. Embora ele não faça menção, provavelmente está se referindo ao renomado Colégio do Caraça, inaugurado em 1821, no município de Santa Bárbara/MG, administrado pelos padres “lazaristas”, também conhecidos por “vicentinos”, clérigos regulares pertencentes à Congregação dos Padres da Missão, fundada em 1625 por São Vicente de Paula.

Não é fácil precisar a data a partir da qual o Colégio do caraça teria adquirido seu renome. Talvez a ausência de uma referência explícita ao colégio secundarista do Caraça se explique pelo fato deste ainda não ser afamado na época em que Magalhães publicou o seu livro, isto é, em 1882.

Um último esclarecimento diz respeito ao termo “lazaristas”. Este não se relaciona a lepra. Em 1632 a Congregação de São Vicente de Paula se estabeleceu no Colégio de São Lázaro de Paris, o que terminou por dar origem ao termo.

²⁸ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. Op. Cit., pp.35/49.

Rio de Janeiro, nela incluindo o período de duração do “Asylo do Conde Babadela” na idade daquela instituição. Se este procedimento for aplicado aos demais estabelecimentos, o primeiro do gênero no país seria o da Bahia, que recuaria até o ano de 1640. Ele mesmo declara em seu livro que em documentos do próprio hospital do Rio datava-se a fundação do estabelecimento em 1763 e não em 1741.

“O Vice-rei Conde de Babadela creou no bairro de São Christóvão, então quasi deserto, um asylo para os infelizes morpheticos, não só para desvial-os do centro da cidade e do contacto da população, como para prestar-lhes a alimentação que a hediondez da enfermidade, lhes tornava de difícil aquisição. Este asylo, porém limitava-se a umas insignificantes choupanas, que mal abrigavam os infelizes asylados das intempéries das estações, e era dirigido por alguns donatos de convento dos religiosos Franciscanos, e servido por alguns escravos e escravas condemnados, se retiravão da cadeia para esse fim, sendo a manutenção de todo o pessoal feita a expensas do bolsinho particular do mesmo vice-rei.”²⁹(sic)

Conforme se pode observar no trecho acima, a iniciativa de Gomes Freire de Andrade no Rio de Janeiro não se diferencia do que foi realizado na Bahia em 1640 e em Recife em 1714. O critério utilizado por Souza-Araújo para eleger apenas a iniciativa carioca como hospital não é por ele declarada.

“O Conde de Bobadella com grande caridade mandou pôr huma grande parte destes lastimosos empestados no sitio de Sam Christóvão, distante este meia Legua desta cidade, e alli lhe estabelece Enfermeiro, e com as suas esmolos os Sustentava. (...) Pessoalmente fui examinar o sitio de Sam Christóvão, que os cinquenta e dois Leprosos se acham, e alli vi que ocupavão humas pobríssimas Cazinhas, ou choupanas, e estas arruinadas. Vi que estavam assistidos por trez Enfermeiros Donatos dos Religiozos de Santo Antônio, e que estes com grande amor de Deos lhe assistião, ajudados somente de algumas Negras, que por crimes graves forão mandadas das Cadeias para aquelle mistério. (...) Pelo que direi o remédio que se pode aplicar para que todos estes Leprosos se separem da Cidade, afim de que se não multiplique o mal, como presentemente succede. No mesmo Destricto de Sam Christovão, e pouco distante do Sitio aonde presentemente estão os Lázaros há huma Caza muito própria para Hospital delles. Foi esta Caza dos Jesuítas, e he presentemente de Sua Magestade; não rende, nem pode render coiza alguma, e está desabitada, e por esta cauza arruinando-se; tem bom commodo para cem Enfermos, e boa ordem para se lhe poderem fazer divizões, e serventias diversas para homens, e mulheres: tem Capella no centro do edificio, e está à borda d’agua para comodidade da sua Serventia; tem hum rio d’agua doce pela porta para o remédio dos banhos; tem grande chão para horta, o que também lhe he necessário; e muito bom território para o pasto das vacas de leite; e está em hum alto lavado de todos os

²⁹ Idem., pp.37/38.

ventos; não tem passagem alguma por nenhum dos seus lados e em fim parece que foi esta Caza feita de propozito para o ministério, em que a pretendo empregar.(sic)”³⁰

Essa discussão acerca da data de fundação do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro objetiva demonstrar que obras consideradas “clássicas” como a de Souza-Araújo também encerram contradições e, da mesma forma que todos os outros textos, são permeados pela subjetividade dos seus autores.

Se o início do estabelecimento do Rio data de 1741 ou 1763 é, neste caso, uma questão secundária. Até porquê, conservando-se as denominações de época, efetivamente é ele mesmo o primeiro a receber o qualificativo de “Hospital” em 1763, não necessitando, portanto, de retroagir sua idade 22 anos, isto é, até o início do funcionamento do “Asylo do Conde Bobadela” em 1741, apesar de que, é sempre bom reafirmar, ele em quase nada se diferenciava das suas iniciativas que lhe precederam. Para José Lourenço de Magalhães o “Hospital da Corte” era o único em 1882 digno de tal reputação:

“Hospital de Lázaros da Corte – Este hospital apresenta a quem o visita os cuidados de rigoroso asseio. Dos hospitais para morféticos é o único que tal qualificação merece. (...) Os doentes de um e outro sexo occupam pavimentos diferentes. A alimentação, si bem que não seja a mais rigorosamente adaptada a semelhante moléstia, é contudo abundante e de boa qualidade. Devido a consideráveis accrescimos feitos há sete annos, na esperança de que o hospital viria a receber muito maior numero de doentes, o que aliás não tem succedido, proporciona espaço para numero quatro ou cinco vezes superior ao dos morféticos que habitualmente o freqüentam. Si se tratasse de hospital para outras enfermidades, eu não opporia objecção alguma; sendo, porém, para morféticos, penso que o imperial hospital de Lázaros da Corte não satisfaz as verdadeiras condições hygienicas e clinicas.”³¹(sic)

Contudo, faz-se necessário deslindar o caminho, as interpretações e análises construídas pelo autor, sempre contextualizando-o de acordo com sua época e sua biografia. Assim, o arranjo utilizado por Souza-Araújo, com relação ao Hospital do Rio, deve ser explicitado para que nele não se agregue nenhuma acepção de “verdade científica”. O mesmo pode-se dizer da questão dos cativos africanos, os quais responsabiliza pela introdução e disseminação da hanseníase no Brasil. Neste trabalho quer se discordar taxativamente desta proposição.

³⁰ Idem., ibidem., p.55.

³¹ MAGALHÃES, José Lourenço de. Op. Cit., pp.65/66.

Desta forma, todas as iniciativas referidas neste texto, incluindo o “Asylo do Conde Bobadela” de 1741³², apresentam as mesmas características, isto é, remontam ao modelo do hospital existente desde a Idade Média até o século XVIII:

“Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de reparação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo-religioso ou leigo que estava no hospital para fazer”. uma”. obra de caridade que lhe assegurasse a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada a função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.”³³

Neste trecho, Foucault penetrando pelo interior do hospital medieval e renascentista descreve como estas instituições, que aparece aos olhos do século XX tão imbricadamente imbuída de cunho profilático, revela-se, em sua origem, atrelada a outras implicações nada médicas, mas sim religiosas, caritativas e objetivando salvar os “sãos” do possível “contacto” com “entes perigosos” para o convívio social.

Desta forma, pelo que Foucault demonstra, a iniciativa carioca encontra-se perfeitamente cabível dentro dos parâmetros habituais do que se praticava com os leprosos até o século XVIII, isto é, o hospital excludor. Portanto não se encontra justificativa para a diferenciação estabelecida por Souza-Araújo. O único critério que parece ser implicitamente utilizado para desqualificar os asilos anteriores ao do Rio de Janeiro é o fato da não existência da figura do mantenedor, firmado em compromisso, seja este religioso ou estatal, sendo apenas custeados de forma bastante irregular através da caridade, aliás, o que também ocorria com o “Asylo do Conde Bobadela”. A orientar-se pelo critério da existência definida e firmada em

³² SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. Op. Cit., p.66.

³³FOUCAULT, Michel. O Nascimento do Hospital. In:-----**Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 15ª edição, 2000 (pp.101/102).

compromisso da figura do mantenedor, o primeiro estabelecimento para leprosos no Brasil seria o Asilo de Campinas/SP de 1863, custeado pela Câmara Municipal daquela cidade³⁴.

Assim, dada a carência documental, utiliza-se a construção dos primeiros para leprosos como indicador da disseminação da doença pelo território brasileiro. Com exceção de Minas Gerais e São Paulo observa-se que a doença primeiro instalou-se nas regiões litorâneas e só depois difundiu-se pelo interior acompanhando o movimento próprio da colonização e povoação do país.

Em São Paulo, durante o século XIX foram realizados quatro Censos de Lepra demonstrando como a endemia se expandia e se consolidava naquela província. O primeiro deles ocorreu em 1820 e os demais nos anos de 1851, 1874 e 1886. ³⁵Em Minas Gerais um censo realizado apenas na região sul aponta uma incidência de 1,11 por 1.000 habitantes que pode ser considerada bastante alta para aquela época cuja credibilidade dos censos não é das maiores³⁶.

No limiar do século XX o problema da lepra já era considerado bastante grave no Brasil, aumentando o número de pessoas que com ele se preocupavam. Nesta época, a grande ênfase dada a Saúde Pública era algo relativamente inédito na história brasileira. Esta importância lhe atribuída ainda carecia de consolidar seu apoio social, o que se tornou possível devido a existência de inúmeros surtos de doenças epidêmicas, como a varíola, febre amarela, malária e outras que “aterrorizavam” as elites da época e abriram brecha para a implantação de medidas de cunho companhistas³⁷, com caráter de ação pontual e emergencial objetivando a solução dos problemas que então se apresentavam.

³⁴ MAGALHÃES, José Lourenço de. Op. Cit., p.76.

³⁵ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.72.

³⁶ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. Op. Cit., p.530-532.

³⁷ O que se convencionou chamar de “modelo campanhista” de intervenção estatal na área da saúde obedece a princípios herdados do estilo militarista de polícia médica.

Adotando-se uma terminologia militar e objetivando-se criar um ambiente propício e galvanizador de energias e esforços para a resolução dos problemas de saúde pública, tomava-se de empréstimo a metáfora da “guerra” nas ações então praticadas. Buscava-se um clima de euforia, parafraseando-se o ideal do “esforço de guerra”, onde atitudes não habituais encontravam apoio social dado a anunciada situação de contingência.

“A honra da medicina brasileira está em jogo; agora é combater ou desonrar-se aos olhos do mundo culto; é preciso mobilizar a medicina nacional como soldados em tempo de guerra, para a grande batalha sanitária” (GOUVEIA, A . E. – “A missão do médico e da mulher” – In: I Congresso Brasileiro Proteção à Infância. 6º Boletim. 1921-1922.pp290-314. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.140.)

A lepra mesmo diferenciada das outras doenças, adquiria novos contornos no início do século XX quando passou-se a exigir para seu controle a emergência e interferência de outro tipo de saber na lida com tão antigo flagelo. Este saber, a medicina, se autoproclamava capaz de debelar da nação tão hediondo e horrendo mal, reivindicando para isso amplo apoio social e estatal, elaborando metas e planos “profiláticos” que denominaram a cena e roubaram as atenções durante várias décadas que se seguiram.

2.2 Lepra, caridade e filantropia

“(...) porque a caridade não é um favor e sim um dever social. Os que podem devem dar aos que não podem. O sadio deve amparar o doente, porque, assim, amparará a si próprio e defenderá a si mesmo.”¹⁷

A caridade cristã significa uma doação material ou espiritual, espontânea e desinteressada. Na Bíblia, particularmente no Novo Testamento, ela é comparada com o amor de Deus para com as criaturas e a humanidade. A generosidade divina caracteriza-se como um movimento afetuoso que vai até as últimas conseqüências. Deus doa o seu único filho para morrer pelos homens e redimi-los de seus pecados. Bondade gratuita e infinita ¹⁸. E se Deus é definido como puro amor¹⁹, que se

No caso específico da lepra no Brasil têm-se, entre outros, os seguintes flagrantes desta concepção: Revista de Combate a Lepra, Semana de Combate a Lepra, Fundação Paulista Contra a Lepra, Campanha de Solidariedade e Defesa da Raça, Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, Campanha Nacional contra a Lepra CNCL (CF. lei nº 3542 de 11/02/1959).

Esta concepção campanhista de intervenção na área de saúde, fundamenta, em geral, ações pontuais e localizadas, quase sempre de carácter emergencial com objetivos bem delimitados e específicos e com curtos períodos de duração. Ela não se expressa em forma de atenção permanente, através da constituição de uma rede institucional dedicada exclusivamente, ou não, a determinadas doenças.

Este modelo de ação se mostra até hoje bastante influente no Brasil. Entre alguns exemplos pode-se citar o episódio ocorrido no Rio de Janeiro em 1904 que ficou conhecido como Revolta da Vacina e as atuais “campanhas de vacinação”. Quanto as campanhas específicas de lepra ocorridas no Brasil serão abordadas posteriormente neste trabalho. Para mais detalhes ver: sobre polícia médica: ROSEN, George, **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1980 (notadamente o capítulo V.; sobre a concepção de campanha: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.149.; MOREIRA, Tadiana Maria Alves. **As campanhas de Hanseníase no Brasil**. (Mestrado em Saúde Pública), ENSP/FOC/MS, 1997.

¹⁷ RAMOS, Nerêu. Discurso pronunciado pelo interventor Nerêu Ramos por ocasião da inauguração do ‘Educandário’ Santa Catarina. In: **Revista de Combate à Lepra**. Ano VI, março de 1941(p.90).

¹⁸ João 3:16-21; 13:01-20; 15:09-11; Gálatas 02:15-20; Efésios 02:01-10. In: **Bíblia Sagrada**.

manifesta através da sua doação para com os homens, logo, ele é misericordioso e caridoso. Os cristãos, nesta acepção, por extensão, “em tese”, também deveriam sê-lo.

“Se emprestai àqueles de quem esperais receber, que recompensa mereceis? Também os pecadores emprestam aos pecadores, para receberem outro tanto. Pelo contrario, amai os vossos inimigos, fazei bem e emprestai, sem daí esperar nada. E grande será a vossa recompensa e sereis filhos do Altíssimo, porque ele é bom para com os ingratos e maus. ‘Sede misericordiosos, como também vosso Pai é misericordioso. Não julgueis, e não sereis julgados; não condeneis, e não sereis condenados; perdoai, e sereis perdoado: daí, e dar-se-vos-á. (...)’²⁰”

Assim, o amor ao próximo, ao irmão, na perspectiva cristã, deve ser a motivação de todas as caridades. Mas, é necessário tratar-se de um sentimento espontâneo e desinteressado. O bem que se faz para os outros só será retribuído diretamente por Deus quando, além de preencher as condições anteriormente descritas, não se receba por ele nenhuma recompensa em vida. O ideal é a caridade em segredo, pois os autênticos caridosos irão habitar no céu na casa do “*Altíssimo*”.

A caridade é ainda o sinal distintivo dos discípulos de Cristo²¹. Os cristãos caridosos não ficariam sem sua recompensa nos céus. Dessa forma, ambos se beneficiariam, tanto os que praticam quanto os que recebem à ação caritativa.

Com relação a caridade que envolveu a lepra durante séculos, e que de certa forma ainda sobrevive, o Levítico²² desde muito cedo legislou sobre esta apontando os caminhos e atitudes para com aqueles que eram seus acometidos.

“A figura do leproso não tem um significado único para a comunidade: ele é ao mesmo tempo portador de perigo e digno de caridade, compaixão. Sua solidão aproxima-se da solidão da morte, desperta ou deve despertar a mesma solidariedade que os mortos. Assim como não se deixam cadáveres insepultos, não se deve deixar leprosos desamparados. É um dever de caridade sepultar os mortos e amparar, dar abrigo àqueles que se acham entre a vida e a morte. Sendo assim, o leproso é e pode ser qualquer um; entre si distinguem-se pelo recurso à medicina e pela possibilidade de se furtar à visão pública; para os sãos, possíveis futuros leprosos, ele é aquele que os ameaça e por quem se deve ter compaixão.”²³

¹⁹ Primeira Epístola de São João 04:07-21. **Bíblia Sagrada.**

²⁰ Lucas 06:34-38. **Bíblia Sagrada.**

²¹ João 13:34-35. In: **Bíblia Sagrada.**

²² Levítico 13:40-45. In: **Bíblia Sagrada.**

²³ MACHADO, Roberto, et alli. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978(p.75).

Dessa forma, no Ocidente Cristão, a Bíblia e a Igreja Católica desempenharam importante papel com relação a lepra. Ambas, simultaneamente, instituíram a segregação, que mais tarde se converteria em isolamento, e a caridade para com os leprosos. Esta benevolência e compaixão para com estes párias constituiu-se, de certa forma, numa reparação oferecida em troca da imposição da exclusão que sobre eles recaia a partir da publicidade dos sinais de sua lepra. A caridade era a contrapartida da exclusão. O leproso era excluído, porém acolhido como merecedor das práticas caritativas.

“A caridade nasceu com o cristianismo, que estimulou a fundação de obras de assistência não somente para prestar socorro material e espiritual, porém, sobretudo, visando a constituição de uma verdadeira legião de repagadores da sociedade. Estes objetivos, favorecidos pela indistinção entre o público e o privado, foram alcançados mediante a fundação, desenvolvimento e funcionamento de associações que, embora organizadas segundo os princípios da ação missionária cristã, exerceram funções próprias ao Estado moderno: encarregaram-se do controle e circulação das pessoas, recolheram das ruas aqueles indivíduos considerados ‘socialmente perigosos’, promoveram a administração das Cadeias Públicas, organizaram normas para o funcionamento dos hospitais e asilos, criaram condições estatutárias para educação de meninas e meninos órfãos nos educandários, além de operarem como polícia médica, denunciando surtos epidêmicos e determinando o arresto de determinadas categorias de enfermos.”²⁴”

As ações caritativas que cercaram a lepra, desde a antiguidade até o século XIX, aproximadamente, revestiram-se de uma tônica predominantemente religiosa. Auxiliar os leprosos era um dever de caridade cristã. A partir do final do século XIX ocorreu uma mudança de fundamentação, deixando-se gradativamente a preponderância religiosa até então existente e substituindo-a ao âmbito do discurso que se veiculava, por conhecimentos médicos, higiênicos e eugênicos, sendo que este último contou com notável repercussão. Surge então uma filantropia que desenvolvia uma prática um pouco mais sistemática e que operava com uma base conceitual medicalizada e secularizada, reatualizando o medo que sempre revestiu a lepra através da noção de contágio, embasando-se para isso na teoria microbiana das doenças. Em suma, zelar pelos lázaros era uma forma de se efetivar a “defesa da raça”.

²⁴ ABREU, Sérgio França Adorno, et alli. A arte de administrar a pobreza: assistência social institucionalizada em São Paulo no século XIX. In: TRONCA, Ítalo A.(org.). **Foucault Vivo**. Campinas, Editora Pontes, pp.101-109(p.102).

Outra mudança ocorrida nesta época foi com relação aos grupos que se dedicavam e praticavam a caridade e a filantropia.

“O cristianismo foi pioneiro na promoção do atendimento humanitário organizado aos leprosos. Aliás, o próprio Cristo já havia dado exemplo. O nobre cristão Zótico construiu por primeiro um leprosário em Bizâncio, antes dos meados do século IV. S. Basílio seguiu-lhe os passos em Cesaréia da Capadócia. O Imperador Justiniano esmerou-se nesse trabalho assistencial e caritativo. Promoveu a construção de hospitais próprios para os leprosos, mas que em nada se distinguiram dos demais nosocômios. Placila e Sofia, esposas dos imperadores Teodósio e Justiniano, também se distinguiram no atendimento a esse tipo de doentes. As maiores dioceses da época recolhiam e tratavam em seus hospitais os portadores do mal. A iniciativa particular, por sua vez, não deixou para menos. Surgiu até uma ordem religiosa especializada para o atendimento dos leprosos, a Ordem de São Lázaro. As Ordens Cavaleirescas e Hospitalares, muito numerosas e ativas na Idade Média, dedicaram especial atenção aos leprosos. Esses doentes, portanto, não estavam entregues, como muitos ainda hoje crêem à execução de toda a sociedade. Se, de uma parte, sofriam limitações, de outra, recebiam apoio. (...)

Tudo somado, o trato que a antiguidade cristã e a Idade Média dispensaram aos leprosos não vai isento de limitações e de durezas reprováveis, mas também não desmerece a caridade. Antes, a exalta.”²⁵

Até o limiar do século XX, este era um espaço de atuação dos religiosos. Padre Damião de Veuster, Padre Bento, entre outros são nomes destacáveis do século XIX. Estes religiosos tanto dirigiam e administravam as ações caritativas quanto as exerciam na prática. Nota-se que todos os asilos/hospitais brasileiros para leprosos do século XIX vinculavam-se de alguma forma, quando não completamente, à Igreja Católica ou a uma Ordem, ou mesmo a um determinado religioso.

“A presença da Igreja a serviço dos hansenianos, no Brasil, teve e continua tendo destaque. Todos os sanatórios de hansenianos, enquanto funcionavam, tiveram serviço religioso regular, com a presença de padres que se dedicavam a tempo integral. não se limitavam, porém, ao atendimento religioso, mas faziam o papel de autênticos assistentes sociais, atendendo os doentes e suas famílias de mil modos. E as religiosas? Em quantos sanatórios desempenharam serviço generoso e diuturno, com dedicação que só a caridade cristã conseguia justificar.”²⁶

No entanto, no decorrer do século XX, a filantropia que se relacionava com a lepra iria se secularizar. A aproximação que ocorreu, neste século, entre filantropia e

²⁵ ARMS, Cardeal.(Paulo Evaristo).Apresentação. In: SANTOS, Frei João Baptista Pereira dos. OP. **Hanseníase: doença física ou chaga social.** São Paulo, Edições Paulinas, 1984(p.06/07).

²⁶ Idem., p.09/10.

Medicina Social iria resultar num conagraçamento onde os religiosos acabariam tendo seus espaço ocupado por novos atores sociais. Quem emergiu nesse novo contexto medicalizado e secularizado foram inúmeros beneméritos e beneméritos civis. As primeiras décadas deste século lograram produzir associações de amparo e “damas ilustres” com projeção nacional devotadas à causa da lepra.

No entanto, esses laicos caridosos não adotaram um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas substancialmente²⁷ diferente daquilo que era realizado pelos antigos religiosos. De uma forma geral, a filantropia que historicamente se relacionou com a lepra tinha como objetivo maior viabilizar a exclusão e posterior isolamento dos leprosos através da atenuação dos seus sofrimentos e angústias no desterro a que eram submetidos; o que, em proporções imensamente menores, constituiu-se no efetuado pelos religiosos desde a Idade Média.

“A sociedade, que tira a estes doentes a liberdade, tem o dever imperioso de assegurar-lhes o bem estar material e tudo que possa atenuar a crueldade da sua sorte.”²⁸(sic)

Com essa perspectiva, caritativa/isolacionista, surge no Estado de São Paulo em 1917 a *Associação Protetora dos Morféticos*. Esta, desde sua fundação intencionava edificar o primeiro asilo-colônia modelo para leprosos do Estado, tendo as seguintes finalidades principais, conforme seu estatuto:

“abrigar e amparar as famílias dos doentes hospitalizados; proporcionar habitação modesta e confortável ao doente que por motivos respeitáveis não quisesse ou não pudesse separar-se; asilar e educar os filhos dos hansenianos de modo a preservá-los do contágio paterno; prestar assistência judicial aos doentes, além de outros objetivos de alcance social.”²⁹

²⁷ Adotou-se neste trabalho essa classificação dicotômica: “discursivas” e “não-discursivas”, porque ela permite distinguir, dentro da perspectiva foucaultiana, dois conjuntos de práticas que apesar de possuírem origem comum, isto é, os discursos sociais, apresentam características suficientes para admitir essa diferenciação.

O primeiro conjunto refere-se às práticas mais relacionadas a divulgação, disseminação e difusão de saberes e conhecimentos propriamente ditos. O segundo está aludindo às práticas que remontam mais a idéia de “atitudes”, vinculam-se portanto ao cotidiano, possuem um caráter mais empírico, lembram um automatismo dada a ampla consolidação de que desfrutam na cultura. Esta classificação foi parafraseada do seguinte texto:

ABREU, Sérgio França Adorno, et alli. A arte da administrar a pobreza: Assistência Social Institucionalizada em São Paulo no século XIX. In: TRONCA, Ítalo A. **Foucault Vivo**. Campinas, Editora Pontes, 1987 (p. 101).

²⁸ RIBAS, Emilio. A Lepra: respostas ás indagações feita pela associação Protetora dos Morféticos com o fim de obter os dados para a humanitária solução do urgente e problema do mal de S. Lazaro. São Paulo, POCAI & COMP., 1917, 39p. (cópia xerox) (p.20).

²⁹ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. p.100.

Essa entidade destacou-se por sua ampla atuação em meio à sociedade paulista obtendo o apoio da Igreja através do arcebispo de São Paulo Dom Duarte Leopoldo e Silva, da Liga das Senhoras Católicas, entre outros nomes de relevo da época o que teria possibilitado, em curto espaço de tempo, arrecadar dinheiro suficiente para o início das obras.

O terreno para a construção do estabelecimento foi doado pela Ordem Carmelita Fluminense em 1918. Este situa-se a cerca de 40 km de distancia de Mogi das Cruzes/SP, no local denominado campo do Santo Ângelo, nome este que mais tarde designaria a instituição aí edificada, e possuía uma área de 194 alqueires.

Os planos de construção do Santo Ângelo revelaram-se tão grandiosos que este terreno recebido em doação foi considerado de tamanho insuficiente. Assim mais 154 alqueires de áreas vizinhas foram adquiridos perfazendo um total de 348 alqueires.

A interferência do governo do Estado de São Paulo no empreendimento do Leprosário Modelo terminou por dividir opiniões entre os membros da *Associação Protetora dos Morféticos*, que insatisfeita acabou por dissolver-se em 15/04/1919³⁰.

Ainda em São Paulo, Estado que notabilizou-se pela atenção dispensada a “*luta contra a morféia*” no século XX, surgiria uma outra associação e duas “damas ilustres” que iriam compor o cenário nacional da lepra. São elas: a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra e as Senhoras: Alice de Toledo Ribas Tibiriçá e Maria da Conceição Costa Neves. E na década de 1930, outro nome feminino procedente de Minas Gerais à estes viria se somar; trata-se de Eunice de Souza Gabbi Weaver. Todas elas traziam em comum o fato de se relacionarem com a filantropia e o assistencialismo moderno que cercava a lepra, incluindo sua tônica principal, isto é, sua perspectiva que centrava-se na busca da atenuação dos sofrimentos ocasionados pelo isolamento.

Alice Tibiriçá e a Deputada Maria da Conceição da Costa Neves são figuras típicas da filantropia que cercou a lepra no século XX. Suscetibilizadas com o sofrimento dos leprosos, ambas fizeram de suas vidas uma luta em prol do chamado isolamento humanitário³¹.

³⁰ Idem., p.100-105.

³¹ Sobre Alice Tibiriçá e a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra será abordado nos itens 2.3, 2.3.1, 2.3.2, deste capítulo.

Maria da Conceição Costa Neves deputada estadual por São Paulo, reeleita para cinco mandatos consecutivos, especializou-se em defender os leprosos denunciando e criticando o Departamento de Profilaxia da Lepra/DPL daquele Estado. Para isso, utilizava-se da imprensa escrita e falada, a última, principalmente o rádio. Seu primeiro mandato em 1947 somente foi possível devido a votação dos familiares de leprosos internados nos asilos-colônias paulistas.

Extremamente polêmica, defendia com vigor as causas dos leprosos tendo criado a Associação Paulista de Assistência aos Doentes de Lepra. Em 1947 foi encaminhado um pedido de licença a Assembléia Legislativa de São Paulo para processa-la por calúnia e injúria tal era a veemência de seus protestos contra os maus-tratos ocorridos nos asilos-colônias.

“Parlamentar atuante, destacou-se pela maneira como encaminhava os debates no plenário, sendo temida por todos e respeitada por muitos. Sempre se saía bem nas polêmicas, porém utilizava métodos bastante questionáveis, como, por exemplo, guardar documentos comprometedores de boa parte dos políticos paulistas e não hesitava em usa-los caso precisasse.”³²

Procurou aprovar leis que beneficiasse os leprosos, como o seu projeto de Lei n.º 109/1947 que dispunha sobre a criação de um Serviço de Assistência Social aos Doentes de Lepra subordinado ao DPL. Em outra ocasião, propôs um projeto onde se previa que 20% dos empregos existentes nos asilos-colônias de São Paulo fossem reservados para os leprosos com alta hospitalar confirmada, inaugurando, assim, o debate a respeito da criação de quotas em concursos públicos.

Tanto Alice Tibiriçá quanto Maria da Conceição Costa Neves, embora tenham sempre se posicionado a favor dos leprosos com ou sem interesses individuais entremeados, não chegaram a questionar intrinsecamente a prática do isolamento ou remeter um outro olhar sobre este que não fosse o mais largamente compartilhado na época.

Com isso, não se está aqui exigindo delas um comportamento condizente com uma racionalidade futura. Embora os críticos do isolamento sempre tenham existido, os atores históricos não podem ser deslocados de sua época nem de sua biografia.

Entretanto, constata-se que o trabalho filantrópico realizado por elas, ainda que divergissem em alguns pontos, não se diferenciava substancialmente do que

habitualmente, na época, se praticava com os leprosos. Ao contrário, apesar de todos as polêmicas, existia uma sintonia com a orientação predominante no período, à saber: a busca da atenuação dos sofrimentos ocasionados pelo “inevitável” isolamento.

³² SCHUMAHER, SCHUMA, et alli. **Dicionário mulheres do Brasil: de 1500 até a atualidade.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2000(p.376).

As seis primeiras estrofes deste poema revelam toda a aspereza que envolvia o leproso no momento de sua exclusão, de seu isolamento. O fim dos projetos de vida, a interrupção da carreira profissional, o desmembramento familiar e a difícil adaptação necessária para prosseguir a existência na “*Cidade dos Lázaros*.” Já as duas últimas estrofes, aludem à perspectiva predominante da caridade e da filantropia, leiga ou religiosa, sobre a lepra. Amenizar o sofrimento do Lázaro através da solidariedade e do envio de ajuda material. Socorrê-lo. Tornar a sua vida cheia de amarguras mais serena e confortável. Humanizar o cárcere. Fazer do Lázaro um excluído sim, mas um excluído resignado, conformado e satisfeito. Em suma, um pária feliz, se é que isso é possível.

Para Oswaldo Cruz e Emilio Ribas, defensores do isolamento dos leprosos, o êxito dessa medida dependeria imensamente do ambiente aprazível, semelhante a uma “Estação de recreio” que os asilos-colônias deveriam apresentar. Nunca um ar de prisão. Estes estabelecimentos deveriam atrair espontaneamente os leprosos para isolar-se, oferecendo em troca uma nova vida, num local agradável, cheio de faturas, entretenimento e onde os “morféticos” pudessem ter a certeza de que não estariam contribuindo para disseminar o “mal” para os seus entes queridos.

*“Incompletos e insuficientes são nossos conhecimentos acerca da transmissão da lepra. Importa isto em dizer que nos falta base científica para constituir a prophylaxia específica da moléstia. Não é essa razão bastante, entretanto, para que fiquemos á moda dos musulmanos: braços cruzados diante do flagelo que, aos poucos, se expande e alastra. O que é positivo é que a moléstia se transmite. O como, não o sabemos. Mas o leproso é, ao menos, um dos depósitos de vírus. Isto está provado. Dahi a necessidade de isolal-o da comunidade (...) A hospitalização do leproso não é coisa exequível como medida prophylatica. (...) No hospital, o leproso fica entregue á sua fatalidade, tratado como doente, improdutivo, tendo como preocupação exclusiva a moléstia que o infelicitava e os governos ver-se-iam sobrecarregados de colossal despreza. (...) A sequestração do morphetico só é prática quando feita nas **colônias de leprosos**. São instituições perfeitamente adequadas e onde o enfermo pode exercer toda a actividade que as suas forças permitem. A colônia é uma pequena cidade com sua existência própria, onde se encontram os elementos de vida necessários, onde cada qual pode exercer livremente sua profissão, onde não faltam elementos de distrações, onde o leproso não vive perseguido pela idéia unica do mal que o tortura.”(sic)³³*

³³ CRUZ, Oswaldo. Uma questão de Hygiene Social. In: “O Imparcial” (Jornal carioca/imprensa escrita), n.º211, 03/07/1913. Apud: SOUZA-ARAUJO, Heraclides-Cesar. **História da Lepra no Brasil: período republicano**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1956(p.117/118).

“Não ha, pois, outro caminho a seguir, cumprindo, porém, aos legisladores e higienistas o dever de executarem esta medida (o isolamento dos leprosos), proporcionando aos doentes o maximo de conforto, empregando todos os recursos capazes de attenuar a cruel sorte dos nossos semelhantes. Está claro que o nosso actual estado de civilização não permite mais as injustas e bárbaras medidas empregadas em quasi todo o mundo para combater a lepra e nem consente que, o titulo de prophylaxia social, sejam imitados alguns países que continuam a fazer verdadeiros depositos de leprosos inteiramente desagregados da sociedade e aos quaes falta toda a especie de conforto.

Achando indispensável o isolamento, sou todavia de parecer que essa medida só deve ser executada, compulsoriamente, depois de feitas installações capazes de, pelo seu conforto, hygiene,, cuidados médicos e direcção, serem procuradas espontaneamente pelos leprosos.”(sic)³⁴

No entanto, a historia do isolamento dos Leprosos no Brasil mostra que ninguém se apresentava com satisfação para isolar-se nos asilos-colônias que foram construídos. Aqueles que ingressavam nestes estabelecimentos e que não haviam sido recolhidos com o uso de violência, isto é, “espontaneamente”, o faziam por outros motivos que não se relacionavam com os aspectos “edênicos” destes estabelecimentos tão divulgados pelos serviços oficiais. Estigmatização, fome, miséria, intercorrência clínica de outras doenças, eram as razões mais freqüentes para esta apresentação voluntária.

Ainda que os planos de Oswaldo Cruz fossem seguidos, as sugestões de Emilio Ribas acatadas, e a filantropia contribuisse ativamente para o conforto dos leprosos e propiciasse educação e proteção para seus filhos, as fugas dos asilos-colônias e o ocultamento da lepra foram realidades sempre presentes no Brasil do século XX durante os anos em que vigorou o isolamento compulsório.

Contudo, quando neste trabalho se critica o isolamento dos leprosos e a caridade que o envolve não se está duvidando das intenções das pessoas que no passado se dedicaram a estes. Houve e ainda continua a existir aqueles que procuram na lepra apenas um meio de ascensão social, assim como aqueles que exerceram, praticaram, discursaram, apregoaram e até militaram, numa terminologia mais recente, na caridade e no isolamento por nestes verem uma solução adequada para um antigo problema brasileiro. Assim, procura-se verificar quais as circunstâncias da época que permitiram a existência dessas práticas discursivas e não-discursivas, isto é, mapear suas “condições de possibilidade” no Brasil do século XX.

³⁴ RIBAS, Emilio. Op. Cit., p.19.

Pois, se a lepra, desde a antigüidade hebraica, foi basicamente regida por esses dois princípios, caridade e exclusão, que se conciliaram e se complementaram redimensionando-se mutuamente no decorrer dos séculos, esta junção, no entanto, não se deu no decorrer da história de forma paritária, onde cada um teria dado a mesma contribuição, isto é, não era uma união entre iguais. Um deles influenciou mais sobre o outro. Um era dominante e outro recessivo. A caridade foi o braço direito da exclusão. A filantropia foi parceria do isolamento dos leprosos. Neste histórico ditongo crescente, encontro vocálico onde se confluía caridade/filantropia e exclusão/isolamento, a primeira parilha era átona e a segunda tônica.

No Brasil, país onde o isolamento compulsório teve razoável sobrevida verifica-se que sempre esteve acompanhado da filantropia, nele surgida no século XIX, o que possibilita uma reflexão a respeito do quão arraigado ainda se encontrava as recentes práticas sociais para com os leprosos na tradição milenar de exclusão e estigmatização deste personagem tão marcante no ocidente.

2.3 A Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra(FSAL e DCL)

“Quando me bati pela criação de isolamentos para doentes de lepra, não reclamei regime de terror. Solicitava sanatórios amplos e arejados. Não posso, pois, silenciar deante dos factos graves que nos asilos-colônia vêm sendo registrados.

Si há revolta é porque a direção tem falhas.”(sic)³⁵

A caridade e a filantropia constituem um importante capítulo na história da lepra no Brasil. Primeiro, porque só a partir do século XIX é que a lepra se tornou objeto de atenção médica. Até então, eram os caridosos e religiosos aqueles que

³⁵ TIBIRIÇÁ, Alice. **Como eu vejo o problema da lepra: e como me vêem os que o querem “manter”**. São Paulo, Editado pela Sociedade de Assistência aos Lazaros e Defesa Contra a Lepra, 1934 (p.279).

labutavam com a “morphéia.”³⁶. Segundo, porque só no século XX o Estado brasileiro tornou-se gestor efetivo da Saúde Pública aliando-se para isso com a Medicina Social o que resultou na ocupação de espaços anteriormente filantrópicos³⁷. A FSAL e DCL é parte integrante, não negligenciável, dessa história.

A FSAL e DCL teve sua história marcada pelas mudanças ocorridas no Brasil e por aquelas observadas na história da lepra no país. Esta entidade, contudo, já nascera dentro da perspectiva secularizada/medicalizada/eugenizada que envolvia a filantropia e cercava a lepra nas primeiras décadas do século XX.

Esta entidade, no entanto, foi precedida pela Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra da cidade de São Paulo, (SAL e DCL/SP), a primeira do gênero, isto é, “das sociedades” que mais tarde iriam se reunir em Federação.

2.3.1 Alice Tibiriçá e a ausência do Estado

A Sociedade de São Paulo foi criada por Alice de Toledo Ribas Tibiriçá em 26/02/1926, numa reunião realizada na casa de seu sogro, Jorge Tibiriçá³⁸, na rua Tamandaré, seu primeiro nome foi “*Sociedade de Assistência às Crianças Lázaras.*”³⁹

Uma das primeiras iniciativas de Alice Tibiriçá, presidente recém-eleita daquela entidade, foi alterar o nome para fazê-lo coincidir com o programa de ação desejado, daí a denominação de *Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra.*

³⁶ CF. texto 2.2, deste capítulo.

³⁷ Cf. MACHADO, Roberto, et alli. Op., Cit.

³⁸ Político brasileiro (Paris 1855/São Paulo 1928). Participou da propaganda republicana e por duas vezes governou São Paulo: como governador nomeado (1890-1891) e eleito (1904-1908).

³⁹ MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. **Alice Tibiriçá: lutas e ideais.** Rio de Janeiro, PLG-Comunicação, 1980(p.31).

Esta Sociedade de São Paulo serviria de inspiração a todas as outras que foram fundadas no país posteriormente. Entre seus integrantes predominavam as mulheres, havendo ainda a participação de médicos, funcionários públicos de médio e alta escalão, advogados, políticos e outras pessoas de “elevado prestígio social”.

As atividades desta sociedade eram diversificadas, sendo: coleta de bens materiais para serem doados aos leprosos, confecção e publicação de panfletos explicativos e outros impressos que veiculavam conselhos médicos e esclarecimentos acerca da lepra, realização de festas e outros eventos cuja renda era revertida em prol das obras assistenciais e do custeio das despesas da entidade, denúncia da gravidade do problema da lepra através de artigos de jornais, conferências em rádio, ou não, debates e outras atividades dedicadas à “Formação da Consciência Nacional”, até a colaboração com o governo, no caso o paulista, na construção da rede de asilos-colônias que na época encontrava-se em fase de implementação.

Dentre todas as atividades, Alice Tibiriçá destacava como de maior urgência a necessidade de conscientizar as pessoas e o governo da gravidade do problema da lepra e a necessidade de uma orientação “correta” para a solução deste mal.

“Em fevereiro de 1926, quando formei com um grupo de valores a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a lepra, no meu culto pela terra de São Paulo e pelo Brasil estudando com minúcias o problema da lepra, dentro e fora do Estado, verifiquei, entre contristada e decepcionada, a extensão dum mal.”(sic)⁴⁰

“Organizando essa agremiação (refere-se a SAL e DCL/SP), e eleita sua Presidente, entrei no âmago da questão, verificando que a assistência aos Lázaros tinha que ser subordinada a este impositivo: _ a defesa dos sãos.”(sic)⁴¹

Todavia, a SAL e DCL/SP não foi a primeira iniciativa laica e filantrópica destinada à causa da lepra no Brasil. Antes desta, no mesmo Estado de São Paulo, duas outras entidades já se dedicavam a atividades relacionadas “a luta” contra o “mal de São Lázaro.” São elas: A Associação Protetora dos Morféticos e a Associação Therezinha de Jesus.

⁴⁰ TIBIRIÇÁ, Alice. Op. Cit., p.01.

⁴¹ Idem., p.02.

A *Associação Protetora dos Morféticos* teve sua trajetória marcada pela construção do Asilo-colônia Santo Ângelo⁴². A *Associação Therezinha de Jesus*, também conhecida como asilo-escola de dona Margarida Galvão, foi o primeiro preventório⁴³ do Brasil construído em 1926 e inaugurado em 08/09/1927⁴⁴, localizado no município de Carapicuíba a 25 km da capital paulista.

O trabalho de Alice Tibiriçá transcorria num clima favorável, inclusive, conquistando o apoio do governo estadual, na época presidente de Estado Carlos de Campos e o Inspetor de Lepra daquela gestão (1924-1927) José Maria Gomes. Conseguiu junto ao governo de São Paulo uma coluna no jornal *Correio Paulistano* onde se passou a veicular exclusivamente notícias relacionadas a lepra.

Com as eleições estaduais de 1927, Carlos de Campos foi substituído por Júlio Prestes e José Maria Gomes pelo Dr. Aguiar Puppó. O novo governo reconhecia, com reservas, o valor do trabalho realizado por Alice Tibiriçá, o que, no entanto, não foi suficiente para impedir que certas medidas fossem tornadas objetivando colocar a “profilaxia” da lepra no seu devido lugar, isto é, impedindo-a de prejudicar outros interesses de maior relevância.

“Esta associação (SAL e DCL/SP) é constituída por senhoras da sociedade paulista e desde 1926 vem prestando reais serviços a causa da profilaxia da lepra. Realizando uma intensa e brilhante propaganda social para a solução do problema no Estado e ao País, tem divulgado numerosas publicações e folhetos de incitamento e educação sanitária...”⁴⁵ (sic)

A resposta aos incitamentos da SAL e DCL/SP vieram logo. Foi o próprio presidente de Estado, Júlio Prestes, que convidou Alice Tibiriçá para uma conversa no Palácio Bandeirante:

*“_ Dona Alice – disse o Presidente de Estado – sua campanha atingiu a tal ponto que está perturbando a emigração para o Brasil, por ser considerado um ‘país de lepra’. O Governo resolveu, assim, chamá-la para solicitar que não prossiga na propaganda que vem realizando.
_ Mas, Sr. Presidente, há realmente, o problema da lepra, no Brasil, respondeu-lhe. Alice Tibiriçá, e não será silenciando que o resolveremos.*

⁴² CF. texto 2.2, deste capítulo.

⁴³ Internato para crianças filhas de leprosos que eram criadas separadas dos pais para evitar o contágio. No Brasil, funcionaram atendendo exclusivamente a este público até meados da década de 1970, período em que vigorou o isolamento compulsório dos leprosos no país.

⁴⁴ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. p.350.

⁴⁵ GOMIDE, Leila Regina Scalia. Op. Cit., p.77; TIBIRIÇÁ, Alice. Op. Cit., p.19.

*Deixara de ser um 'país de lepra' no momento em que o povo e governo se movimentarem para sua solução.*⁴⁶

Como Alice Tibiriçá mostrou-se irredutível em seus propósitos, o governo acabou com a coluna que ela possuía no jornal “Correio paulistano” dedicada a causa da lepra e procurou dificultar, através da restrição de verbas, a conclusão das obras dos leprosários que se encontravam em construção. Deste episódio surgiu o lema que Alice Tibiriçá posteriormente adotaria como divisa:

*“Com o governo, se preciso; sem o governo, se possível; e até mesmo, contra o governo, se assim for necessário.”*⁴⁷

Em resposta as dificuldades surgidas naquele conturbado período e ao pedido de silêncio de Júlio Prestes, Alice Tibiriçá organizou um conjunto de medidas que basicamente visavam a intensificação das atividades que vinham sendo desenvolvidas pela SAL e DCL. Foram elas: Acirrar e aumentar a quantidade de panfletos e outros impressos de esclarecimentos sobre a lepra a serem distribuídos; organizar inúmeras “campanhas de solidariedade e defesa da raça”, cujo objetivo era arrecadar fundos para auxiliar na construção de novos leprosários; criação de um Boletim mensal, em substituição a coluna do jornal Correio Paulistano, para divulgação das atividades da sociedade e antigos referentes a lepra; favorecer e estimular a fundação de outras sociedades congêneres com o propósito de estabelecer-se futuramente uma federação e objetivando com isso atingir dois fins específicos: primeiro, aumentar e expandir a força política e social dessas entidades através do crescimento em número; segundo, contribuir para a “formação da consciência nacional” através da divulgação do problema da lepra à inúmeras pessoas que iriam compor os quadros das sociedades que se pretendia fundar.

Alice Tibiriçá objetivava, naquele momento, fazer um grande estardalhaço para impedir que o governo paulista colocasse no esquecimento o problema da lepra e forçar o governo federal a iniciar uma ação efetiva.

Júlio Prestes foi forçado a recuar. Liberou as verbas necessárias para a conclusão do asilo-colônia Santo Ângelo, que já se arrastava desde 1919, sendo este

⁴⁶ MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. Op. Cit., p.47/98.

⁴⁷ Idem., p.11.

inaugurado em 1928⁴⁸. Contudo, manteve sua posição de não-colaboração que prevaleceu durante todo o seu governo.

Em âmbito nacional, Alice Tibiriçá, na qualidade de Presidente da SAL e DCL/SP, enviou em 1929 um apelo, não correspondido, ao Presidente da República Washington Luiz, no qual a presença da eugenia é perceptível, solicitando que iniciasse a Era da Participação Estatal/Federal no “combate a lepra” no Brasil.

“A Vossa Excellencia, que ha sido o mais devotado dos nossos dirigentes, cuja politica dominou paixões e estabeleceu o regimen da concordia, cujo senso economico, na ultima mensagem, provocou um grito de applauso da Nação inteira, a Vossa Excellencia, sinceramente devotado ao Brasil, a Sociedade de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a lepra entrega a mais humilde das causas, mas em compensação a mais importante pelas consequencias funestas que acarreta o descaso em que os Lazaros vivem.

Se agora ha dificuldade em resolver-se esse problema, que faremos quando as terras ainda incultas estiverem povoadas? Vossa Excellencia rasgou estradas e uma vida nova se estabeleceu acompanhando a facilidade do transporte. Como uma sombra a lepra também um dia virá a todos esses pontos e surdamente minará a vitalidade da raça. É o temor que temos! Não havíamos ainda procurado o amparo do Governo por que esperávamos que Vossa Excellencia houvesse resolvido outras questões para então apresentarmos o nosso humilde pedido. Assim, pois, esperamos que Vossa Excellencia possa com chave de ouro, encerrar o seu cyclo proveitoso abrindo com a acção official da Nação, horizontes que venham clarear o futuro sombrio do Brasil maculado pelo mal de Hansen!”(sic)⁴⁹

Mas, os acontecimentos ocorridos em outubro de 1930, intitulados “Revolução de 30”, iriam alterar substancialmente os rumos da política no Brasil, da história da lepra no país e, por consequência, da SAL e DCL/SP. Quando foi anunciada a candidatura de Júlio Prestes em 26/07/1929 à sucessão da presidência da república, Alice Tibiriçá enviou um apelo ao então candidato que concorrendo por São Paulo era o nome favorito ao Catete.

“A Sociedade de Assistência aos Lázarus não se prende a nenhum partido político. Todavia, como o problema da lepra, para ser solucionado, depende em grande parte do interesse do Cattete, não podemos deixar de nos manifestar neste instante.

⁴⁸ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p. 200.

⁴⁹ “Mensagem das Sociedades de Assistencias aos Lázarus e defesa contra a Lepra ao Presidente da Republica: (Washington Luiz Pereira de Sousa).In: SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar. Op. Cit.,p.490/491.

(...) Em 1927, para reger o destinos de São Paulo foi eleito Presidente o Dr. Julio Prestes. Empossado, seu primeiro gesto foi ordenar a conclusão do leprosario de Santo Angelo...

(...) Assim, pois, na candidatura de agora não é a politica que nos interessa. É o valor de quem acima de todos os partidos, procurou o interesse dos mais humildes de seus concidadãos, tão humildes e repudiados que ninguém pensa sequer em alistá-os como eleitores!

(...) Fazemos votos para que a Nação inteira, reconhecendo o seu valor pessoal de patriota, republicano de denodado valor, dirigente calmo e trabalhador (...) o eleja para o supremo posto e daí, certo, advirá uma época em que todas as energias se manifestarão num regimen de magnanimidade, justiça e progresso. A sociedade faz votos também, para que o futuro Presidente da República, em seu programa de governo, tenha presente a gravidade da situação do Brasil em relação á Lepra e trate desse assumpto com o zelo de um apóstolo, devotamento civico e amor a seus semelhantes!”⁵⁰

Com o golpe de 1930, o novo presidente da Republica, Getúlio Vargas, destituiu os presidentes de Estado nomeando interventores para ocuparem seus lugares.

As elites paulistas já bastante insatisfeitas com este ocorrido ainda seriam novamente contrariadas com a nomeação do tenente pernambucano João Alberto para ocupar a interventoria de seu Estado. O relacionamento político de Vargas com São Paulo foi conturbado desde o início do governo provisório. Essa dificuldade pode ser evidenciada pelo cargo de Interventor que passou rapidamente por várias mãos até março de 1932, quando, finalmente, encontrou-se um nome que pudesse agradar aos paulistas, Pedro de Toledo, este indicado pelas próprias elites daquele Estado.

O período inicial do mandato dos interventores, provavelmente, devido ao conturbado momento político, prosseguiu com a habitual indiferença com relação a lepra.

Assim, dado o sucesso de vendas e publicidade que vinha alcançando o Boletim mensal da SAL e DCL/SP, o grande número de outras sociedades dispersas pelo país que já haviam sido criadas até 1932 e as dificuldades em prosseguir com as atividades rotineiras da entidade de São Paulo, Alice Tibiriçá resolveu, em fevereiro daquele mesmo ano, concretizar os planos de criação de uma federação das entidades reunidas. Com esta associação nacional ela objetivava aumentar sua influencia política e contornar a crise que se vivia em São Paulo naquele momento.

“ANEXO 17
FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES DE ASSISTENCIA AOS
LAZAROS E DEFEZA CONTRA A LEPROSA – SUA
ORGANIZAÇÃO DEFINITIVA.

Com as reuniões realizadas nos dias 23 e 27 de fevereiro p.p. de 20,30 às 24 horas, à rua Libero Badaró, n.º 10, 3º andar, foi definitivamente organizada a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.

Foram ellas presididas por D. Alice de Toledo Tibiriçá e secretariadas pela Prof.ª Noemy Silveira.

Representaram-se a Soc. De Assistência aos Lázaros de S. Paulo, Liga de São Lázaro (Baurú), Sociedade de Assistência aos Lázaros do Distrito Federal, Liga de S. Lazaro (São Simão), Fundação S. Lázaro (Parnahyba-Piauhy), Instituto do Ensino “O Grambery” (Juiz de Fora), Sociedade Mineira de Protecção os Lázaros e Defesa contra a Lepra, Soc. de A. L. e Def. c. Lepra (Natal – Rio Grande do Norte), A. C. M. Associação Universal Humanitária, Soc. de A. Lázaros de Mococa e Federação Brasileira pelo Progresso Feminino.

A Soc. Pernambucana de Assistência aos Lázaros, a Sociedade Acadêmica de Protecção aos Lázaros (Bahia), Liga São Carlos (S. Carlos), havendo adherido, não tiveram no entanto; representação.

Deixou de comparecer, excusando-se, o diretor do Mackenzie College – Dr. T. Stewart.

Na primeira reunião foi feita a leitura do projecto de estatutos, sendo suggeridas várias modificações. Na segunda, essas modificações introduzidas nos estatutos, fizeram com que estes fossem aprovados.

Anunciada a eleição do corpo de direção provisório o voto dos presentes consagrou – para presidente, D. Alice de Toledo Tibiriçá; para vice-presidente, prof. Eunice Weaver; para secretaria, prof. Noemy Silveira, Thesoureira, D. Felicidade Perpetua de Macedo.”⁵¹

Embora fosse desejo de Alice Tibiriçá que a sede da Federação se instalasse na capital federal, as pessoas presentes nas reuniões de fundação foram contrárias a tal proposição. Alegavam que essa decisão poderia comprometer, logo nos primeiros anos, o bom funcionamento da entidade, causando inúmeros transtornos evitáveis e inviabilizadores de uma ação mais efetiva. Ficou ainda acertado nas reuniões de fundação que a SAL e DCL/SP doaria 10% de seus bens para a Federação constituir seu patrimônio inicial e que Alice Tibiriçá acumularia as duas presidências.

Contudo, o ano de 1932 reservaria ainda inúmeras surpresas para Alice Tibiriçá e a recém criada Federação. Quando, em maio deste ano, o interventor de

⁵⁰ TIBIRIÇÁ, Alice. Um Homem para solucionar um grande problema. In: Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. São Paulo, Vol. I, n.º 05, agosto de 1929(p.01-03).

⁵¹ Publicado originalmente em: “A Platéia”, São Paulo, 07/03/1932. In: TIBIRIÇÁ, Alice. TIBIRIÇÁ, Alice. **Como eu vejo o problema da lepra: e como me vêem os que o querem “manter”**. São Paulo, Editado pela Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, 1934(p.299).

São Paulo nomeou Nicolau Rossette para a Secretaria Estadual de Educação e Saúde Pública, que por sua vez nomeou em junho, Francisco Sales Gomes Júnior para a Inspeção de Profilaxia da Lepra, logo depois, convertida em Departamento de Profilaxia da Lepra/DPL, permanecendo ainda subordinado àquela secretaria de governo⁵². A conjuntura que já não era favorável para Alice Tibiriçá e a SAL e DCL/SP e a Federação piorou sensivelmente.

Sales Gomes assumiu a DPL com entusiasmo e energia. Este substituiu a indiferença com relação a lepra dos governos anteriores por uma prática de apropriação indébita dos méritos de tudo o que havia realizado até o momento. Entre seus objetivos constava o de desarticular e desmoralizar a SAL e DCL/SP que passou a ser encarada como um poder paralelo, concorrente, inconveniente e perigoso.

Embora fosse pública, naquele momento, a antipatia do governo de São Paulo com relação à SAL e DCL/SP, a reorganização do Instituto de Profilaxia da Lepra/IPL em Departamento de Profilaxia da Lepra/DPL, este último com maior autonomia, quadro de funcionários permanentes, dotação orçamentária exclusiva, elaboração de legislação específica, constituiu-se numa resposta dada a sociedade paulista grandemente forçada pelo barulho levantado por Alice Tibiriçá e sua sociedade, conforme reconhecimento do próprio Sales Gomes Júnior.

“A necessidade de entendimentos rápidos com todas as autoridades administrativas e judiciárias do Estado, a ligação imprescindível que deve existir entre os institutos e associações de assistências privadas, a necessidade do afastamento dos falsos filantropos dos hansenianos levaram o governo do Estado a criar o Departamento de Profilaxia da Lepra.”⁵³”

Mas apesar de alcançado o objetivo de se criar uma Federação das Sociedades, do sucesso do crescimento em número e importância política que vinha experimentando aquelas entidades, entre as quais poder-se-ia citar a de Juiz de Fora, fundada por Eunice Weaver e que estava alcançando bons resultados⁵⁴, novamente os

⁵² MAURANO, Flávio. **História da Lepra em São Paulo**. 3º Monografia dos Arquivos do Sanatório Padre Bento. São Paulo, empresa Gráfica da “Revista dos Tribunais”, Vol. II, 1939(p.174).

⁵³ SALLES GOMES JR., Francisco. – “Um extenso programa de campanha prophylatica é o que pretende realizar o Departamento de Prophylaxia da Lepra” In: Folha da Noite, São Paulo, 08/05/1935. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p. 183.

⁵⁴ Nesta época, Eunice Weaver (1904-1969) era professora de História e Geografia no Instituto Gambey e acumulava os cargos de Presidente da SAL e DCL de Juiz de Fora e vice-presidente da FSAL. DCL com sede na cidade de São Paulo. Para maiores detalhes ver: PEREIRA, Antonio. A

acontecimentos políticos iriam atravancar os rumos que se desejava imprimir a constituição de uma atenção sistemática à lepra no Brasil.

Com a eclosão da guerra civil de 1932, deflagrada em 9 de julho daquele ano, e o envolvimento nesta de Alice Tibiriçá, comprometeu, ou pelo menos redimensionou, a atitude do governo federal perante a FSAL e DCL e sua presidente.

Alice participou ativamente dos conflitos, excetuando-se o envolvimento em batalhas, fez de tudo um pouco, contribuiu financeiramente, divulgou os motivos da luta, “pela constituição e contra a ditadura”, auxiliou alguns batalhões a arrecadar remédios e mantimentos. Foi convidada para ser madrinha do batalhão “Borba Gato”, o que aceitou prontamente não medindo esforços para auxiliá-lo até o momento de embarque para os campos de batalha. Seu marido, o engenheiro João Tibiriçá Neto, e seu filho, Jorge Tibiriçá Neto, na época estudante de medicina, alistaram-se no batalhão “14 de julho” que operou na frente sul em Tararé. Em uma das patrulhas que realizavam nas trincheiras daquela região, seu filho foi, inclusive, baleado em 10/08/1932 e, com isso, afastado do combate por algum tempo.

“Poucos dias depois, efetivamente, Jorge veio, como sempre jovial, restabelecer-se em São Paulo. Uma semana antes do término da Revolução, a sua unidade passou pela capital, e ele se reincorporou. Na volta, ao findar da luta, foi imprensado por um caminhão. Sua saúde ressentiu, na última semana de esforço, como não havia ocorrido no mês inicial de combate. O trauma, então, foi também psíquico. Nunca mais voltou a ser o mesmo, alegre e despreocupado.

Meu pai (João Tibiriçá Neto, marido de Alice) já não era jovem. Com o ritmo violento dos combates e marchas, certa vez caiu, extenuado, na estrada. Mas recobrou-se, e prosseguiu até o fim, voltando, então, com o filho.”⁵⁵

Em São Paulo, após a chamada “Revolução Constitucionalista”, Sales Gomes tomaria uma série de medidas objetivando o alijamento dos “falsos filantropos” no Estado, assim como, livrar o governo dos percalços por estes ocasionados.

A idéia era desarticular a SAL e DCL/SP na atividade que desenvolvia com maior sucesso, à saber: a arrecadação de fundos para as obras assistências destinadas aos leprosos.

Campanha contra a lepra no Município de Juiz de FÓra(Tese apresentada as Jornadas Médicas de Juiz de FÓra). Juiz de FÓra, Estabelecimento Gráfico Companhia Dias Cardoso. 1939.

⁵⁵ MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. Op. Cit., p.135.

Sales Gomes havia percebido que a sociedade respondia favoravelmente aos apelos da SAL e DCL/SP e às outras do gênero existentes pelo país. Eunice Weaver, por exemplo, com o dinheiro arrecadado em doações na cidade de Juiz de Fora construíra um razoável pavilhão de diversões no asilo-colônia de Santa Isabel em Betim.

“Era invejável a eficácia dos grupos filantrópicos na obtenção de fundos, que eram utilizados de formas diversas dentro dos asilos-colônias. Algumas vezes as verbas arrecadadas já chegavam com destinação certa, como por exemplo a construção de pavilhões para moradia de doentes, salas de costura, oficinas de trabalho, etc.”⁵⁶

Seja qual fosse a medida adotada, ela deveria atender alguns requisitos primordiais para o DPL. Primeiro, e mais importante, era não interromper as doações dirigidas aos leprosos isolados nos asilos-colônias. Segundo, encontrar uma forma de impedir que essas doações fossem direcionadas ou remetidas através da SAL e DCL/SP. A solução encontrada para alijar os filantropos, foi a criação de uma “Caixa Beneficente” em cada asilo-colônia e a instituição de uma comissão de “Assistência Social” no DPL.

A invenção das Caixas Beneficentes é habitualmente atribuída à Lauro de Souza Lima⁵⁷. Estas constituíam-se em órgãos próprios e legalizados⁵⁸, administrados pelo diretor dos asilos-colônias e uma comissão formada por internos, sendo esta obrigatoriamente nomeada pela direção. Este órgão poderia receber diretamente da população as doações enviadas, sem atravessadores, e investi-las onde julgasse mais conveniente, já que a referida comissão tinha, em tese, poderes para decidir livremente o destino das arrecadações.

Entretanto, toda esta liberdade de escolha não se efetivava no cotidiano daqueles estabelecimentos. A direção acabava por induzir os investimentos neste ou naquele setor, imprimindo um destino aos donativos que chegavam. As doações deveriam propiciar conforto e fartura para o “*lázaro no seu longo calvário*”, mas acabavam sendo direcionados para suprir a falta de alimentos, sementes, ferramentas,

⁵⁶ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p. 182.

⁵⁷ Paira uma dúvida sobre o autor dessa idéia. Talvez a atribuição ao médico Lauro de Souza Lima se explique pelo fato de ter sido no asilo-colônia administrado por ele, na época o Padre Bento, o primeiro estabelecimento a contar com este órgão, o que não significa, necessariamente, ser de sua autoria.

roupas e até remédios não fornecidos pelo DPL e o governo. Este passou a enxergar nestas Caixas Beneficentes uma forma de barateamento dos custos por possibilitar um avanço expressivo na conquista da auto-suficiência dos asilos-colônias, condição considerada fundamental desde 1913 por Oswaldo Cruz.

“A Caixa Beneficente pagando funcionários doentes cria gado, faz plantações e vende as mercadorias produzidas ao governo por preços mais vantajosos. Essa instituição (...) poderá fazer com que aquella cidade tenha vida propria bastando-se a si própria.”(sic)⁵⁹

Contudo, é preciso ressaltar um episódio ocorrido em 1932 que seguramente contribuiu para essa formatação autoritária que adquiriu as Caixas Beneficentes depois do decreto de 1933. No principio, a administração da “Caixa” do Padre Bento era exercida pelos internos, escolhidos através de eleição sem interferências direta da direção. Sucedeu-se que naquele ano a comissão administrativa escolheu para patronesse daquele órgão Alice Tibiriçá. Este acontecimento foi o pretexto que faltava para o DPL “moralizar” a Caixa.

Devidamente instituídos e “moralizadas”, as Caixas Beneficentes, era preciso divulgá-las ao público, paralelamente a um processo de desqualificação da SAL e DCL/SP.

“(...) a credulidade e a generosidade do nosso povo teem sido muitas vezes explorada. Boa parte de seus donativos têm sido feita a sociedades de nomes suggestivos, das quaes só se conhecem os programas, bem impressos e espalhafatosos, porem cujas realizações são mínimas. Os internados nos hospitaes não necessitam de intermediários para desse recebimento. Ha, ainda, a elles possuem, Caixas Beneficentes legalizados, e por elles mesmos dirigidas, que se incubem desse recebimento. Ha, ainda a ‘Assistência Social’, sociedade cuja presidência é ocupada pelo proprio Dr. Salles Gomes, e que se encarrega da distribuição desses donativos. Para que a população de São Paulo tenha certeza do emprego consciente de seus donativos que os faça directamente, ás ‘Caixas Beneficentes’ dos hospitaes ou á ‘Comissão de Assistência Social’, deixando no abandono que merecem as pseudas instituições de nomes compridos e realizações curtas.”(sic)⁶⁰

“Não temos necessidades de assistência particular. (...) organizadas como estão os ‘Caixas Beneficentes’ dos sanatórios de hansenianos, não ha razão

⁵⁸ No Estado de São Paulo foi elaborado um decreto que normatizava o assunto. (Dec. N.º 5965 de 30/06/1933)

⁵⁹ “Visita ao Asylo Pirapitinguy por uma caravana de jornalistas desta capital” In: **Folha da Manhã**. São Paulo, 27/05/1934. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.296.

⁶⁰ TIBIRIÇÁ, Alice. Op. Cit., p.122.

de existirem sociedades particulares, como a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, cuja acção não corresponde ao que arrecada. (...) Sobre a Campanha da Solidariedade felizmente a Comissão Executiva tomou a si a tarefa de aplicar directamente as quantias arrecadadas durante a campanha”(sic)⁶¹

Os artigos e entrevistas se seguiram na imprensa paulista, todos basicamente com o mesmo teor. Primeiro, alertavam para a não necessidade de intermediários ao se realizar doações para os leprosos internados nos asilos-colônias. Segundo, solicitavam auxílio para o combate aos falsos filantropos, como a SAL e DCL/SP e Alice Tibiriçá, inconsistentes, ludibriadores e exploradores da boa fé pública e do espírito de caridade da população em geral.

Alice Tibiriçá, através da SAL e DCL/SP, moveu uma ação judicial contra seus detratores. Estes, vendo-se acuados, alegaram em tribunal tratar-se os artigos de fruto de “deturpação jornalística”, não sustentando em juízo as acusações que veiculavam através da imprensa escrita.

Enquanto o clima permanecia tenso e infrutífero em São Paulo, Alice Tibiriçá, através da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, atendendo as reivindicações de várias sociedades filiadas, inúmeros médicos e outros interessados, organizou na cidade do Rio de Janeiro um evento de caráter médico e assistencial objetivando criar um espaço nacional de debates onde pudesse ser discutida a questão da lepra no Brasil e os rumos que se deveria adotar com relação à sua profilaxia.

Este evento foi intitulado de “*Conferencia para a Uniformização da Campanha Contra a Lepra*” e aconteceu de 24 de setembro a 02 de outubro de 1933. Compareceram médicos, representantes de quase todos os Estados do país, inclusive, do DPL de São Paulo⁶², institutos científicos como a American Mission to Lepers, Fundação Oswaldo Cruz entre outros. O sucesso de público, apresentações de trabalhos, números de participantes, repercussão na imprensa foi inesperado e surpreendente. A conferência ultrapassou todas as expectativas dos organizadores e adquiriu um importante valor histórico tornando-se um divisor de águas na história da lepra no Brasil.

⁶¹ Idem., p. 123.

⁶² Francisco Salles Gomes Júnior participou proferindo uma palestra sobre isolamento.

Naquele contexto, naquele momento, início da década de 1930, apenas a FSAL e DCL reunia condições para organizar um evento desse porte que objetivava discutir uma política em âmbito nacional com relação a lepra. Esta, até 1930, era vista como competência exclusiva dos Estados isentando-se, dessa forma, a União do envolvimento com esse “desagravo à saúde”. Somente a partir de 1930 com a crescente centralização autoritária que ocorreu entorno do governo federal é que este passou a ser munido de recursos e condições de engendrar uma ação nacional. Mas, em 1933, essa centralização autoritária ainda não estava concluída. Nem mesmo São Paulo, único estado que tinha condições de se manifestar sobre o assunto, não poderia realizá-lo por vários motivos, entre eles, por não desejar. Mas não se deve esquecer que o pioneirismo paulista se devia em grande parte ao trabalho da SAL e DCL/SP e a Alice Tibiriçá.

Este evento, por suas dimensões, constituiu-se num momento em que um grande número de profissionais da área se reuniram e se debruçaram sobre o problema da lepra no Brasil com o objetivo de elaborar uma postura adequada que pudesse ser adotada nacionalmente e que não resultasse no alijamento de nenhum dos envolvidos com o problema até aquele momento. A FSAL e DCL em 1933 era, estrategicamente e socialmente, a mais indicada para organizar e conduzir o evento e talvez a única que apresentava as condições necessárias para fazê-lo e ainda se posicionar reivindicando dos governos estaduais e federal uma ação mais efetiva e contínua com relação ao problema da lepra no país. A repercussão do evento pode ser percebida desde o momento em que este acontecia na cidade do Rio de Janeiro:

“Como afirmamos, o Chefe do Governo Provisório – Getúlio Vargas – mandou cientificar a promotora da Conferência (FSAL e DCL) de que as resoluções desta serviriam de normas para a atuação do Governo, no setor.”⁶³”

Os temas debatidos na Conferência foram variados. Entre eles: esterilização dos leprosos, proibição matrimonial, isolamento, separação compulsória dos filhos indenes, cunhagem de moeda específica para cada leprosário, aposentadoria por lepra, expatriação interestadual dos leprosos (cada um deveria ser internado somente no Estado de origem), padronização dos leprosários, censos de Lepra, criação da carteira de saúde (que entre outras coisas, atestava que seu portador não era leproso) e a

instituição da obrigatoriedade de sua apresentação, publicação de uma revista nacional periódica e regular sobre leprologia, legislação específica (entre elas uma lei que proibisse o livre trânsito dos leprosos), infra-estrutura dos leprosários, contribuição policial no recolhimento dos leprosos para internamento em leprosários, destino dos bens e imóveis dos leprosos isolados, pátrio-poder dos pais leprosos, entre outros assuntos.

Pode-se observar que os temas relacionavam-se ao imperativo da época: “defender os sãos”, através de um profilaxia que se resumia no isolamento dos leprosos.

⁶³ MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. Op. Cit., p.78.

Estas fotos⁶⁴ mostram uma cena que se tornaria cada vez mais rara. Filantropos, caridosos e médicos reunidos num evento, organizado pelos primeiros e de importância social para ambos. Neste momento, os primeiros desfrutavam de relativa importância que no decorrer do século XX iria gradualmente declinar. Observe-se que os religiosos já não estão presentes.

Entre as diversas proposições debatidas na conferência já havia aquelas convertidas em práticas no Brasil. O isolamento e a separação dos filhos indenes seria um exemplo. Para essas sugeriam-se apenas algumas reformulações, mais rigor e ampliação do atendimento até então existente. Outros temas, como a esterilização, a proibição matrimonial e a perda do pátrio-poder dos leprosos, apesar de contarem com grande número de simpatizantes na época, para os quais tais medidas eram consideradas relevantes, “desejáveis”, “tentadoras” e até “necessárias”, porém, não eram aplicadas no país. Por último, certos assuntos, eram extremamente polêmicos, de difícil conciliação e estabelecimento de consenso entre os participantes do evento, pois esbarravam numa série de empecilhos legais e constitucionais e embaraçavam-se nos interesses econômicos dos envolvidos; eram eles: a expatriação interestadual dos leprosos para fins de isolamento e o destino de suas propriedades e bens depois do internamento.

Dessa forma, esta conferência alcançou um resultado de grande relevância ao evidenciar de forma bastante enfática a gravidade do problema da lepra no Brasil. Até 1933 este não havia sido contemplado no país com um evento exclusivo e integralmente a ele dedicado. O “encontro da FSAL e DCL” reuniu grande número de profissionais e pessoas interessadas, todos relacionados com a questão da lepra e que encontraram nesta conferência um espaço para debate do qual há muito careciam.

As conclusões apresentadas ao final da conferência foram remetidas ao governo federal acompanhadas de extenso parecer e possuíam um caráter de sugestão acerca das melhores e mais acertadas indicações para lidar com o problema da lepra no entendimento dos participantes do evento. Foram elas:

- 1) realização de censos de lepra
- 2) imposto específico para combater a lepra

⁶⁴ fotos extraídas de: TIBIRIÇÁ, Alice. Op. Cit., p86.

- 3) padronização dos leprosários
- 4) cunhagem de moeda específica e privativa dos leprosários
- 5) instituição da carteira de saúde e sua obrigatoriedade em âmbito nacional⁶⁵

Pode-se observar que as conclusões do evento foram razoavelmente tímidas, tanto em número quanto em teor, em comparação com a variedade de temas debatidos, o que demonstra a existência de inúmeras polêmicas, dissidências e interesses envolvidos que impediram certas propostas de constarem no documento final da conferência.

Deste modo, o “encontro da FSAL e DCL”, através de suas conclusões e pareceres, apontou três princípios que deveriam orientar a profilaxia da lepra no Brasil. Esses representavam, naquele momento, uma ampliação e o acirramento da forma até então adotada. Isso, no entanto, não significa que a *Conferência para a Uniformização da Campanha Contra a Lepra* ratificou simplesmente a ação estatal desenvolvida até aquela ocasião.

Nenhum dos participantes mostrou-se satisfeito com as iniciativas e realizações dos governos estaduais e federal. Embora o evento não tenha criticado os fundamentos até então utilizados condenou a falta de rigor e zelo dos governos na aplicação destes e responsabilizou este descuido pelo crescimento do número de leprosos no país. O primeiro destes princípios referia-se ao “isolamento” do maior número de leprosos em asilos-colônias aprazíveis, amplos, higiênicos, localizados preferencialmente na zona rural, onde o internado ali pudesse reconstituir sua vida sem oferecer risco a população ‘sadia’. O segundo era a instituição de uma forma permanente de observação sobre os parentes próximos e outras pessoas que conviveram com o leproso isolado, chamados de “comunicantes”, prováveis “infectos” sobre os quais deveria se estabelecer um “*controle e vigilância ambulatorial por serem suspeitos*”.

Por último, impedir o convívio do filho indene com o pai leproso, necessitando-se para isso da “*extensão da prática preventorial*”.

A partir de 1935, esses princípios converteram-se numa postura estatal apoiada pelas associações particulares ou não-governamentais, concretizada pela

⁶⁵ TIBIRIÇÁ, Alice. Op. Cit., p.49.

constituição do tripé institucional: asilos-colônias, dispensários e preventórios. Que correspondiam, respectivamente aos três princípios anteriormente citados, Isolar, vigiar e orfanar.

Terminada a conferência Alice Tibiriçá retorna às atividades cotidianas da FSAL e DCL em São Paulo. Em 1934, surge em Bauru uma oportunidade de se experimentar uma ação inovadora com relação a assistência aos leprosos e sua família.

Os asilos-colônias produziam inúmeros órfãos, viúvos e viúvas de lepra, consternados pelo infortúnio que acometera suas famílias.

Apenas um único membro acometido de lepra poderia ser o suficiente para provocar o desmembramento familiar integral. A vida de todos ficaria marcada e estigmatizada. Filhos órfãos, pai ou mãe na viuvez com dificuldades no trabalho e no convívio social e o ente “infectado” trancafiado em nome da preservação dos “sãos”. Todos privados do ambiente familiar. Preventório, dispensários e asilos-colônias eram, respectivamente, seus destinos. Arsenal profilático que deveria ter acabado com a lepra no Brasil.

Objetivando evitar o desmembramento familiar a FSAL e DCL e a Liga de São Lázaro e Defesa Contra a Lepra de Bauru elaboraram conjuntamente uma proposta inovadora de assistência aos leprosos. Essa consistia num esforço para tentar conciliar a profilaxia da época: o ‘isolamento’; com o menor sofrimento possível para aqueles que deveriam ser submetidos a essa medida, procurando atingir dessa forma o mais alto grau de eficiência que se esperava da filantropia com relação a lepra.

Planejava-se isolar toda família e não apenas o membro acometido de lepra. Esperava-se que atuando dessa maneira o grupo familiar fosse preservado, diminuindo o martírio dos filhos, cônjuges e até daqueles que deveriam ser isolados. Além de evitar inúmeros tormentos, essa postura permitiria a continuidade das atividades profissionais dos membros familiares tão necessárias para custear as despesas do grupo e não onerar excessivamente o Estado. Por último, mas não menos importante, ficava assegurado o cumprimento adequado da profilaxia da lepra, condição inarredável, imprescindível até recentemente. Humanizar, baratear e otimizar a profilaxia da Lepra eram os objetivos principais deste projeto.

Partindo para a execução, a FSAL e DCL e a Liga de São Lázaro e Defesa Contra a Lepra de Bauru começaram a realizar inúmeras ‘Campanhas de

solidariedade'. Com o dinheiro arrecadado foi comprado um terreno próximo à estação da Conceição no município de Bauru. Neste lugar planejava-se construir granjas, algumas casas de morada, uma creche, um dispensário e um local para internamento dos leprosos em estágios mais avançados. Era intenção equipar o entorno dessas granjas com tudo aquilo que as famílias necessitassem para transformar este espaço numa alternativa paralela às instituições dedicadas à lepra existentes no Brasil até aquele momento.

As famílias que preferissem poderiam optar por residir nas granjas, todo o grupo, inclusive os “sãos”, onde poderiam reconstruir suas vidas a partir do diagnóstico de lepra de um dos seus membros, sem, contudo, resultar no esfacelamento familiar.

“O que se impunha era dar assistência a toda a família. Mas como? Em granjas, respondeu Alice Tibiriçá, onde pudessem viver, trabalhar e produzir. Atender as crianças, apenas, seria insuficiente, e, até mais oneroso. Nas granjas, três aspectos viriam a ser atendidas: o humanitário, o econômico e o profilático. O que produzissem poderia ser vendido, inclusive, para os Leprosários, ajudando a manutenção da obra. Seriam grupos de famílias de doentes nucleadas, facilitando-se, assim, exames periódicos. E a família permaneceria reunida. Creches, somente para os que sem alternativa, delas necessitassem.”(sic)⁶⁶

Essa proposta, no entanto, não chegou a se concretizar. O DPL e seu diretor, o senhor Sales Gomes Jr., embargaram a granja de Bauru muito antes de iniciar seu funcionamento, ainda na fase de construção, lembrando que este projeto havia recebido, entre outros, a aprovação deste próprio departamento.

Não foram apresentadas razões para tal atitude o que provocou inúmeros protestos e reclamações. Embora “implícito” o motivo para este procedimento é facilmente reconhecível: perseguição política.

Contudo não é difícil compreender o porque que este projeto da FSAL e DCL não recebeu na época amplo apoio social de forma que tivesse sua continuidade assegurada. Ele era polêmico demais. Muitos acreditavam que ele era nocivo por permitir o surgimento de mais casos de lepra ao prever um amparo à famílias inteiras, onde ocorreria a “indesejável” convivência entre “sãos” e “infectos”. Ousado, anojado, irresponsável ou não-profilático. O silêncio que se abateu sobre esta

⁶⁶ MIRINDA, Maria Augusta Tibiriçá. Op. Cit. p.68/69.

iniciativa demonstra que ela incomodava e agredia a postura adotada e escolhida para a época, inclusive, reafirmada na “Conferencia para a Uniformização da Campanha Contra a Lepra”. Isolamento para os leprosos, preventórios para os filhos indenes, dispensários para “comunicantes”.

O princípio que orientava essa iniciativa era o desejo de minorar a resistência ao isolamento através da constituição de uma alternativa que permitisse a manutenção da família unida pós-diagnóstico de lepra em um, ou mais, de seus membros. Argumentava-se que as granjas poderiam contornar o problema das fugas e do ocultamento dos leprosos. Esta proposta apesar de inovar dentro do mesmo quadro utilizado na época acabava por evidenciar e explicitar o quão “*draconiano*” era o isolamento para as pessoas atingidas por essa medida. Reconhecimento perigoso, inconveniente e desaconselhável para um discurso que ambicionavas se impor de forma imperiosa. O isolamento precisava ser entendido como necessário, impreterível e adequado. Única alternativa existente de proteção dos “sãos” que não podia ser contradita com uma atitude tão irrefletida. Urgia sua implantação em âmbito nacional juntamente com todas as medidas complementares a sua plena eficiência, os preventórios e dispensários, sob pena de não se conseguir atingir o objetivo primordial: acabar com a lepra no Brasil.

Esse discurso precisava de uma suscetibilização da sociedade propiciada pelo medo, que aludia ao perigo representado pelo leproso, e não podia conciliar com uma atitude que colocava em foco, ainda que indiretamente e não propositadamente, os sofrimentos ocasionados por esta medida àqueles para os quais se destinava.

Contudo, a experiência frustrada de Bauru ainda permite uma reflexão comparativa com o que aconteceu no entorno de alguns asilos-colônias no Brasil. Nos arredores destes estabelecimentos surgiram pequenos bairros habitados por parentes e familiares dos leprosos isolados nestes locais, ou mesmo por ex-internos que eram obrigados a abandonar a instituição caso recebessem alta por não oferecerem mais perigo de contágio e para não onerarem o Estado desnecessariamente.

Em Betim, com o decorrer dos anos formou-se nos arredores do asilo-colônia Santa Isabel um bairro chamado Citrolândia cujos moradores eram basicamente familiares e parentes de leprosos que se encontravam isolados neste estabelecimento e ex-internos que receberam alta. Inúmeras tentativas, sem sucesso, foram realizadas objetivando desarticular Citrolândia. Todas as pessoas reunidas naquele local eram

marcadas pelo estigma que revestia a lepra. As inúmeras dificuldades ocasionadas pela presença da lepra em suas vidas levaram-nas a se agruparem em volta dos muros do asilo-colônia buscando a proximidade com o membro furtado do convívio, a solidariedade mútua entre aqueles que padeciam do mesmo mal e a fuga do estigma que os distinguiu e oprimia, impondo obstáculos a continuidade de suas existências.

O caso de Citrolândia e da Granja de Bauru permite uma reflexão sobre a tragicidade que envolvia o isolamento do leproso tanto para sua família quanto para o próprio internado. Neste trabalho não se está afirmando que o projeto de Alice Tibiriçá era a solução adequada para o problema da lepra no Brasil. Quer-se apenas registrar que ele foi uma das alternativas alijadas no decorrer da luta. No entanto, ele precisa ser estudado e problematizado. O simples fato do embargo da obra não significa que ele era perfeita, redentora e isenta de contradições. A luz do contexto, vista emergida na historicidade que a produziu, ela era uma das várias propostas, então existentes que não vingou no decorrer da história.

Passado o episódio de Bauru e todo o desgaste que dele resultou, Alice Tibiriçá resolveu transferir a sede da FSAL e DCL de São Paulo para o Rio de Janeiro. Vários acontecimentos contribuíram para essa decisão. Em São Paulo instalava-se e consolidava-se no DPL um regime autoritário, centralizado e às avessas com as associações filantrópicas. No entanto, pela primeira vez na história, dispunha-se de somas tão vultuosas e de recursos tão amplos para a execução da profilaxia da lepra neste Estado. O governo paulista entendia que o êxito obtido pelas “associações particulares” atuantes nesta área e o espaço que conseguiram conquistar só fora possível devido a ausência do Estado neste setor até 1930.

Em âmbito federal, no entanto, o governo mostrava-se simpático à causa da lepra e às conclusões da *Conferencia para a Uniformização da Campanha Contra a Lepra* de 1933. Alguns autores atribuem esta inclinação do governo pós 1930, em parte, ao fato de Getúlio Vargas ser membro integrante da Soberana Ordem de Malta. Afirmação esta muito simplista, problemática e carente de estudos mais aprofundados sobre a questão. Havia de fato uma grande preocupação com a lepra desde o final da década de 1910. o momento revelava-se oportuno para transferir a sede da FSAL e DCL para a capital da república, onde esta poderia conseguir mais frutos do que na exaurida paulicéia.

Por último, Alice Tibiriçá encontrava-se às voltas com inúmeros problemas pessoais que dela exigiam muitas energias e a impediam de executar uma administração da FSAL e DCL conforme era seu desejo e abnegada habitual dedicação. Doenças e mortes na família, dificuldades financeiras, problemas conjugais, divórcio e em 1939 o falecimento do marido.

Dessa forma, se era melhor para a causa, ainda que doído para Alice Tibiriçá, ela o fez. Solicitou uma reunião no Rio de Janeiro da SAL e DCL daquela cidade e de todos os membros da FSAL e DCL e transmitiu o seu cargo à senhora Eunice Weaver que ocupava a vice-presidência a seu convite desde 1932, e o acumulava com a presidência da SAL e DCL de Juiz de Fora. Alice Tibiriçá faleceria em 1950 sem retornar a militar na área da lepra.

2.3.2 Eunice Weaver e a presença do Estado

“Arbitro EM 500:000\$000 (quinhentos contos de réis) a subvenção a ser paga, em 1941, a todas as associações particulares de assistência aos Lázarus e defesas contra a lepra. Esta importância deve ser entregue a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e defesas contra a lepra, com sede no Distrito Federal, que a distribuirá pelas associações de todo o país. Não mais devem ser concedidos auxílios a essas sociedades, se não por intermédio da Federação que ficará responsável pela distribuição e deverá justificá-la perante o Ministério da Educação e Saúde. Ficaram sem efeito os despachos anteriores que atribuíram subvenção, isoladamente, a associações desse gênero”.

Despacho (deferido) da Presidência da República de 09/12/1940. (a) Getúlio Vargas.

“A Sociedade Mineira de Proteção aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra (Belo Horizonte), requer ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, isenção de contribuições.”

Despacho (indeferido) da Presidência da República de 21/01/1944. (a) Getúlio Vargas.

A Chegada de Eunice Weaver a presidência da FSAL e DCL representou o coroamento de uma carreira meteórica no campo do assistencialismo moderno relacionado com a lepra.

Com a sede da Federação no Rio de Janeiro, sua nova presidente encontrava-se numa situação inédita e privilegiada com relação a gesto anterior. Era uma nova

época, muito diferente daquela em que os governos estaduais e Federal procuravam se esquivar do problema da lepra.

Desde o término dos trabalhos da “Conferência para a Uniformização da Campanha a Lepra” ficou acertado que a FSAL e DCL participaria ativamente do esforço de “combate a lepra” no Brasil. Essa forma de colaboração, no entanto, ainda não estava definida naquele momento. De qualquer forma nem o governo Federal nem o paulista desejavam uma atuação “à Tibiriçá”.

Os asilos–colônias permaneciam na esfera de obrigações estaduais mas, agora, isto é a partir de 1933, deveriam ser mais bem amparados pela União que também se encarregaria de auxiliar na construção de novos estabelecimentos nos Estados onde estes ainda não existiam.

Havia um consenso de que os leprosos deveriam ser colocados dentro da jurisdição de cuidados a serem oferecidos pelo Estado, cabendo a FSAL e DCL auxiliar para que esta medida atingisse com eficiência o maior número de acometidos possíveis. Em suma, apesar da importância política e social que adquiriu a Federação, esta deveria assumir um papel submisso com relação ao Estado na obra da profilaxia de lepra no Brasil

Eunice Weaver representaria a consolidação dessa submissão ao Estado. Essa nova condição, resultante da influência estatal, teria seu nascimento no momento que a FSAL e DCL deixou de prestar assistência diretamente aos leprosos, limitando-se a cuidar de seus filhos indenes através dos preventórios . Ao especializar-se na ação preventorial, a Federação abandonou as práticas discursivas e não-discursivas que haviam proporcionando o grande prestígio social e político do qual desfrutava em meados da década de 1930. Gradualmente a FSAL e DCL foi perdendo sua combatividade e a capacidade de enfrentamento e reivindicação social que possuía perante o governo passando a viver às suas expensas.

O leproso e sua família tornaram – se, então, a partir de 1935, alvo de intensa intervenção normalizadora oriunda do Estado. Seus filhos indenes, revestidos do estigma da lepra herdado dos pais, ficariam submetidos à prática preventorial dirigida e organizada nacionalmente pela FSAL e DCL. Assim, as “crianças lázaros” deveriam ser enviadas para asilos-colônias e aquelas que não fossem “infecto – contagiantes” poderiam ficar fora da órbita da ação estatal, porém, submetidas, dentro

dos preventórios, à mesma vigilância e controle exercido pelos dispensários sobre os “comunicantes”.

A partir de 1935 observa-se que o envolvimento maciço do Estado com o problema da lepra iria redimensionar a postura da FSAL e DCL, invertendo o que vinha ocorrendo até aquele momento.

Sediada no Rio de Janeiro a FSA e DCL pode contar com amplo apoio político e financeiro do governo federal. Além da prática preventorial na qual se especializou, esporadicamente realizava-se campanhas de arrecadação de fundos para auxiliar na melhoria das instalações físicas dos asilos-colônias. Este recursos eram aplicados na construção de pavilhões residenciais, de diversões e ou outros que julgassem ser mais necessários.

O processo de centralização autoritária em curso naquele momento no Brasil encantava a FSAL e DCL que ambicionava fazer o mesmo com relação as ruas filiadas. O governo federal a partir de 1935 reuniria cada vez mais em seu entorno atribuições que antes de 1930 não eram de sua alçada. Reduzindo o poder do legislativo e judiciário federal, repassando para a União algumas prerrogativas outrora estaduais e municipais e imbuindo-se da função de fiscalizador e normalizador, o governo Vargas obteve condições de possuir uma interferência perceptível em vários setores da vida nacional.

No entanto, essa submissão correspondida a dois movimentos contrários e complementares. O primeiro, a sujeição da FSAL e DCL ao governo federal equivalia a uma forma eficaz de ter assegurado os recursos financeiros necessário para o prosseguimento de suas atividades. O segundo, a subordinação das filiadas ao comando da Federação, condição indispensável exigida para o recebimento de recursos da União, constituiu uma forma de controle hierarquizado pelo qual se transmitia ao mantenedor o poder de decisão final sobre o que se relacionasse com a prática preventorial. A Federação passou a ocupar uma posição intermediária nesta hierarquia. Encontrava-se acima das SAL e DCL locais espalhadas pelo país, as quais dominava, e abaixo do Ministério da Educação e Saúde (MES), ao qual era subordinada.

Para Federação sua própria submissão ao governo da União constituiu uma estratégia importante para que obtivesse êxito no objetivo de submeter as demais sociedades locais ao seu controle, o que foi concretizado através da restrição da

autonomia que estas possuíam. Com isso, todas as decisões passaram a emanar do Rio de Janeiro.

O principal mecanismo de controle utilizado foi a intermediações burocrática, via FSAL e DCL, de todos os recursos financeiros⁶⁷ destinado aos preventórios. Qualquer doação ou subvenção governamental deveria obrigatoriamente passa pela sede no Rio de Janeiro, que retirava uma pequena porcentagem, “mínima”, “apenas o estritamente necessário para a manutenção da causa”, e repassaria o restante a filiada para qual se destinava originalmente o auxílio.

Este mecanismo, citado anteriormente, se encaixava dentro da “vontade centralizadora e autoritária” que eclodiria mais tarde no âmbito do governo federal no período chamado Estadonovista. O que o tornou possível foi um documento oficial, um Despacho, que direcionava todas as subvenções governamentais para à FSAL e DCL ao mesmo tempo que a submetia ao controle da União, impondo prestações de conta e ditando, mesmo que implicitamente, o rumo que deveria tornar o dinheiro a ela confiado. Um autêntico “toma lá da cá”. Trocou – se a autonomia pela opulência.

No entanto, apesar desta mudança de orientação verificada entre a primeira e a segunda presidente da FSAL e DCL, Eunice Weaver não omitia o trabalho de Alice Tibiriçá.

“Ainda em 1926, em São Paulo, foi fundada a 1ª Sociedade de Assistência aos Lázaros, por D. Alice Tibiriçá, iniciando ativa propaganda no Estado, em favor do combate a lepra. Fundou ainda muitas filiadas nesse estado, a fim de trabalharem na assistência as famílias dos enfermos bem como dos próprios doentes.

*Mais tarde, foram fundadas Sociedade semelhante no Distrito Federal e em mais 5 estados, que em 1932 se agruparam em Federação, com sede em São Paulo. Em 1935, a Federação foi transferida para Rio”.*⁶⁸

Carmencita Gibson Barbosa, continuadora de Weaver, considerava o trabalho da primeira gestão da Federação insuficiente.

“Existia, em São Paulo, a Federação Sociedades de Assistência aos Lázaros, fundada em 23 de janeiro de 1932, pela Sra. Alice Ribas Tibiriçá, porem o trabalho não vinha se desenvolvendo como era necessário, dado o vulto

⁶⁷ Ver o famoso “Despacho de 1940” que abre este texto (item 2.3.2)

⁶⁸ WEAVER, Eunice. Assistência Social no combate à Lepra no Brasil. In: **Separata da Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, Rio de Janeiro, Gráfica Milone, 1943, 55p. (p.07).

*alarmante da doença, que requeria as mais enérgicas providencias dos poderes políticos.*⁶⁹

Dessa forma, Eunice Weaver delimitou três prioridades que foram rigorosamente cumpridas durante todo o período em que esteve à frente da FSAL e DCL ou seja, até a sua morte em 1969. Primeiro, a construção de novos preventórios, através da realização das campanhas arrecadação de recursos financeiros e estabelecimento de acordos com o MES. Segundo, aumentar o número de Sociedades filiadas pelo país. Terceiro, auxiliar na melhoria das instalações físicas dos asilos-colônias. Pode-se observar que a FSAL e DCL tornou-se o braço direito do MES no que se referia a profilaxia da lepra no Brasil

O crescimento do número de filiadas da FSAL e DCL foi uma estratégia encontrada para se viabilizar a concretização da primeira prioridade. As sociedades locais constituíam um meio eficaz de arrecadação de pessoas aptas para contribuir na construção, administração e amparo financeiro dos preventórios. Esses recebiam auxílio em forma de apoio social as suas atividades e recursos financeiros para custear as despesas que ultrapassassem a valor das subvenções governamentais recebidas. O dinheiro era arrecadado nos municípios onde se localizavam os preventórios, ou nas cidades vizinhas, através de campanhas de doação, bailes, festas, loterias e outros eventos do gênero.

A receita utilizada para se fundar as sociedades locais era a mesma desde a época da Alice Tibiriçá. A presidente da FSAL e DCL realizava uma visita à cidade escolhida, durante a qual apresentava algumas palestras e encontros, nos quais fazia-se o apelo pedindo auxílio para a “salvação de raça”. Algumas pessoas eram quase sempre procuradas por serem consideradas de utilidade estratégica para o sucesso da causa. Eram elas: a primeira dama municipal, médicos, autoridades municipais, advogados, delegados, jornalistas, representantes de toda imprensa local, vereadores entre outros. As “moças de família”, oriunda da classe média, da primeira metade do século XX, encontraram nas atividades filantrópicas da SAL e DCL uma área de atuação extra-doméstica que não representava uma afronta à sociedade machista da época, por isso, bem aceita e recebida. Um espaço feminino socialmente consentido.

⁶⁹ BARBOSA, Carmencita Gibson. **Eunice Weaver: um símbolo.** Rio de Janeiro, Gráfica Milone, 1965(p.13).

“A função filantrópica da Sociedade de Assistência aos do Lázaro e Defesa contra a Lepra (SAL e DCL) foi amplamente acatada pela mulher brasileira do início do século XX, que encontrou espaço nas atividades filantrópicas, sociais e moralizadoras aliadas ao processo de promoção da mulher, apregoadora pelo feminismo nascente. A partir do final do século XIX, a mulher burguesa, através da revalorização das tarefas educativas, estabeleceu uma nova continuidade entre suas atividades familiares e atividades sociais, onde descobriu um domínio de missão e abriu um novo campo profissional, na propagação das novas normas assistenciais e educacionais.”⁷⁰

Uma vez formada a SAL e DCL local esta era colocada sob orientação direta da FSAL e DCL, convertendo-se, assim, num “olho” desta naquela cidade. Além de hierárquico e jurídico, o vínculo entre a Federação e suas filiadas eram financeiro, pois era do Rio de Janeiro que vinham as subvenções governamentais para os preventórios.

UBERLÂNDIA

Uberlândia, sempre fiel ao nome acertado que recebeu, é uma terra fértil para todas as boas sementes que nela sejam lançadas.

Foi o que se confirmou mais uma vez quando em setembro de 1948 aqui veio D. Eunice Weaver, essa mulher incomparável em abnegação e caridade, empenhada em propagar por toda parte a sementeira da grande obra social a que ela tão abnegadamente se consagrou .

*Ao apêlo por ela lançado em palestra realizada no salão de sessões de nossa Câmara Municipal, a população uberlandense correspondeu logo com a fundação da Sociedade de Assistência aos Lázaro e Defesa contra a Lepra efetivada **a 20 de setembro de 1948.***

Dentro da orientação que lhe imprimiu sua diligente promotora que continuou prestando-lhe sua supervisão, esta entidade beneficente vem dando sua assistência aos hansenianos deste município e as famílias dos mesmos.

Em complemento à sua atividade foi construído o Educandário Eunice Weaver no município de Araguari, onde as crianças nascidas de famílias doentes encontram um lar que as preserva do contágio e lhes proporciona carinhosa formação.

Por tão assinalados serviços resultantes da campanha humanitária de que fez campeã, Eunice Weaver é credora das homenagens que lhe rende aqui a Sociedade de Assistência aos Lázaro, pelos seus componentes e por aqueles a quem vem assistindo.

*Deolinda Cupertino Marquez
José de O. Guimarães⁷¹*

No final da década de 1930, com o aumento do número de filiados à FSAL e DCL e preventórios existente no país, Eunice Weaver, amparada com amplos recursos do governo federal, resolveu convocar um encontro objetivando aquilatar os

⁷⁰ GOMIDE, Leila Regina Scalia. Op. Cit., p.76/77.

⁷¹ BARBOSA, Carmencita Gibson. Op. Cit. p.63/64.

resultados até então obtidos e elaborar documentos para servirem de orientação, consulta e fundamentação da prática preventorial no Brasil. Assim, de 12 a 19 de novembro de 1939 aconteceu no Rio de Janeiro à *Conferencia de Assistência Social aos Leprosos*. Este evento ratificou tudo que vinha sendo realizado e foi taxativo em duas conclusões.

1º) Necessidade da criação de um órgão específico em âmbito nacional, vinculado ao Ministério de Educação e Saúde, munido de poder fiscalizador e normatizador, e que funcionasse como instância máxima de decisão e consulta para todos aqueles que trabalhassem com a lepra no país.

2º) Abolir oficialmente a denominação de *Preventório* para se referir aos internatos destinados aos filhos indenes dos leprosos e substituí-lo por *Educandário*, pois entendia-se que o primeiro nome era inadequado por aludir diretamente e explicitamente ao problema da lepra, sendo estigmatizante para as crianças que neste se encontravam.

A primeira conclusão foi acatada pelo governo federal que criou em 1941 a Serviço Nacional de Lepra (SNL)⁷². A segunda foi vigorosamente aplicada pela FSAL e DCL, inclusive, bastante elogiada por Eunice Weaver, embora, não tenha se concretizado na prática. Os internatos dedicados aos filhos indenes dos leprosos continuaram sendo designados de *Preventórios*, termo este que não caiu em desuso apesar de proscrito oficialmente. De qualquer forma, esta segunda conclusão inaugurou a discussão acerca de termos e nomenclaturas inadequados com relação à lepra, suas instituições, pacientes e profilaxia. Debate este que até hoje ainda mantém inúmeras polêmicas..

Este evento teve uma segunda edição em 1945. Desta vez ela foi intitulado de *II Confidencia Nacional de Assistência Social aos Lazaros* e aconteceu no Rio de Janeiro entre 10 a 16 de julho. Comparado ao primeiro, este o ultrapassou pelo gigantismo. Reuniram-se perto de 150 filiadas, inúmeros médicos, autoridades governamentais, o Serviço Nacional de Lepra, o ministro da Educação e Saúde e o presidente da Republica, Getúlio Vargas. Este no seu encerramento do encontro proferiu as seguintes palavras:

⁷² O Serviço Nacional de Lepra (SNL) subordinado ao Departamento Nacional de Saúde (DNS) do Ministério da Educação e Saúde (MES) foi criado pelo Decreto Lei N.º 3171 de 02/04/1941. (Publicado na Coleção de Leis do Brasil – CLBR- VOL I, 1941, p 000.0007).

“A Federação e suas filiadas não deveriam agradecer a colaboração e o apoio material que lhes tem sido dados pelo Governo Federal, pois este é que tem uma dívida de gratidão imperecível pelo muito que um entidade vem fazendo em benefício da gente brasileira.”(sic)⁷³

Os anais deste encontro transformaram-se em diretrizes nacionais e ultrapassaram o âmbito da prática preventorial estendendo-se a toda área do assistencialismo moderno relacionado com a lepra.

Terminado o Estado Novo e com a saída de Getúlio Vargas da presidente da República, a FSAL e DCL não ficou desassistida do amparo federal, embora, não voltasse mais a viver outra época como aquela, quando receberam tanto apoio e tão pequeno numero de críticas. O governo Eurico Gaspar Dutra continuou, sem o entusiasmo da gestão anterior, a repassar as subvenções governamentais à federação. No último ano de seu mandato, Dutra liberou uma subvenção governamental para que Eunice Weaver pudesse comprar um prédio próprio para abrigar dignamente a FSAL e DCL.

“Depois do advento do Estado Novo, o Presidente Eunice Gaspar Dutra , também grande amigo de Eunice Weaver, dera incondicional apoio à obra da federação e mandara-lhe proporcionar recursos para que fosse adquirida uma séde condigna, onde melhor ela pudesse estender as suas atividades, agora, grandemente, espalhadas. A Federação ainda tinha seu escritório na sala cedida, por empréstimo, no Palace Hotel⁷⁴. Assim, foi lhe concedida uma verba de Cr\$ 700.000, com que lhe foi possível adquirir a atual séde onde se acha instalada a Federação. Com a garantia do seu marido, que (Prof. Charles Anderson Weaver) afiançou o restante do pagamento, pode, enfim, ela ter maior espaço para exercer as suas atividades.”(sic)⁷⁵

Outra antiga reivindicação da FSAL e DCL, inúmeras vezes protelada, atendida durante o governo Dutra, foi a instituição de uma ajuda financeira anual destinada à Federação para contribuir no custeio dos preventórios, complementando as subvenções governamentais que já eram recebidos com este objetivo.

Os empecilhos surgidos na instituição dessa ajuda exigiram criatividade para serem superados. Muitos foram os problemas que se apresentaram. Primeiro a FSAL e DCL não era uma repartição estatal passível de ser diretamente contemplada com o

⁷³ BARBOSA, Carmencita Gibson. Op. Cit., p.40.

⁷⁴ Durante 15 anos a FSA e DCL encontrou-se instalada na sala N°534 do Palace Hotel, cedida gratuitamente com telefone, na Avenida Rio Branco no Rio de Janeiro/RJ, onde funcionário a sede administrativa e a redação da Revista de Combate a Lepra órgão oficial de publicação da federação. Em 1950 ela mudou-se para o novo prédio adquirido, localizado na Avenida Calogeras N°15 no centro do Rio de Janeiro, onde permanece até hoje.

⁷⁵ BARBOSA, Carmencita Gibson. Op. Cit. p.41.

produto de algum imposto específico. Segundo, como Associação Beneficente não-governamental recebedora de subvenções, igual a inúmeras outras existente no país, a criação de impostos ou taxa exclusivamente destinada a Federação poderia revelar-se um sinal de predileção e ilegalidade.

A solução encontrada foi transferir a conta para ser paga por toda população brasileira. Criou-se uma lei autorizando o poder executivo a emitir selos postais cujo valor arrecadado com sua comercialização deveria receber escrituração à parte pelos Correios, e por estes ser diretamente repassados à FSAL e DCL. O selo funcionaria como sobretaxa obrigatória a ser cobrada em todas correspondências brasileiras postada na última semana de novembro de cada ano, que passou a ser denominada de “Semana de Combate a Lepra”. Esta, apesar de programada para iniciar em 1950, teve sua primeira edição com dois anos de atraso.

Estados Unidos do Brasil
DIÁRIO OFICIAL

SEÇÃO I

Ano LXXXVIII - N.º265

Capital Federal Quinta Feira, 17 de Novembro de 1949

Lei N.º 909 – de 08 de Novembro de 1949⁷⁶

Autoriza a emissão especial de selos em benefício dos filhos sadios dos lázaros.

O Presidente da República:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º E' o Poder Executivo autorizado a realizar, anualmente, por intermédio do Ministério da Viação e Obras Públicas, a partir de 1950, durante uma semana, que se denominará Semana do Combate à Lepra, emissão de selos da taxa adicional de 10 (dez) centavos para serem aplicados à correspondência que transita pelo território nacional.

Parágrafo único. O produto da venda dos selos, a que se refere esta Lei. Será entregue à Federação das sociedades de Assistência ao Lázaro, integrada na Campanha Nacional Contra a Lepra, em virtude do Decreto – lei n.º 4.827, de 12 de outubro de 1942. em benefício dos filhos sadios dos lázaros.

Art. 2º Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 8 de novembro de 1949: 128º da Independência e 61ºda Republica.

Eurico G. Dutra
Clóvis Pestana.
Guilherme da Silvéria.
Clemente Mariani.

⁷⁶ No DOU coluna I, p.016081.

Os selos da Semana de Combate à Lepra /Hanseníase⁷⁷ circularam no Brasil de 1952 a 1994. Em alguns anos não houve emissão, dada a quantidade em estoque do ano anterior, que foi reaproveitada para comercialização. Nos anos de 1967 e 1972 não foi cobrada a taxa adicional⁷⁸. O primeiro selo da serie emitido em 24/11/1952 em homenagens ao Padre Damião de Veuster e o último foi dedicado ao padre Santiago Uchôa.

Mesmo submetido diretamente aos ditames do governo federal, os Correios constituem uma empresa estatal, portando, não impedida, naquele momento, de realizar tal “campanha de arrecadação”, ainda que fosse o cidadão comum, o consumidor final, o responsável pelo pagamento da conta. De qualquer forma, até a sua morte em 1969, Eunice Weaver pode contar com os recursos oriundos dos selos postais para auxiliar no custeio dos “*Preventórios do Brazil*”⁷⁹.

Os preventórios proliferavam no Brasil, ultrapassando o número de 30 instituições espalhadas pelo país. Com o crescimento das despesas a FSAL e DCL terminou por abandonar as outras poucas atividades que realizava, dedicando-se exclusivamente a eles. Encargo pesado que consumia inteiramente os esforços de todas as pessoas que trabalham na Federação:

“A responsabilidade para manter em funcionamento tão grande número de Educandários, 29 ao todo, onde se encontram abrigadas cerca de 5000 crianças, já pelos idos de 1950, (...) era muito grande , notadamente em um

⁷⁷ A partir de 1976 com alteração de nome realizada pelo Ministério da Saúde (PORTARIA 165/BSB de 14/05/1976), de Lepra para Hanseníase, os Correios modificaram a nomenclatura dos Selos portais que passaram a serem Semana de Combate à Hanseníase.

⁷⁸ MEYER, Rolf Harald. **Catálogo de Selos do Brasil-1900/91**. São Paulo, Vol. II – 48.^a Edição. Editora RHM LTDA, anuário 1990/91(p.27-29).

⁷⁹ A partir da outorga da constituição de 1967 e da promulgação da de 1988, os Correios ficaram “impedidos” da cobrança da sobretaxa da “Semana de Combate à Lepra /Hanseníase” . Essa interpretação foi reforçada com a Lei nº6538 de 22/06/1978 (Dispõe sobre os Serviços Portais) . No entanto, apenas em 1995 os Correios suspenderam a emissão deste selos por decisão judicial. Com base numa Ação Ordinária ajuizada em 1992, o juiz da 12ª Vara Federal do Rio de Janeiro, em 11 de junho de 1995, prolatou sentença no sentido de desobrigar os Correios da emissão do referido selo de taxa adicional, considerando, inclusive, ilícita a cobrança dos usuários do Serviço Postal dessa sobretaxa obrigatória para fins assistenciais por mais meritórios que fossem os objetivos a que se destinassem. Cf. Lei n.º 6538 de 22/06/1978; PERON, Luís. **Filatelia**. Módulo 06(Apostila interna dos Correios), 64p.(p.58-60); MEYER, Rolf Harald. **Catálogo de Selos do Brasil (simplificado): de 1843 a 1997**. São Paulo, 51ª edição, Editora RHM LTDA, anuário 1998.

país como o nosso, em que de ano para ano, sobe assustadoramente o custo de todas as utilidades.

As previsões feitas anualmente para manter o equilíbrio do orçamento com as dotações fornecidas pelo Governo eram sempre de muito ultrapassadas e então, terminadas as construções dos Educandários, começou uma outra luta muito mais violenta para mantê-los em funcionamento, dentro das normas e dos padrões da vida, de higiene, salubridade e conforto.

Começou a batalha de Eunice Weaver pela obtenção de maiores recursos junto aos poderes federais, estaduais e municipais, pois das despesas reais efetuadas com a manutenção das crianças internas, apenas 1/3 eram supridos com as verbas federais ou estaduais, sendo 2/3 restantes arrecadados da contribuição particular, com a promoção de festividades, renda de sócios, donativos de firmas importantes ou particulares, tómbolas, sorteios e todas espécies de promoção em que se pudesse auferir lucro imediato.

Mesmo assim não era bastante. A inflação tudo devorava e com a demora do pagamento das verbas, que geralmente levava muitos meses para serem pagas, já encontrava exauridas e desanimadas todas aquelas pessoas encarregadas de presidir e dirigir os destinos das Educandários.”⁸⁰

Para Maria Augusta Tibiriçá Miranda, filha de Alice Tibiriçá e biografia da mãe, essa dedicação exclusiva foi um erro.

“Dona Eunice permaneceu na Presidência da Federação, e, a ela, sem dúvida dedicou-se anos a fio. Mais lhe concentrou a atuação erradamente, nas creches e preventórios para os filhas de hansenianos.”⁸¹

No decorrer dos anos, a colossal despesa dos preventórios terminou por fazer da FSAL e DCL refém das intempéries governamentais. Dado a vultuosidade dos compromissos assumidos e o ônus a ser sustentado, que crescia vertiginosamente, nem sempre correspondido com o apoio habitualmente destinados pelos governos, chegou-se a viver na Federação situação de grandes dificuldades financeiras.

O segundo governo Vargas deu continuidade ao auxílio e amparo concedido desde 1935 à FSAL e DCL. No entanto, o suicídio de Getúlio foi um acontecimento que repercutiu na Federação. O ano de 1954 marcaria o fim do período “áureo” da tutela estatal, um “divisor de águas”. A partir do final da década de 1950 começavam a surgir severas críticas ao isolamento dos leprosos e a prática preventorial. Somado a isso, os governos federais que se sucederiam, cada vez mais entediavam ser os asilos - colônias e os preventórios oneroso preso morto, desnecessário aos cofres públicos. Paralelamente a crise do isolamento, os medicamentos que iam surgindo apontavam uma outra alternativa para a profilaxia da lepra. Começava-se a postular uma

⁸⁰ BARBOSA, Carmencita Gibson. Op. Cit. p.50.

profilaxia baseada em tratamento domiciliar, ausência do confinamento e dos preventórios e o barateamento dos custos.

A partir da década de 1960 começou-se a questionar o valor profilático da tríade asilos–colônias/dispensários/preventórios. O interesse do Estado pela FSAL e DCL e sua “obra patriótica” foi decaindo a medida que as críticas ao isolamento, e indiretamente aos preventório, foram se acentuando e avolumando. Questionava-se a função anti-leprótica dos preventórios, se este efetivamente “preveniam” alguma coisa ou apenas contribuía para perpetuação do estigma da lepra.

Até 1969, ano de sua morte. Eunice Weaver usara as migalhas restante de seu antigo prestígio social e político para assegurar a continuidade do atendimento prestado pela FSAL e DCL, embora, tenha sido obrigada a aumentar cada vez mais a dosagem de súplica e apelação que acompanha seus pedidos para que fossem obtidos os mesmos recursos outrora concedidos num clima bem mais favorável e menos custoso. Elogios presidenciais nunca mais aconteceram, e se ocorreram, não foram acompanhados do equivalente em auxílio financeiro para os preventórios.

“Com a mudança da capital para Brasília, então, tudo ficou mais complicado e confuso. Os processos levaram mais tempo para serem localizados, a exigência das repartições eram cada vez maiores, o trabalho requeria mais esforço, mais concentração, mais energia.

E embora encontre boa vontade e compreensão em toda parte as dificuldades venham sendo superadas, todos os obstáculos vencidos e tudo venha sendo feito rigorosamente dentro da rotina burocrática, os pedidos encaminhados dentro do prazo, as prestações de contas apresentadas sem falhas, todas as exigências por mais absurdas venham sendo cumpridas, ainda assim, com toda essa atividade e sacrifício, muitas das verbas destinadas ao seu trabalho são cortadas, algumas não são pagas, outras pagas pela metade ou no último dia do ano, quando ela já extenuada cansaço, fica pelas repartições até altas horas da madrugada, para que não caia em Exercícios Findos ou Restos a Pagar o precioso dinheiro destinado aos seus meninos.

E isso já vem se repetindo há vários anos.

Ainda em 1964, com sua saúde já seriamente abalada, quando se ela atendesse a conselhos médicos estaria invalidada, guardando o leito, ficou ela na 2ª Pagadoria do Ministério da Fazenda até quase de madrugada no dia 30 de dezembro e ao receber o cheque pelo qual tanto ansiara, o seu cansaço e mal-estar eram tão grandes que, acometida de uma síncope, na via pública, foi socorrida por estranhos e levada até à sede da Federação, onde estabeleceu sua moradia, desde a morte do seu marido (ocorrida em

⁸¹ MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. Op. Cit., p.80/81.

10/01/1955) e onde vem trabalhando neste últimos anos de 10 a 20 horas por dia.

Gostaria que os Sr. Presidente da República, Marechal Castello Branco, que no seu governo vem dando substancial ajuda à Federação, através do Sr. Ministro da Saúde, Dr. Raimundo de Brito, que pelo Serviço Nacional de Leprosia, tem consignado valiosas subvenções às sociedades mantenedoras dos Educandários e que já vem dispensando algumas das formalidades exigidas para o pagamento das verbas, pudesse dar um pouco de atenção regimento da matéria que determina o pagamento das subvenções a entidades assistenciais que comprovados serviços venham prestando à causa pública, suprimindo o intrincado e prolongado processamento, que leva ao desespero pessoas como Eunice Weaver, que há 30 anos vem trabalhando pela grandeza do Brasil, tendo sido por 15 vezes consecutivas eleita para o lugar que com patriotismo, invulgar capacidade e dedicação vem dando toda sua vida à causa que abraçou.”(sic)⁸²

Com a morte de Eunice Weaver, assumiu a presidência da FSAL e DCL sua amiga, companheira e biógrafa, senhora Carmencita Gibson Barbosa. A morte de Weaver representou a queda do último baluarte de sustentação da prática preventorial. Depois de 1969 uma crise generalizada, tanto econômica como política, se abateu sobre os preventórios. Faltava apoio às atividades e dinheiro para custeá-las. Os novos rumos políticos que se tomavam com relação a lepra e o descontentamento da Federação ficam evidentes nesta correspondência de Gibson a diretora do preventório do Triângulo Mineiro, Educandário Eunice Weaver de Araguari:

“Gostaríamos muito que a senhora estivesse aqui a fim de tomar conhecimento das medidas que seremos forçadas a tomar para que possamos continuar a dar assistência as crianças que temos sob nossa responsabilidade; o aumento da manutenção dos nossos Educandários que estão sofrendo uma forte pressão das autoridades federais com as medidas tomadas pelo Governo de não deixar mais nenhuma interferência de deputados e senadores com as subvenções que eles sempre destinavam aos nossos serviços.

(...) Estamos pois em vias de entrarmos em entendimento com prof. Mario Haltenfeld, presidente da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, pois ele poderá nos fornecer os meios para que possamos prosseguir os nossos trabalhos.

Acreditamos entretanto que para conseguirmos êxito neste setor, teremos que fazer uma reformulação na nossa norma de trabalho, desde que há muito vem sofrendo os Educandários forte pressão das autoridades sanitárias.

Não acreditamos que possamos sair vitoriosas se persistimos em nos apor a uma política que não poupou a própria D. Eunice, cujos últimos dias foram amargurados pela oposição que vinha sendo vítima.”⁸³

⁸² BARBOSA, Carmencita Gibson. Op. Cit., p.52.

⁸³ Correspondência da presidente da FSDCL, Carmencita Gibson Barbosa, à Diretora da preventório de Triângulo Mineiro, Rio de Janeiro, 09/04/1970. Apud: GOMIDE, Leila Regina Scalia. Op. Cit., p.250/251.

Em agosto de 1970, Gibson apresentou uma “tese” na I Reunião Leprológica Del Como Sul, realizada em Buenos Aires, intitulada; “*Considerações sobre os efeitos da leprose nos filhos dos hansenianos*” onde sugeria medidas de controle de natalidade a serem urgentemente adotadas nos asilos-colônias para impedir a proliferação de uma prole “nefasta”. Sua Argumentação central era a seguinte:

“Da longa vivencia com a educação e manutenção da criança nascida de pais hansenianos, encaminhada logo após o nascimento aos cuidados da Federação das Sociedades de Defesa Contra a Lepra, foi nos dado observar alguns sintomas e características de retardamento mental, que pelo alto índice apresentado, estão a merecer um melhor estudo pelas autoridades médicas.

(...)

Em todos os nossos estabelecimentos é considerável o número de retardados mentais, sendo que o mais destacado foi o caso de um Educandário situado na região Nordeste do Brasil, onde todas as crianças submetidas teste psicológico pela Fundação Pestalozzi, em numero de 65 tôdas sem exceção, apresentaram características de debilidade mental, cretinice ou inteligência sub-normal.”(sic)⁸⁴

Esta atitude da presidente da federação mostrou-se tendenciosa em inúmeros aspectos. Após anos de trabalho com os filhos dos leprosos somente em 1970 ela teria lembrado de divulgar a “debilidade mental” ou “cretinice”, se é que elas existiam, dessas crianças. Momento tão oportuno que mal esconde a voluntária amnésia da qual fora acometido durante anos. O controle de natalidade nos asilos-colônias também lembrado em 1970. A falta de dinheiro na Federação serviu de estímulo para a memória de Gibson que disparou a recordar-se, elencar e enumerar problemas antigos sobre os quais encrustava-se um sórdido esquecimento. Enquanto havia recursos financeiros nem a “cretinice” e o excessivo número de criança eram preocupantes mas, minguada as subvenções a floravam inúmeras lembranças acobertadas.

Temendo fechar as portas e terminar desprovida de qualquer tipo de ajuda governamental a Federação viu-se obrigada a modificar as diretrizes com as quais venha norteando o seu trabalho até aquele momento. Primeiro mudou de nome para Federação das Sociedades de Defesa Contra a Lepra(FSDCL) e depois para Federação das sociedades Eunice Weaver(FSEW) com o qual permanece até hoje. Segundo, deixou de atender exclusivamente as filhos indenes de pais leprosos e

tornou-se uma rede de orfanato geral permitindo o ingresso de outras crianças que não fossem os “órfãos de pais vivos”. Esta mudança de postura já vinha sendo preconizada por Gibson desde 1970:

“Os Educandários Especializados no Brasil estão passando por uma reformulação, a fim de que possam transformar-se em estabelecimento mistos, entretanto, apesar das restrições que eles sofrem, por não ter sido ainda encontrada uma solução pelas dificuldades sócio-econômicas do País, eles continuam existindo e para ali são encaminhadas as crianças nascidas nos leprosários, numa proporção alarmante.”⁸⁵

Numa outra correspondência de Gibson a Diretora do preventório do Triângulo Mineiro, ela comunica as novas diretrizes nacionais com relação à profilaxia da lepra e expressa sua inconformidade e descontentamento com a situação que vivia a Federação naquele momento.

“Apreciamos e louvamos o esforço que a senhora vem fazendo assim como assim como as demais companheiras, porém como sabe a culpa não é nossa que a Federação tenha chegado a situação que chegou. A própria Da. Eunice, não conseguiu evitar a crise tremenda do corte de todas as verbas (...).

(...) Quanto a situação dos doentes, sabemos que é de verdadeira calamidade pública o estado em que eles se encontram e voltaremos para eles nossa atenção quando tivermos verbas para os nossos meninos.

Infelizmente o que ficou acertado nos Congressos são normas que os leprólogos seguem e contra as quais nós, leigas, não podemos nos insurgir abertamente. Não estamos de acordo absolutamente que os doentes não devam ser internados nem que as crianças devam ficar em companhia dos pais, mas é isso que os leprólogos pregam a quem, inclusive fazendo com nos tirem as verbas para que o nosso trabalho acabe. Por outro lado nunca fizeram nenhuma pesquisa sobre as conseqüência do tratamento na mulher gestante e muitos ficaram contra nós por abordamos o problema controle da natalidade (...). Já que eles são frontalmente contra os nossos Educandários, a primeira coisa que deviam fazer era controlar o nascimento de tantas crianças, e levar consideração as nossas observações sobre o atraso no desenvolvimento mental dos mesmos...”⁸⁶

O convênio da FSDCL com a FUNABEM foi assinado em 1978. A demora foi devido a necessidade de adaptação dos regulamentos de ambas instituições⁸⁷. O

⁸⁴ BARBOSA. Carmencita Gibson. Considerações sobre os efeitos da Leprose nos filhos dos hansenianos. Apresentados na I Reunião Leprológica Del Cone Sul (Comissão social), Bueno Aires, agosto de 1970 (p. f 1-1, f1-4)6p. (cópia xerox).

⁸⁵ Idem., p.f1-2.

⁸⁶ Correspondência da presidente da FSDCL, Carmencita Gibson Barbosa, à Diretora do preventório do Triângulo Mineiro, Rio de Janeiro, 22/09/1970. Apud: GOMIDE, Leila Regina Scalia. Op. Cit. p.252/253.

⁸⁷ Idem., p. 251.

Educandário Eunice Weaver em Araguari, por exemplo, abrigava, 70 crianças entre 2 a 16 anos em 1990, das quais apenas 5% eram oriundas dos asilos-colônias e as demais provenientes de uma triagem realizada pela FUNABEM⁸⁸.

No decorrer de sua história a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra foi tendo suas práticas discursivas e não-discursivas redimensionadas conforme o comportamento do Estado até deixar o mundo da lepra. A nova conjuntura das décadas de 1960 e 70 reclamava novas e posturas, no entanto, não foram dessa forma compreendidas pela Federação.

“A incompreensão diante dos novos métodos propostos conduziu à análise distorcida da presidente da Federação, que “enxergou”, na nova medida, um complô por parte dos Serviços de Saúde em relação aos trabalhos já cristalizados, desenvolvidos pela Federação, impedindo, inclusive a possibilidade de ser criar, a partir daí, uma inovadora e moderna forma de enfrentamento da questão da hanseníase.”⁸⁹

Converter os preventórios num estabelecimento geral de amparo a infância foi a maneira encontrada pela Federação para continuar sobrevivendo com a ajuda governamental, numa época em que a lepra já não era justificativa suficiente para auferir os recursos de que necessitava.

⁸⁸ Idem., Ibidem., p.255.

⁸⁹ Idem., ibidem., p.254.

CAPÍTULO III
“AQUI RENASCE A ESPERANÇA”: crise na
profilaxia da Lepra no Brasil

3.1. A tríade isolacionista: asilos-colônias, preventórios e dispensários

A seqüestração dos “morféticos” em asilos-colônias rurais, afastados das áreas urbanas, foi a maneira mais econômica, aprazível e “profilaticamente correta” que se encontrou para alijar da sociedade os indesejáveis leprosos.

No entanto, logo constatou-se que o isolamento necessitava de outras medidas complementares que assegurassem o cumprimento eficaz de seu objetivo principal; à saber: *acabar com a epidemia de lepra no Brasil*.

O perigo não se encontrava apenas no leproso e no seu corpo, repositório de inúmeros bacilos, que ameaçava os “sãos” por ser o veículo de condução da lepra para outras plagas ainda intactas. Mas os isolados ou confinados possuíam filhos, irmãos, pais, amigos e outras pessoas com as quais conviviam, que, em tese, eram portadoras irreveladas do mesmo mal. Para estas foram providenciados os preventórios e os dispensários.

Os asilos-colônias

Em 1880 foi inaugurado no “*Imperial Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro*” os retratos de Dom Frei Antônio do Desterro e do Vice-rei Conde da Cunha¹. Nessa ocasião discursou o Escrivão da Administração daquele estabelecimento, Luiz Augusto de Magalhães, que sugeriu que fosse gravado no pórtico daquele edifício, no vitral, com letras de fogo, a sentença da porta do inferno de Dante Alighieri²: *Deixe fora toda a esperança*³. A sugestão foi acatada, porém, quando Dom Pedro II, imperador do Brasil, realizava uma de suas habituais visitas àquela instituição, provavelmente em janeiro de 1881, desaprovou categoricamente

¹ Sobre a relação desses dois personagens com a história do Imperial Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro ver o texto 2.1, do capítulo II, deste trabalho.

² Poeta e escritor italiano (Florença 1265 - Ravena 1321), autor da Divina Comédia.

³ Dante Alighieri – Canto III: 9

esta escolha e determinou sua substituição por uma outra frase mais humanitária; alterando-a para: *Aqui renasce a esperança*⁴. Este episódio tornou-se célebre e tem sido geralmente utilizado para demonstrar a visão aguçada do monarca brasileiro com relação a inúmeros assuntos, entre eles, a lepra. Em 1919 Arthur Neiva⁵ colocou essa mesma inscrição no frontispício do asilo-colônia Santo Ângelo, no município de Mogi das Cruzes/SP, pois esta, se adequava como lema para as tendências que tomavam vulto na leprologia nacional e paulista naqueles idos anos da década de 1910. O isolamento ressurgia encarnando as esperanças de conter a procissão macabra da lepra sobre o país. Daí a justificava para inserir a divisa imperial no primeiro grande estabelecimento de isolamento renovado do Estado de São Paulo, isto é, uma seqüestração médica e não mais religiosa.

Este acontecimento, no entanto, se presta a outras inúmeras análises, pois revela características da época em que vivia seus envolvidos. Dom Pedro II espantou-se com uma frase adotada num leprosário brasileiro no final do século XIX, o que provavelmente não teria ocorrido com seu pai ou seu avô, afinal está na bíblia que o leproso é mesmo um condenado e por ele pouco se podia fazer. Mas, o estranhamento daquela frase para a imperador remontava algo desumano. Ele reinava num país onde, assim como em todo o ocidente, a Medicina Social se firmava e consolidava seu espaço de atuação reivindicando redutos outrora eminentemente religiosos. A lepra era um objeto do discurso médico que se definia naquele momento. Arthur Neiva considerou adequada a divisa porque vivia na mesma *epistémé*⁶ que se encontrava o monarca brasileiro. A retirada da lepra da esfera religiosa e sua imersão no saber médico coincide com a mudança ocorrida no hospital que, no final do século XIX, começa a adquirir seu estatuto de estabelecimento onde se processa a cura e a recuperação dos males humanos.

No entanto, se Arthur Neiva considerou válida a frase imperial gravada no Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, ele certamente não aprovaria os métodos de

⁴ Este episódio encontra-se narrado em: SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. **História da lepra no Brasil: período republicano**. Volume III, Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1956(p.384/Est.26).

⁵ Diretor do Departamento de Saúde Pública do Estado de São Paulo em 1917 e autor do código sanitário de 1918.

⁶ Para Michel Foucault, este termo significa um conjunto de regras e princípios, predominantes num determinado período histórico, que possibilitam que certas coisas sejam ditas e outras não, cofigurando campos particulares de saberes, geralmente avessos a novas colocações que não utilizam o conjunto já definido dentro da área. Cf. FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 7ª edição, Edições Loyola, São Paulo, 20001.

trabalhos adotados neste estabelecimento até início do século XX. Neste, isolava-se apenas aqueles que batiam voluntariamente à sua porta, alguns mendigos que não dispunham de meios para se furtarem a visão pública ou ocultarem sua lepra e algumas pessoas cujas famílias não desejam mais a companhia do ente “infectado”. A “collectividade” permanecia da mesma forma ameaçada, pois estes estabelecimentos realizavam um trabalho cujo valor profilático era inócuo. Para Ernani Agrícola eram estabelecimentos assistenciais e não profiláticos:

“a instalação de asilos, enfermarias e hospitais em vários Estados como o Umirsal, em Manaus, no Amazonas, inaugurado em 1908 e que funcionou até 1930, decorreu da presença de portadores do mal de Hansen, sendo mais de caráter de assistencial. Por certo bela obra de caridade, mas sem qualquer influência como medida de combate à doença que continuou a se expandir de vez que a aparelhagem sobre ser deficiente, não dispunha de recursos técnicos e organizações necessárias ao desenvolvimento de uma campanha eficiente de sentido profilático”(sic)⁷

O procedimento adotado no Hospital do Rio de Janeiro era o mesmo de todos os outros congêneres existentes no país⁸. Era um isolamento que remontava a herança medieval, mediado pelas concepções bíblicas acerca da lepra, que não se estendia a todos os acometidos, concretizando-se através de uma prática altamente seletiva que terminava funcionando mais como asilo para aqueles que se encontravam em estado avançado ou tinham sua sobrevivência comprometida por causa da lepra.

O século XX iria requerer um outro tipo de isolamento diferente daquele religioso, seletivo, brando, não rigoroso, descontínuo e incapaz de deter o doente dentro de um espaço cerceado pelos cuidados considerados necessários para salvaguardar a população “sã” do perigo da lepra. A teoria microbiana das doenças de início levou a um aperfeiçoamento destas instituições de seqüestro no sentido de restringir a um controle burocrático a circulação dos “indesejáveis” leprosos.

O ideal higienista era o de conter a lepra em um espaço físico controlável, sujeito a uma fiscalização médica rigorosa, que objetivava resguardar a população “saudável” do convívio daqueles que consideravam como portadores da terrível moléstia. Combater a lepra era o mesmo que combater os leprosos. Privá-los do

⁷ AGRÍCOLA, Ernani .A Lepra no Brasil. In: **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro, MS/DNS/SNL,p.15.

⁸ Ver mapa no capítulo II, item 2.1.

convívio social e retirar-lhes vários de seus direitos foi a forma encontrada para impedir que os “*bacilos que lhe devoravam as carnes*” prosseguissem sua escalada e continuasse a vitimar outros ainda indenes.

“A Lepra, molestia repugnante, que devora as carnes do individuo, tornando-o repellente, é tanto mais cruel, quanto, poupando a vida da sua victima, expõe-n’a a execração publica, durante a sua longa existencia.

Ninguém morre de Lepra. O leproso morre de qualquer outra molestia intercorrente, ou de velhice. E com a sua transmissão se dá por contagio, imagine-se o numero de victimas que cada leproso pode produzir, durante os largos annos que vive carregado de tão lugubre fardo. Além disso, a lepra não tem cura, não se conseguiu até hoje a cultura do seu bacilo, nem tão pouco descobrir o processo da sua transmissão. Hypotheses sobre hypotheses, theorias sobre theorias, desde todos os tempos têm orientado as pesquisas scientificas, sem resultados satisfactorios.

Desde Moysés, segundo nos conta a Bíblia, existe a lepra sobre a terra. Sendo a mais repelente de todas as molestias que têm affligido a humanidade serviu sempre de campo de investigações para legiões de scientists. Apesar disso, chegamos ao seculo XX da nossa era, em condições mais ou menos identicas ás do seculos anteriores a Christo. A idéia da segregação do leproso, circunscrevendo o mal aos proprios individuos atacados, para com elles desaparecer, quando lhes vier a morte, já era executada nos tempos biblicos e tem sido até o único meio efficaz, de que os povos civilizados têm lançado mão.

Todas as chalmoostras e seus derivados, como todas as panacéas applicadas no decorrer dos seculos, para a cura da lepra, têm produzido resultados efficazes em alguns casos e falhado desoladoramente em muitos outros. Como a lepra é um mal mundial, todos os povos do globo têm sido por ella atacados. E todos lhe deram combate, usando processos nem sempre iguaes, que produziram resultados tambem diversos.

A observação dos differentes processos applicados é o guia mais seguro de que podemos lançar mão para o nosso caso, e o mellhor, dentre elles, já está verificado, é o da segregação.”(sic)⁹

No entanto, quando se pensou em isolar todos os leprosos no Brasil logo defrontou-se com um primeiro e grave problema: o financeiro. De imediato constatou-se que não ficaria barato o custo de um empreendimento que visasse confinar sob a tutela estatal todos os acometidos de lepra do país. Começaram então a surgir inúmeras sugestões para adequar os módicos recursos disponíveis à “urgência” e “grandeza” da causa. A imaginação de médicos, arquitetos e políticos passaram, então, a buscar uma saída economicamente viável para superar o obstáculo que se apresentava como o maior entrave à realização de uma profilaxia da lepra em todo

⁹ CAIUBY, Abelardo Soares. **O Problema da Lepra no Brazil: analyse e tentativas de solução.** 1931. 31p, (p.4/5).

o território nacional. O arquiteto Abelardo Soares Caiuby apresentava as seguintes estatísticas para o Brasil até 1930¹⁰:

Ano	Números
1890	4.000
1900	8.000
1910	16.000
1920	32.000
1930	64.000

Segundo Caiuby o Brasil apresentava em 1930 um índice de prevalência de 1,99¹¹ por mil habitantes, para uma população brasileira estimada em 40 milhões de pessoas. Naquele momento essa taxa ultrapassava a japonesa e indiana em valores percentuais, conhecidos países por sua alta endemicidade de lepra. Para Belisario Penna o números de leproso no Brasil em 1920 era de 35.000 e para Benigno Ribeiro 36.000. Pode-se observar, na tabela acima apresentada, que Caiuby projetava uma duplicação do número de casos de lepra a cada dez anos, caso nenhuma medida fosse tomada, portanto urgia reter o crescimento desta desastrosa epidemia através da implantação do isolamento compulsório.

Esse isolamento compulsório, no entanto, deveria, no entendimento da década de 1930, apresentar algumas características, que, inclusive, foram debatidas na *Conferência para Uniformização da Campanha Contra a Lepra* de 1933. Apesar de obrigatório ele deveria estabelecer diferenciações no interior dos estabelecimentos onde seriam confinados os leproso. Embora todos fossem acometidos do mesmo mal, aquele que os impeliu para dentro dos asilos-colônias, nem todos deveriam receber o mesmo tratamento, nem todos deveriam ser convertidos no mesmo leproso. Em suma, clamava-se pela implantação de, privilégios e regalias que pudessem ser usufruídas apenas por aqueles internos de situação financeira mais favorável.

Essas vantagens especiais, prerrogativas que apenas alguns internos mais abastados possuíam condições de usufruir, existiram em todos os estabelecimentos edificados no Brasil sob orientação médica, e foram entendidas como imprescindíveis para o sucesso destes asilos-colônias no “*combate a lepra*” no país e defendidas por

¹⁰ Idem, p.07.

¹¹ Idem, ibidem, p.4.

leprólogos renomados como Orestes Diniz¹². Alegavam que a inexistência dessas comodidades poderia repelir os leprosos de situação financeiramente melhor e comprometer o ideal de circunscrever o mal a todos aqueles que o possuíam indo desaparecer com a morte de todos os seus acometidos. Eram os seguintes benefícios disponíveis para os internos mais afortunados: permissão para construção de casa de morada própria, separada dos demais, o que, no entanto, não lhes dava o direito de reaverem este patrimônio caso deixassem o estabelecimento, nem a família, em caso de falecimento do interno. Não havia a possibilidade de indenizações nem de reaproveitamento dos materiais utilizados na construção. Se por algum motivo o interno não pudesse usufruir do que construiu, este bem era integralizado ao conjunto do patrimônio do asilo-colônia que poderia utilizá-lo como bem entendesse; atendimento médico prioritário mediante pagamento extra aos médicos e demais integrantes do corpo clínico; restaurante particular; isenção da obrigatoriedade da realização de certas tarefas designadas a todos os internos; possibilidade de fazer outros tratamentos paralelo ao do asilo-colônia, quando este existia, arcando integralmente com todas as despesas deste decorrentes.

Mas a concessão de vantagens especiais para os leprosos mais ricos era uma forma de abrangir com isolamento todos os leprosos do país. A discussão acerca da inviabilidade econômica desta medida permanecia. Em 1926, Belisario Penna¹³ sugeria a construção de dois municípios autônomos especificamente dedicados aos leprosos, um no norte do país e outro no sul. Todos os acometidos de lepra deveriam ser enviados para esses municípios, desejando-o ou não. O governo federal e os estaduais deveriam auxiliar estas “cidades leprosas” somente naquilo que elas não conseguissem produzir para sua sobrevivência. Estes municípios deveriam ter o seu entorno militarizado e guarnecido por um batalhão do exército especialmente constituído para este fim. A construção de fossos, trincheiras, guaritas eram

¹² Foi diretor do asilo-colônia Santa Izabel em Betim/MG, professor da Faculdade de Medicina em Belo Horizonte, diretor do Serviço de Lepra de Minas Gerais em 1946 e do Serviço Nacional de Lepra em 1958. Sobre este assunto ver o texto que apresentou na Conferência para Uniformização da Campanha Contra a Lepra intitulado: **Do isolamento na Lepra: algumas considerações para a sua eficiência**. Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1933, 42p.(p.41), onde sugere que seja incluído entre as conclusões do evento o criação de concessões especiais autorizadas pelos governos estaduais e federal que possibilitariam à determinados doentes de “melhor condição social” desfrutarem de melhoramentos não extensivos a todos os internos.

¹³ Entrevista concedida ao jornal **Gazeta de São Paulo** em 1926. Apud: CAIUBY, Abelardo Soares. Op. Cit., p.24/25.

aconselháveis, pois permitiriam uma vigilância melhor e mais qualitativa. Essas localidades deveriam almejar a maior independência possível, constituindo seus próprios governos e auto-gerenciamento. Cogitava-se que em pouco tempo todo ônus do governo com estes municípios seria desnecessário dado ao auto-custeamento que se tornaria realidade logo passassem a contar com uma população numericamente razoável e estável.

“Em principio de 1923, em uma série de artigos publicados no ‘O Jornal’, discuti o assumpto e aventei a fundação de dois municípios, um no norte e outro no sul do paiz, para nelles serem segregados todos os leprosos, onde viveriam em liberdade como nós outros nos nossos.

Há Estados, onde os leprosos não passam de algumas centenas e que poderiam resolver a situação por uma simples colonia, mas o problema é nacional, e o mais grave de todos os da alçada da Saúde Pública, devendo ser solucionado pela União. Direi apenas a minha convicção, de que leproarios aqui e alli, asylos e hospitaes espalhados por toda a parte, poderão atenuar ligeiramente o progresso do mal, mas não resolverão absolutamente o problema, dado o numero consideravel de doentes, não só entre os pobres, como entre os remediados e abastados da sociedade, que se não sujeitarão a esses estabelecimentos.”(sic)¹⁴

O arquiteto Abelardo Soares Caiuby se declarava um continuador e “aprimorador” das idéias do “grande mestre” Belisario Penna. Para ele o mais adequado seria a criação de **zonas de concentração** em número superior ao proposto pelo seu catedrático mentor. Embora ele mesmo se refira a suas zonas de concentração como municípios, no geral, ele não modifica substancialmente as idéias do seu guru, apenas lhe imprime uma urgência maior, quase frenética, esmiuça inúmeros detalhes e lhe empresta aspectos de uma “cruzada” de “luta do bem contra o mal”.

“Milhões de brasileiros accorrerão, sem duvida, ao appello da guerra santa, que se desferirá contra o inimigo da patria(refere-se a lepra), inimigo commum de todos os habitantes deste vasto paiz. Nem haverá um só individuo, nacional ou estrangeiro, capaz de negar o seu obulo a essa redemptora cruzada.”¹⁵(sic)

O texto de Caiuby data de 1931. Ele o redigiu para apresentá-lo ao novo “governo revolucionario” como sugestão para resolver o problema da endemia de

¹⁴ Idem., p.24/25.

¹⁵ Idem., ibidem., p.30/31.

lepra no Brasil. Sua estrutura lembra o texto de Jeremy Bentham, o “Panóptico”¹⁶, fazendo a própria defesa de sua idéia e justificando seus planos basicamente na economia que este iria proporcionar e na eficiência superior as outras medidas que naquela momento eram cogitadas. O diretor do Departamento de Saúde Pública naquele momento era o próprio Belisario Penna. Pessoa de confiança de Getúlio Vargas, ocupava um dos mais elevados cargos na área de saúde no país. Foi ele quem, em tese, deve ter recebido o texto do colega de convicções e admirador.

“Eliminados assim, por impraticaveis, todos os processos de que os outros povos se têm servido(o autor refere-se ao isolamento domiciliar, em hospitais, em colônias ou asilos e em ilhas), chegamos finalmente á conclusão de que, só um gesto violento do Governo Federal, amparado na força e na dictadura, instituindo em varios pontos do Brasil zonas de concentração de leprosos, guarnecidas por um cordão sanitario, nas quaes os doentes vivam em liberdade, cuidando da sua vida como nós cuidamos da nossa, poderá resolver o caso. (...)

Basta-lhe o gesto violento de um decreto e tudo estará resolvido.

(...)

Belisario Penna fallou em dois municipios, um no norte, outro no sul do Brasil, para localização dos leprosos. Julgamos indispensavel ampliar o seu numero.

(...)

Outro ponto imprtantissimo, é a criação de uma lei organica, que regule a vida desses municipios, em moldes inteiramente diversos de tudo quanto até hoje se tem feito em materia de legislação.

(...)as extensões territoriaes, fóra das zonas destinadas aos doentes, deverão permanecer absolutamente varridas dos portadores dessa molestia, para que toda a população que nella transite chegue a se convencer de que não existe lepra no Brasil. (...)

Pois bem, em taes municipios de leprosos, uma legislação especial seria adoptada, para que a vida de cada um pudesse seguir, com a normalidade, que se observa no resto do Brasil. Um prefeito, com attribuições de governador geral, seria nomeado para cada um. Delegacias de policia, força publica, cartorios de registros e tudo o mais que seja mister á vida das collectividades, alli se instituirá com elementos escolhidos entre os proprios doentes. Nenhum imposto pesaria sobre elles. E o governo federal, atravez das commissões de inspecção que para esse fim fossem nomeadas, prestaria aos municipios a assistencia de que cada um necessitasse. Os productos animaes, agricolas, ou indstriaes que nas zonas fossem produzidos, quando excedessem as necessidades do seu proprio

¹⁶ BENTHAM, Jeremy. O Panóptico. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. **O Panóptico**. Belo Horizonte. Editora Autêntica, 2000. Foucault trabalha com o texto de Bentham, em Vigiar e Punir(Terceira Parte, capítulo III)onde engendra o conceito de panoptismo. Para ele, forma de controle e poder que, metaforicamente, segue o princípio do panóptico, dispositivo penitenciário concebido pelo filósofo utilitarista inglês Bentham, constituído de um edifício circular, no qual os prisioneiros ficavam permanentemente expostos à vigilância a partir de uma torre central, sendo fundamental o fato de que, por não poderem verificar a presença real dos vigilantes, eles nunca sabiam se estavam efetivamente sendo vigiados ou não, isto é, estavam permanentemente sobre *o olho do poder*.

consumo, o Governo adquiriria para supprimento de outras(zonas), ou para eliminar, se assim o entendesse.

(...)

Além do acto humanitario, que isso representa, haveria esse dique intransponível ao aumento de taes populações. O decrescimento dellas seria fatal e rapido. Circumscripta a molestia aos unicos individuos que as possuíssem, extinguir-se-ia dentro em pouco com a desappareição natural dos seus portadores.”¹⁷(sic)

Contudo, apesar do esforço de inúmeros grupos em desaconselhar essas soluções excêntricas alegando ferirem os direitos dos leprosos, forçoso é reconhecer que estas propostas de criação de municípios e zonas de exclusão não proliferaram por outros motivos não relacionados ao imenso constrangimento e inúmeros transtornos que estas medidas poderiam causar aos segregados e suas famílias. O que mais pesou contra essas propostas, apesar de toda simpatia que possuíam, foi o temor de um perigo ainda maior. Reunir todos os leprosos num único local poderia ter o efeito inverso ao programado ao permitir a eclosão de gigantescas e arrepiantes revoltas.

“O Brasil...possue cerca de 30.000 leprosos. Reunil-os num só grupo seria emprestar-lhes uma força capaz de supplantar com vantagem a belicosidade dos exércitos seriamente arregimentados.”¹⁸(sic)

A idéia de toda uma “população leprosa” se revoltando e marchando rumo às outras cidades, cujos habitantes apavorados teriam inúmeras dificuldades em se defender, pois, possivelmente, escasseariam-se os voluntários, figuras tão importantes nestes momentos de “guerra”, ocorreriam grande número de deserções nos batalhões que fossem designados para auxiliar e prestar socorro a estas cidades indenes, comprometendo seriamente suas defesas. Além disso, outras possibilidades assustavam as pessoas e políticos, que devido a essas razões e outras do gênero desistiram da idéia de se criar as “*ciudades lázaras*” do Brasil. Ainda que fosse abafado com sucesso tal “*revolta leprótica*”, não seria menor o desgaste político, pois as famílias dos insurretos ficariam magoadas e transtornadas com o acontecido e não cessariam facilmente as pressões sociais e políticas em busca da “verdade”. O medo de perder o controle sobre os “indesejáveis” foi muito mais forte que as razões

¹⁷ CAIUBY, Abelardo Soares. Op. Cit., pp.23/24/26/29/30.O grifo é do original.

¹⁸ FERNANDES, R – “A lepra e a revolução”. In: **Jornal de Syphilis e Urologia**. Rio de Janeiro. 1930, Ano I, nº10, p.475.

“humanitárias” alegadas na época. Outro grave problema que se apresentava era a escolha do local para instalar essas “*urbes leprosum*”. Os governos estaduais, seguramente, procurariam se esquivar de vê-las implantadas em seu território. Haveria protestos e desgastes políticos. A definição do lugar para instalar os asilos-colônias era sempre acompanhada de extensas polêmicas, o que se podia esperar, então, da escolha do local para implantar essas “*morféticas cidadelas*”? Alguns sugeriam que o governo federal oferecesse prêmios em dinheiro para o município que aceitasse conceder parte de seu espaço territorial para instalar essas cidades, outros acreditavam ser mais adequado a garantia de verbas especiais repassadas durante determinado número de anos, outros argumentavam que esses recursos extras deveriam ser repassados até que os “*lazarentos municípios*” desaparecessem. Por último, haviam aqueles que acreditavam ser este bônus nocivo ao plano, pois, realçaria o tamanho do problema que seus administradores e políticos estavam colocando em suas vizinhanças. Com tantos e tão graves problemas, terminaram desistindo dessas idéias “tão econômicas e interessantes” do ponto de vista “profilático”.

Mas, excetuando-se essas medidas citadas anteriormente, de uma forma geral observar-se que as propostas de isolamento concentraram-se entorno de três vertentes que variavam basicamente quanto a dosagem de suas preocupações com relação a dois elementos. Primeiro; *proteger os “sãos”* do contato com os leprosos. Este “imperativo” encontrava-se presente em todas as correntes, embora, às vezes, variasse a forma dessa referida proteção. Caiuby e Penna indicavam a varredura do país de todos os acometidos de lepra e a colocação destes em localidades extremamente convenientes para os indenes como única medida eficaz que se podia adotar. Segundo; *consolar os lázaros*. Este item não fazia parte de todas as propostas que apregoavam a necessidade de isolamento dos leprosos no Brasil. A preocupação com a vida do leproso no isolamento, seu conforto, bem-estar e o respeito a alguns de seus direitos diferenciava-se daquelas propostas que objetivavam empreender medidas “humanizadoras” com vistas a prevenção das fugas e a facilitação da implantação de esquemas disciplinares necessários àquela exclusão. Eram cuidados tomados que coincidiam-se, embora seus patrocinadores tivessem perspectivas diferentes. Geralmente eram medidas que propiciavam melhor alimentação, mais visitas, construção de pavilhão de diversões, entre outras melhorias que eram

concedidas, para alguns, sob a alegação de constituírem uma forma preventiva de se evitar as fugas e para outros uma justa caridade e “correcto sentido philantropico”. A Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra sempre definiu sua missão como a de “*defender os sãos e consolar os Lázaros*”¹⁹. No entendimento da época, década de 1920 e 1930, devia-se combinar nas proporções adequadas esses dois elementos para se chegar a uma mistura ideal que terminasse na apresentação de uma proposta viável para o país. Mas a irredutibilidade do primeiro sempre prejudicou e comprometeu o segundo. Ocorreu, no entanto, que as propostas sempre reservavam mais espaço e atenção ao primeiro elemento. Até porque era evidente que havia uma hierarquia de importância entre eles, isto é, o primeiro era imprescindível e o segundo facultativo.

Para Yara Nogueira Monteiro²⁰ estas três correntes podem ser denominadas de: postura humanitária, isolacionistas compulsório e os isolacionistas radicais. O primeiro grupo, cujo grande baluarte foi Emílio Ribas,²¹ defendia o isolamento institucional paralelo ao isolamento domiciliar, sendo este facultado apenas àqueles que possuíam condições financeiras e higiênicas de executá-lo com segurança em suas residências. Os que não tivessem condições de custear tais despesas deveriam ser isolados compulsoriamente nos asilos-colônias. O segundo grupo batia-se pela compulsoriedade do isolamento extensivo a todos os acometidos, independente do estágio de desenvolvimento em que se encontrava sua lepra e de qual tipo eram portadores. Os mais ricos poderiam construir casas próprias, custear refeições em separado e outras regalias que julgassem necessárias, mas sempre, no interior dos asilos-colônias, que deveriam ser construídos em número suficiente para abrigar todos os leprosos do país. Estes alegavam que no Brasil era inviável o isolamento domiciliar pois a “*mentalidade*” dos brasileiros não se adequava as necessidades que este exigia.

*“...Taes leprosos não têm domicilio próprio, não tem o menor habito higiênico e sua mentalidade não comporta outra medida de defesa coletiva, senão a de uma radical e obrigatória internação em leprosário.”(sic)*²²

¹⁹ Cf. GOMIDE, Leila Regina Scalia. p.75.

²⁰ MONTEIRO, Yara Nogueira. Hanseníase e poder no Estado de São Paulo. In: **Hanseníase Internationalis**. Vol.II, nº01, 1987,pp.01-07(p.05).

²¹ A posição de Emílio Ribas sobre assunto ver neste trabalho texto 2.2 do capítulo II.

²² MEDEIROS, Mauricio –“Leprosos e Leprosários” In: **Diário de Medicina**. Rio de Janeiro, 1924, Ano I, nº15. Apud: Monteiro, Yara Nogueira Monteiro p.144.

Havia ainda um terceiro grupo que postulava medidas de isolamento em ilhas, cidades especialmente dedicadas para este fim e zonas de exclusão. Além de Ribas outros nomes poderiam ser colocados no primeiro grupo, foram eles: Eduardo Rabello, Carlos Chagas, Otavio Felix Pedroso, Oscar Silva Araujo, José Vieira Filho, José Maria Gomes, Alice Tibiriçá e Floriano Lemos. No segundo grupo, maioria no Brasil, tanto em número quanto em força social, pode-se citar: Heraclides-Cesar Souza-Araujo, Flávio Maurano, Francisco Salles Gomes Júnior, Orestes Diniz, José Mariano, Ernani Argicola, Aguiar Puppo, Eunice Weaver, Nelson de Souza Campos, Luiz Mariano Bechelli e Abraão Rotberg. O terceiro grupo figuravam nomes como Belisario Penna, Abelardo Soares Caiuby, Oswaldo Cruz e Arthur Neiva. Essas categorias reúnem indivíduos por aproximação das posições que defendiam nas primeiras décadas até meados do século XX. Não são classificações homogêneas em seus interiores e além disso muitos deles mudaram suas opiniões a respeito do isolamento compulsório no decorrer dos anos. Estas divisões vem elucidar que, de uma forma geral, dois pontos estavam claros desde início daquele século. Primeiro que o isolamento era solução. Segundo que os leprosos deveriam se submeterem a este regime com vistas a erradicação da lepra no Brasil. Evidencia-se que as divergências gravitavam em torno de aspectos secundários, entre eles, qual a formatação que deveria ser dada ao isolamento. Alguns acreditavam que deveria ser em ilhas, como sugeriam Oswaldo Cruz e Arthur Neiva, outros em “*ciudades lázaras*”, como sugeriam Caiuby e Penna e a maioria em asilos-colônias. Por último discutia-se se esta medida devia ou não ser obrigatória a todos os acometidos, ou apenas seletivo, isto é, se os leprosos mais abastados poderiam se esquivar do internamento compulsório ou não.

O segundo grupo acabou prevalecendo. Contudo, para que o isolamento compulsório fosse efetivado fazia-se necessário a construção imediata de asilos-colônias em número e tamanho suficientes para abrigar toda a “*população leprosa do Brasil*” . Para tanto, seria indispensável que a escolha médica da profilaxia a ser implantada obtivesse aval irrestrito do Estado, que deveria custear a construção destas instituições, principalmente dado o grande volume de recursos que seriam precisos para edificar todos estes estabelecimentos. O apoio governamental foi concedido e floresceram pelo Brasil inúmeros asilos-colônias destinados a deter a perversa circulação da “hedionda morpheia”.

Havendo uma posição hegemônica, já que os consensos demonstravam-se inantigáveis, fazia-se necessário, então, começar a construir os “leprosários” e nele alojar os leprosos, objetivando com isso reter e impedir o crescimento do mal que assolava o Brasil. Embora o isolamento insular nunca tenha sido efetivado, conforme ansiava Oswaldo Cruz²³ e Arthur Neiva, alternativa econômica onde o mar constituiria uma barreira que impediria as fugas e economizaria as despesas com vigilância, degredo marítimo que desagradou até aqueles que pouco se importavam com os leprosos, e as propostas de Penna e Caiuby tenham sido recusadas, os asilos-colônias, conforme já indicava Oswaldo Cruz em 1913²⁴, foram construídos basicamente com as mesmas características de um município comum, a mesma estrutura, ainda que numa escala menor que a desejada por Caiuby e Penna. Era uma cidadezinha interiorana, um povoado onde se vivia uma vida cercada, num local aparentemente livre, porém, onde se estava detido para reter o hediondo mal portado por seus moradores. Gozavam de livre trânsito dentro daquele espaço, fora dele, não. Em suma, uma variedade do modelo de reclusão.

Estes asilos-colônias, dado as características que assumiram, podem ser classificados dentro da tipologia estabelecida por Erving Goffman. Para ele, as instituições que possuem em comum o fato de encerrar certos indivíduos, ainda que por motivos diferentes, dentro de limites físicos determinados, podem ser definidas como uma instituição total.

“Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.”²⁵

Ainda segundo Goffman, as instituições totais podem ser divididas em cinco categorias que variam conforme as características dos seus internos e o fim a que se destinam.

“as instituições totais de nossa sociedade podem ser, grosso modo, enumeradas em cinco agrupamentos. Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos, e

²³ CRUZ, Oswaldo. Uma questão de Hygiene Social. In: O Imparcial.(imprensa escrita), Rio de Janeiro, nº211, 03/07/1913. Apud: SOUZA-ARAUJO, Heraclides-Cesar. Op. Cit., p.117/118.

²⁴ Idem., p.118.

²⁵ GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo, Editora Perspectiva, coleção debates 7ªedição,2001(p.11).

*indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões(do ponto de vista dos que vivem nas moradias de empregados). Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros.*²⁶

Mas, a análise de Goffman parte das instituições como um dado imutável, uma vez que sua investigação não se interessa pela forma que adquiriu estas instituições nem da legitimação social que adquiriam junto a sociedade, nem dos discursos que foram veiculados para garantir as “condições de possibilidades” de sua existência. Em suma, trata-se de uma investigação psicológica e não histórica.

Para Michel Foucault estas instituições de reclusão reúnem as características propícias para o exercício de um poder pleno, puro, uma vez que os indivíduos ali colocados foram expatriados de seus direitos no momento que ingressaram nesses estabelecimentos, voluntariamente ou não:

“a prisão é o único lugar onde o poder pode se manifestar em estado puro em suas dimensões mais excessivas e se justificar como um poder moral.”²⁷”

Os leprosos isolados nos asilos-colônias eram emergidos no cotidiano e disciplina destas instituições, independente de sua concordância, e não encontravam fora destes estabelecimentos baluartes que pudessem criticar os princípios dessa prática discursiva e não-discursiva que fundamentavam a arquitetura destes espaços segregadores²⁸. As verdades científicas conduziam e apontavam o isolamento como a alternativa viável e mais adequada para enfrentar a endemia leprótica.

²⁶ Idem, p.16/17.

²⁷ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 15ª edição, 2000(p.73).

²⁸ Maria da Conceição Costa Neves, Alice de Toledo Ribas Tibiriçá e Floriano Lemos ficaram nacionalmente conhecidos por suas discordâncias quanto a política adotada nos asilos-colônias paulistas de “draconianos”, no entanto, não postulava sua abolição. Floriano Lemos, médico carioca, autor de inúmeros artigos

Articulando-se poder e saber, produzindo verdades sobre a lepra, o leproso e seu corpo, sede de seus males, estabeleceu-se em torno do isolamento aquilo que Foucault chama de dispositivo, o qual concorreu para a formação do discurso de exclusão institucional dos leprosos.

“(...)existe, e tentei fazê-la aparecer, uma perpétua articulação do poder com o saber e do saber com o poder. Não podemos nos contentar em dizer que o poder tem necessidade de tal ou tal descoberta, desta ou daquela forma de saber, mas que exercer o poder cria objetos de saber, os faz emergir, acumula informações e as utiliza. Não se pode compreender nada sobre o saber econômico se não se sabe como exercia, quotidianamente, o poder, e o poder econômico. O exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, os saber acarreta efeitos de poder.(...)Não é possível que o poder se exerça sem saber, não é possível que o saber não engendre poder.”²⁹

Para Foucault o poder é concebido como descentralizado, horizontal e difuso, isto é, encontra-se esparso pelo social não podendo ser localizado em instituições específicas. Sua ênfase em articular “*poder-saber*” deve-se ao fato de ter percebido no decorrer de suas pesquisas que para cada poder socialmente constituído, desenvolvia-se um saber correlato e o inverso, de forma que ambos concorrem para a legitimação recíproca dos mesmos e para a formação de discursos socialmente verdadeiros.

“Por ‘verdade’, entender um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados.

A ‘verdade’ está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apóiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. ‘Regime’ da verdade.”³⁰

“Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo;

sobre o assunto, defendia o isolamento domiciliar para a maioria dos leprosos e uma revisão do “rigor desnecessário” que envolvia aqueles que não possuíam condições de permanecerem em suas casas. A deputada paulista Maria da Conceição Costa Neves radicalizou suas críticas ao isolamento na década de 1960 quando esta medida já demonstrava sinais de caduquice, inclusive internacionais. Esta consagrou-se por advogar sempre a favor dos internos os representando contra eventuais maus tratos e outras humilhações que viessem a sofrer por parte da direção do estabelecimento. A tônica de todos, que jamais deve ser desvalorizada, era reivindicar melhorias e conforto para todos os internos e conceder-lhes conforto, recreação e respeito dentro das instituições destinadas ao isolamento dos leprosos no Brasil.

²⁹ FOUCAULT, Michel. Op. Cit., p. 141-142.

³⁰ FOUCAULT, Michel. Op. cit.,p.14.

e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.”³¹

O dispositivo³² instalado para o isolamento da lepra no Brasil terminou por consolidar seu discurso e reutilizá-lo como veículo de legitimação da segregação dos leprosos. A produção de qualquer proposição verdadeira sobre o assunto passou a depender do reconhecimento deste dispositivo, que a partir do momento que reuniu condições de ditar o válido e não-válido com relação a lepra, fechou as possibilidades de renovação dentro da área que sedimentou todas suas ações entorno do isolamento. Reter a circulação dos leprosos, incumbência onerosa para o Estado, era uma prática que possibilitava o surgimento no entorno deste imperativo de um amplo campo de atuação e intervenção sobre a sociedade do qual careciam o Estado e a Medicina Social.

Dessa forma, se até o século XIX o leproso expiava suas culpas através do seu mal no hospital cujo modelo remontava a época renascentista, no século XX a idéia de punição abandona o leproso, agora ele será vigiado e administrado dentro de um espaço esquadrihado em que foi confinado, sujeito a um *poder disciplinar*³³ e uma normalização que perpassaria minúcias de sua vida dentro dessas instituições. Este dispositivo construído entorno da lepra, encontra sua força não no rigor das imposições que fazia, como a de isolar todos os leprosos que alcançassem pela repressão que a lei permitia, mas pela sugestão de preceitos que, pela sua concordância com a racionalidade científica da época, persuadiam os indivíduos,

³¹ FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo, Edições Loyola, 7ª edição, 2001(p.10).

³² Para Michel Foucault este termo significa um conjunto das práticas, discursivas e não-discursivas, consideradas em sua conexão com as relações de poder. Ele mesmo explicita seu entendimento sobre o termo e enumera os elementos que são constituintes: “Através deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.” Cf. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 15ª edição, 2000(p.244).

³³ Para Foucault o poder disciplinar no hospital moderno se concretizou via acirramento da prática da observação sistemática através do “olhar”: “A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-lo às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares.”(Microfísica do Poder, p.106). “A disciplina fabrica corpos submissos e adestrados, corpos ‘dóceis’. A disciplina aumenta as forças do corpo – em termos econômicos de utilidade – e diminui essas mesmas forças – em termos políticos de obediência.” (Vigiar e punir, p.119).

inclusive alguns leprosos, a aceitá-los e acatá-los. Em suma, sua força residia na positividade do poder.

“Quando se define os efeitos do poder pela repressão, tem-se uma concepção puramente jurídica deste mesmo poder; identifica-se o poder a uma lei que diz não. O fundamental seria a força da proibição. Ora, creio ser esta uma noção negativa, estreita e esquelética do poder que curiosamente todo mundo aceitou. Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido! O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. Em Vigiar e Punir o que eu quis mostrar foi como a partir dos séculos XVII e XVIII, houve verdadeiramente um desbloqueio tecnológico da produtividade do poder.”³⁴

“Mas, nos séculos XVII e XVIII, ocorre um fenômeno importante: o aparecimento, ou melhor, a invenção de uma nova mecânica de poder, com procedimentos específicos, instrumentos totalmente novos e aparelhos bastante diferentes, o que é absolutamente incompatível com as relações de soberania.

Este novo mecanismo de poder apóia-se mais nos corpos e seus atos do que na terra e seus produtos. É um mecanismo que permite extrair dos corpos tempo e trabalho mais do que bens e riqueza. É um tipo de poder que se exerce continuamente por meio de sistemas de taxas e obrigações distribuídas no tempo; que supõe mais um sistema minucioso de coerções materiais do que a existência física de um soberano. Finalmente, ele se apóia no princípio, que representa uma nova economia do poder, segundo o qual se deve propiciar simultaneamente o crescimento das forças dominadas e o aumento da força e da eficácia de quem as domina.

(...)

Este novo tipo de poder, que não pode mais ser transcrito nos termos da soberania, é uma das grandes invenções da sociedade burguesa. Ele foi um instrumento fundamental para a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correspondente; este poder não soberano, alheio à forma da soberania, é o poder disciplinar.”³⁵

O poder exercido no interior dos asilos-colônias sobre o leproso e seu corpo encontrava ressonância e aceitação também entre os próprios excluídos, o que não significava tratar-se de pessoas alienadas ou traidoras e sim, que a força dos discursos acerca da lepra oriundos do dispositivo implantado no Brasil se faziam presentes na compreensão dos próprios acometidos sobre o mal do qual eram portadores. Na perspectiva foucaultiana o poder é uma relação social, isto é, o mando e a exclusão

³⁴ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 15ª edição, 2000(p.7/8).

encontravam lugares assentados e consolidados no conjunto das relações estabelecidas no interior dessas instituições. Isso, no entanto, não significa a postulação de uma ausência de resistência por parte dos excluídos, pois, as mais consolidadas e sedimentadas relações de poder são permeáveis e apresentam brechas para a recusa e a continuidade da luta, isto é, “onde existe poder, existe resistência”³⁶.

*“Não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação.”*³⁷

A construção da rede de asilos-colônias do Brasil custou vultuosas somas aos cofres públicos estaduais e federais. No entanto, pode-se dizer que os recursos empregados foram sempre providenciados sem grandes dificuldades. Havia boa aceitação para as solicitações de verbas para a edificação destes estabelecimentos, mesmo nos períodos em que o orçamento encontrava-se arrojado. As críticas, quando existiam, contestavam algum aspecto arquitetônico adotado, o local, ou o tipo de construção escolhido. Em São Paulo existia um grupo de médicos que pregavam ser a opção por pequenos asilos regionais uma medida mais acertada do que os grandes estabelecimentos estaduais.

*“As verbas applicadas aos serviços de prophylaxia da lepra, em São Paulo, equivalem por si só a todos os orçamentos completos de algumas unidade da Federação.”*³⁸

“A trajetória do Departamento de Profilaxia da Lepra(DPL) de São Paulo constituiu-se em exemplo totalmente atípico dos serviços de saúde, mesmo se comparada com outros serviços encarregados de combate às moléstias infecto-contagiosas e que demandavam, à época, algum tipo de isolamento, como era o caso da tuberculose. Enquanto estes se mantiveram dentro da Divisão de Moléstias Infecciosas, o DPL se situava ao mesmo nível do Departamento de Saúde. Dessa forma na Secretaria de Estado, havia dois grandes serviços relacionados com a saúde: um destinado apenas para a

³⁵ Idem., p.187/188.

³⁶ Idem, ibidem., p.240.

³⁷ MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 15ª edição, p. XIV.

³⁸ “O problema da lepra resolvido pela actual administração” In: Diário de São Paulo, 15/05/0934. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. P.382.

*'lepra' e outro que se encarregaria de todas as demais doenças.(...)O DPL gozava de grande prestígio junto ao governo estadual, que endossava as medidas isolacionistas propostas através de grandes dotações orçamentarias.(...)Francisco Salles Gomes Júnior(diretor do DPL) pretendia transformar o que já era fato em situação de direito, ou seja, transformar o DPL em Secretaria de Estado, diretamente ligada ao governador, à semelhança do que já havia acontecido na Colômbia. Não obteve sucesso devido aos problemas que ocasionaram seu afastamento da direção do DPL.*³⁹

No entanto, apesar do amplo apoio de que usufruía a profilaxia da lepra no Brasil, as dificuldades econômicas existiram e representaram em alguns momentos impecilhos a urgência que se desejava imprimir a solução do problema. Ainda assim, mesmo com os elevados custos que implicavam a prática do isolamento compulsório foram construídos aproximadamente quarenta e quatro asilos-colônias no Brasil. Nestas instituições colocava-se em funcionamento uma das únicas formas “profiláticas” conhecidas, sugeridas e prescritas pelos leprólogos da época que, para além de todas polêmicas, concordavam ser esta a medida mais acertada para deter a lepra e impedir sua disseminação pelo país. Mediante dispendiosas somas tornaram-se realidade no Brasil a construção dos “leprosários”, todos bastante conhecidos nas regiões onde se localizavam, outros nacionalmente e alguns internacionalmente. O formato preferencialmente adotado foi o de colônia agrícola, embora existisse exceções, pois atendia à inúmeros aspectos apregoados por várias correntes e indicados como necessários para o sucesso destas instituições. O campo, espaço rural, lugar tranqüilo, arejado, livre de poluição, altamente salutar. Ao mesmo tempo, longe dos centros urbanos o suficiente para afastar dos olhos da maioria das pessoas a exibição das mazelas dos leprosos, espetáculo público desagradável desde a época colonial. Por último, ele comportava a possibilidade de economia para os cofres públicos, era um espaço terapêutico adequado para uma dita profilaxia com a qual se objetivava banir do Brasil um dos mais antigos e horrendos males humanos.

³⁹ Idem., p.168/169.

Os preventórios

“**N**O Leprosário do Amazonas, Vila Belisário Pena, vive entre os internados um moço poeta. Como moço, embora atingido pela mais cruel das enfermidades ele é entusiasta dinâmico e lutador incansável, coração e energias postos a serviço dos seus irmãos de infortúnio. Como poeta ele sonha horas inteiras à beira do belo Rio Negro, em cuja margem está situado aquele velho Leprosário. Sonha e sofre porque se encontrou a mulher amada entre seus companheiros de sofrimento, o filho querido tão desejado veio para deixá-lo ainda mais amargurado. Junto ao corpo sadio do filhinho querido que foi levado para o Preventório de Manaus logo após o nascimento, ele – o poeta sofredor – enviou esta comovente poesia:

MEU FILHO

Há bem pouco nasceste e já te vais...

Nem eu nem tua mãe te deu um beijo

Como é triste o destino que praguejo:

Ter um filho e vê-lo órfão tendo os pais.

Não nos verás... não te veremos mais.

E na dôr não verá o teu gracejo

Quem te esperava no maior festejo

Entre alegrias que se tornam em ais.

Meu pobre filho, p'ra maior tormento

Nem se quer repousaste um só momento

No teu bercinho que enfeitei de flores.

Ó dôr que desespera e dá vertigem!

Tua mãe, vejo-a louca como a virgem

Quando a Jesus buscava entre os doutores.”

(Revista de Combate à Lepra, Ano VII, março de 1942, p.42.)

A beleza e tristeza que envolvem estes versos aludem a um sentimento misto de consternação e concordância com o destino prescrito pelo “combate a lepra no Brasil”. Este poema exprime uma dor intensa de uma separação não desejada, porém, dizia-se na época, necessária. Um sacrifício, uma aflição em nome de um objetivo maior, nobre. Em suma, para contribuir na luta contra a lepra, um mal que corroía a nação e comprometia o futuro do país.

Contudo, além da nação, a própria criança se beneficiaria da orfandade na qual se vira emergida logo após o nascimento. Estava livre do convívio com os pais. Não seria o leproso do futuro, seria um cidadão útil e “são” para o país. Eis o maior prêmio que poderia ser concedido aos povos que tivessem a coragem de praticar este afastamento cruel, mas justo, severo, porém legítimo. Crianças indenizadas oriundas de um “lar leprótico”. Apesar de todo o desalento vivido, pais e filhos estavam consolados, pois, a melhor alternativa, mesmo envolvida em tantas lágrimas, fora escolhida. Pranto que expressava o reclame de uma vida normal, convencional. A família leprosa deveria desaparecer, dissipar-se, não proliferar. Este foi o sonho eugênico e higiênico tão influentes nas primeiras décadas do século XX no Brasil. O leproso era uma pessoa com a qual as relações deveriam ser cortadas, interrompidas, aquele cujos esforços médicos, higiênicos e políticos objetivavam extinguir. Alguém cuja companhia não era recomendável, nem para o seu próprio filho, pois seu corpo portava um terrível mal. Em suma, ele era um autêntico “indesejável”.

Estas foram as falas que povoaram os discursos referentes à prática preventorial no Brasil. O preventório reunia as características das instituições filantrópicas, assistenciais e profiláticas. Sua inclusão na tríade institucional adotada para combater a lepra deve-se à esta última característica. Meio de impedir o aumento do número de leproso no país através da desarticulação dos lares “infectos”. Esta instituição representou a radicalização do discurso isolacionista levado às últimas consequências.

As funções dispensariais também eram executadas no interior dos preventórios, pois, os internos destas instituições poderiam revelar-se, a qualquer momento, igualmente, um leproso. As crianças eram, então, submetidas a uma

permanente vigilância através do espaço esquadrihado dos estabelecimentos que foram construídos no país.

“Em 1936, por sugestão do mui devotado conselheiro da Federação, Dr. Edgard Teixeira Leite, iniciamos um novo sistema, quer na construção, quer nas organizações dos preventórios. Por sua comissão de técnicos e de membros de seu Conselho, organizou então uma planta e um programa, que deveriam ser seguidos nas novas construções dos preventórios no Brasil e, assim, em lugar do monobloco de linhas rígidas e de difícil organização em sua disciplina, pela promiscuidade de sexo e idade, surgiram os preventórios de sistema pavilonar, tendo desde os berçários até a escola profissional.

Dentro desse programa, apareceram os novos preventórios modelos, sendo que o primeiro deles, nessa nova política preventorial, foi o de Pernambuco, onde a Federação, já em plena atividade, para pôr em execução seu programa, fez a sua 1.º grande campanha popular em favor da construção de preventórios, e que tanto êxito alcançou.”(sic)⁴⁰

Dessa forma, enquanto os pais leprosos internados nos “leprosários do Brasil” se interessavam mais pelos cuidados que seus filhos recebiam nos preventórios, a sociedade mais ampla, através da presença governamental, reivindicava destas instituições sua contribuição profilática para deter o mal que assolava o Brasil desde a época colonial. Frequentemente era citado por Eunice Weaver a contribuição generosa para o crescimento da endemia que representava o fato dos filhos sadios permanecerem na companhia dos pais “infectos”. Essa era a *dor necessária* pela qual essas crianças e seus pais deviam passar, pois o afastamento, esta separação forjada, correspondia a um meio eficaz de deter o avanço da lepra no Brasil.

“Sobre estas paredes, colocamos algumas fotografias dos muitos bebês que nesta hora vivem, sadios, nos berços que as Sociedades de Assistência aos Lázaros lhes oferecem nos 21 preventórios hoje em funcionamento no país. São os berços que se abrem para recolher as criancinhas nascidas nos leprosários, essas criancinhas sadias que ali vão crescer, não apenas pela graça de deus, mas também pela solidariedade humana encontrada no coração daqueles que compreendem a caridade, não como uma virtude somente, mas, sobretudo, como um dever.

(...)

Temos, no Brasil, neste momento, 2097 crianças internadas; 2097 crianças roubadas ao contágio da lepra. Todos aqueles que estudam estatística poderão facilmente avaliar o que isso representa par o futuro de um país que sente a necessidade absoluta de ser povoado por gente sadia. Nós, que temos a necessidade imprescindível de povoar a grande terra que Deus nos deu por herança, e que já fomos buscar, lá fora, braços provenientes de nações distantes e que aqui vinham se abrigar, sob a nossa

⁴⁰ WEAVER, Eunice. Assistência Social no Combate à Lepra no Brasil. In: Op. Cit. p.09.

bandeira, alguns para nos trair no primeiro momento que se lhes apresentasse; nós, que nisso consentimos, ainda encontramos uma grande corrente de pessoas entendendo que os leprosos devem ser esterilizados⁴¹, para que deles não nasçam filhos doentes.

No entanto, se o filho do leproso nasce hígido, que direito temos nós de evitar que venha ao mundo essa criança, que amanhã poderá ser um leader da nacionalidade, desde que nós, cristãos, tenhamos cumprido com o nosso dever?”(sic)⁴²

As palavras citadas anteriormente evidenciam como Eunice Weaver utilizava elementos do discurso médico, religioso, filantrópico e nacionalista para justificar a obra da Federação. Várias intenções confluíam no cotidiano preventorial. Nele se encontravam desde os médicos e políticos que lutavam contra a lepra, até os religiosos, filantrópicos, caridosos e nacionalistas que tencionavam impedir a degradação da raça, auxiliar no crescimento do país e amparar aqueles que sofrem. O preventório reunia todos estes. Eles se encontravam, sem discórdias, em seus corredores, auxiliando, cada qual a seu modo, e por razões diferentes, para assegurar que as crianças ali mantidas estivessem salvas da lepra.

Contudo, mesmo com tantos envolvidos, a vida nos “Educandários”, como preferia denominá-los Eunice Weaver, não era das mais aprazíveis. O estigma da lepra também rondava os preventórios. As crianças ali internadas, além da orfandade, tinham que conviver com mais este constrangimento social. Árdua dificuldade que os internos encontravam durante a infância e adolescência. Cenas que a memória oscila, se esforça, mas não conseguia esquecer.

“Aí, eu ia trabalhar para ajudar meu pai... eu fui trabalhar numa casa. Acho que a vizinha contou pra mulher sobre o meu pai(que ele era um ex-interno de um asilo-colônia) e ela não quis que eu trabalhasse lá...”

Aí, a gente ficou mais velhaco, né? Se a gente é sadio, porque se a gente tivesse algum problema, claro que a gente não ia. Mas a gente sabia

⁴¹ Na Argentina, a Lei n.º11.359 de 21/09/1926, no seu artigo 17, proibia o matrimônio entre leprosos e destes com pessoas “sãs”, objetivando com esta medida, diminuir o número de crianças à serem enviadas para os internatos nacionais. REPÚBLICA ARGENTINA- Ministerio del Interior – Departamento Nacional de Hygiene. Ley 11.359; Profilaxis y tratamiento de la lepra. Talleres Graficos “EL FARO”, Buenos Aires, 1927.

⁴² Idem., ibidem., p.08-10.(Pode-se observar que a fala de Eunice Weaver neste texto não coincide com a posição de sua continuadora, senhora Carmencita Gibson Barbosa, em 1970, quando defendia a “tese” da “cretinice” ou “idiotice” predominante nas crianças internadas nos preventórios. Cf. BARBOSA, Carmencita Gibson. **Considerações sobre os efeitos da leprose nos filhos dos hansenianos.** I Reunião Leprológica Del Cone sul(Comissão Social), Buenos Aires, 1970.)

que era sadia, que meu pai estava sadio, todos nós sadio, né? Aí, a gente ia trabalhar calada, a gente passou a trabalhar sem falar nada.”⁴³

“Uma egressa, que esteve internada por seis anos no Preventório do Triângulo Mineiro, e que foi de lá retirada por seu pai, juntamente com seus irmãos, relatou a experiência: ‘A saída nossa foi difícil. Meu pai já tinha sido liberado lá da colônia e a minha mãe já estava desenganada... Ela estava grávida e o médico tinha proibido ela de criar. E ela sabia disso. Então minha mãe deu de cima do meu pai para ir pegar a gente lá, que ela não queria morrer e deixar a gente lá... e ela já tava perto de ter o filho e fez tudo para o meu pai ir pegar a gente. Mas a Diretora não queria deixar, porque era trabalho perdido, que a gente ia voltar proque minha mãe tava desenganada... que ela ia morrer e a gente ia ficar sozinho no mundo, sofrendo com meu pai, e que era melhor a gente ficar lá...Mas, com todo custo, meu pai conseguiu tirar a gente. Aí, minha mãe só aturou quatro meses...a menina nasceu e minha mãe só aturou vinte e um dias...Aí começou a gerar muitos problemas... a gente, todos pequenos, sem experiência nenhuma do mundo aqui de fora, né e meu pai, devido ao problema dele, da...da...eu não gosto nem de falar, né, assim desta doença... o povo tinha orgulho, preconceito, foi tão difícil dele conseguir serviço...não sei se eles não davam serviço porque a pessoa teve esse problema, mas tratou, paralisou a doença – porque a doença do meu pai começou e foi paralisada, não teve problema nenhum com ele...Mas, naquela época, como meu pai sofreu, como nós sofremos...

(...) a gente comia assim mas era para não morrer de fome... porque naquela época de 60, 62, 63, foi uma época muito difícil prá todo mundo. Meu pai bem que lutava, coitadinho, porque ele era trabalhador, ele, inclusive, ganhou um salão da Dona Eunice Weaver, um salão de barbeiro completo, prá ele trabalhar... mas não aparecia gente pra cortar... ele era um ótimo profissional, mas não aparecia ninguém. Aí ele teve que ir para a roça...”⁴⁴

Uma barbearia montada, devidamente equipada, instalada, um ótimo profissional disponível para atender a clientela, todos os ingredientes necessários a prosperidade do negócio estavam ali reunidos. No entanto, quem iria se barbear ou cortar o cabelo no salão do leproso? O estigma arruinou o negócio. Dificuldades econômicas e sociais que impossibilitavam o egresso de continuar sua vida da forma que desejasse. Era preciso ocultar o passado “leprótico” para não ser atingido pelo estigma. Uma empregada doméstica filha de um egresso da colônia, não importando se é leproso ou ex-leproso, de qualquer forma era arriscado adquirir o hediondo mal.

⁴³ Depoimento de egressa do Educandário Eunice Weaver, preventório de Araguari/MG, recolhido por Leila Scalia em 17/04/1989, p.241.

⁴⁴ Depoimento de egressa recolhido em 17/04/1989 por Leila Scalia, p.240/241.

Todos eram alcançados pela lepra, mesmo aqueles que já haviam conseguido livrar-se dos bacilos que povoavam o seu corpo. Mesmo curado eles permaneciam leprosos⁴⁵.

O rigor e disciplina excessivos impostos nos preventórios, sua relação com a lepra e inevitavelmente com o estigma de seus acometidos, tornaram extremamente sofridas a existência das pessoas que se encontravam nestes estabelecimentos. Vários eram os problemas que se acumulavam. Faltavam perspectivas para o futuro, pois os internos dos Educandários além de órfãos eram conviventes de leprosos, estigma que pesava na infância e se estendia até a fase adulta, agravantes que comprometeram a vida de todos aqueles que passaram por estas instituições.

“E as outras meninas todas queriam sair. Porque era um regime assim...muito rígido. Muito rígido mesmo. Eles puseram uma governanta, nossa! que parecia uma governante da GESTAPO. O vigilante dos meninos era terrível. E as crianças lá não eram crianças assim... Eram crianças que vinham da roça. Eram humildes, assim... até bobinhas, não havia necessidade desse regime bravo, desse regime duro.”⁴⁶

“O Preventório pelo qual lutamos, não é um ‘asilo fechado’, se bem que em meu país, entre os nossos 24 Educandários, haja alguns que não sem razão, têm deixados aos visitantes esta impressão. Mas, com referencia à maioria de nossos Preventórios, se constitui sempre num grande lar feliz e numa Escola Ativa, comprovando a plena acepção da palavra com hoje são definidos em tôda parte – Educandário -, onde tôdas as atividades sociais, recreativas e culturais são postas em prática, ao lado e em benefícios de seus internados, como seu objetivo e sua finalidade.”⁴⁷

“As visitas aos educandários, quer de parentes sadios quer de pessoas estranhas, deverão ser sempre efetuadas em dias e horas previamente fixados, sendo obrigatória, para os comunicantes, a apresentação da respectiva carteira...”⁴⁸

“compreende-se que o estigma acarretado pela lepra constitui o elemento numero um para o ajuste dos menores; seus parentes recusam-se muitas vezes a recebê-los com receio de que eles também venham a adoecer, constituindo fonte de contágio para si mesmos e para seus próprios filhos”⁴⁹.

⁴⁵ Os leprosos podem até serem curados, o que não significa a remoção do terrível estatuto da lepra. Esta é uma constatação milenar. Ver no texto 1.1 do capítulo I deste trabalho a citação que fala de Simão, o Leproso.

⁴⁶ Depoimento de egressa, Sra. Ana, recolhido em 05/06/1992, por Yara Nogueira Monteiro, p.353.

⁴⁷ WEAVER, Eunice. Aspectos sociológicos do problema de lepra. In: **Memoria del V CONGRESO INTERNACIONAL DE LA LEPROA**, Havana/Cuba, 03 a 11 de abril de 1948, pp. 794-808(p.798).

⁴⁸ Idem., ibidem., p.355.

⁴⁹ CAMPOS, Nelson de S. & BECHELLI, L. **Organização e funcionamento de Preventórios**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1948,p.29.

A violência contida no momento do ingresso no preventório e as privações vividas naqueles estabelecimentos não eram assuntos abordados pelos discursos médicos e da federação. Havia uma política de ocultamento das mazelas vividas nos Educandários espalhados pelo país. Os motivos para esta atitude encontravam-se todos ligados à luta contra a lepra no Brasil. Desmerecer ou desqualificar a prática preventorial era uma forma perigosa de embaraçar o esforço de desarticulação dos “lares lepróticos”, tarefa esta, dita necessária e eficiente para impedir o crescimento da lepra no país.

“Até então nós não tínhamos sido examinados. Daí eles foram nos buscar, viemos para Avenida Dr. Arnaldo. Foi constatado que minha mãe também estava doente, mas ela era forma tuberculoíde, enquanto meu pai era Lepramontosa. Minha mãe foi internada com meu pai no Departamento, e nós passamos uma noite lá no Departamento, depois é que nos levaram para o Preventório. Ficamos lá sozinhos, meu irmão tinha só um ano e meio e chorava, chorou a noite toda chamando a mãe, deu um trabalho... Era nem sei! Tem coisas que a gente não quer guardar. Eu tinha só 5 anos.⁵⁰”

“Lá era muito pobre, a alimentação era muito pobre. (...) Nós não tínhamos esporte, recreação nada. Depois que eu saí é que começou a melhorar um pouco, mas enquanto eu estive lá não tinha nada. (...) As crianças do Jacaré queriam ficar doente, a gente era tão bobinho... sabe porque? Para ir para o Padre Bento, porque as crianças eram bem tratadas. Ele tinha um carinho pelas crianças... (se referindo à Lauro de Souza Lima). Eles tinham esporte, eles tinham piscina, eles tinham comida boa, eles tinham carinho. Daí então todas as crianças ali de Jacaré, queriam ficar doente. A gente não imaginava o que era a doença. (...) No Natal a gente ganhava brinquedo. E a gente comia frango. Também era só no Natal. Ia um pessoal de São Paulo, umas senhoras, acho que alguma associação, e eles levavam brinquedos para nós... Todo ano.⁵¹”

“E, naquela época, devido à disciplina, parece que a gente se tornou, assim, uma pessoa medrosa, sabe? Meu não sei se por causa da disciplina que eu tinha lá. Se eu converso com uma pessoa ou ela grita comigo, eu até hoje, eu sinto assim...eu assusto... eu sou tímida...eu... você pode perceber que eu não converso direito... não tenho o Dom da palavra, eu acho que devido muita repreensão, muita repreensão, muita coisa a gente engole, sabe? Quando você é pequena, não pode conversar...não sei se foi devido a muita repreensão lá...(esta se referindo ao preventório) ou se foi depois, quando a

⁵⁰ No momento narrado pela depoente seu pai já estava internado. A expressão Departamento se refere ao Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo. Quando um leproso era capturado, recolhido ou diagnosticado no período vespertino, quando já não havia mais ambulâncias disponíveis para removê-lo para um dos asilos-colônias, estes eram enviados para um abrigo provisório, localizado no endereço apontado no depoimento, onde permaneciam até o dia seguinte, quando se providenciava a remoção para a instituição devida. Neste caso foram as crianças que lá aguardaram o dia seguinte. (Depoimento recolhido por Yara Nogueira Monteiro, p.354)

⁵¹ Idem., p.363.

gente saiu de lá e passou muitos, muitos problema s devido meu pai Ter tido esse problema..”⁵²

Mas, o poema que abre este texto, intitulado “Meu Filho”, ainda permite refletir sobre o conjunto das práticas discursivas e não-discursivas engendradas pela Federação. Foi a própria Eunice Weaver que cuidou de sua divulgação. Ela o publicou na Revista de Combate à Lepra e também o citava em inúmeras palestras que proferia no Brasil e no exterior⁵³. Este poema, assim como outros textos e depoimentos, poderiam ser utilizados para fundamentar críticas ao trabalho preventorial. A sua veiculação nos meios disponíveis pela federação é um fato que merece comentários. Embora represente com singularidade a “dor do lázaro” privado da companhia do filho, ele exemplifica com toda força a *dor necessária* para que se tenha um futuro sem lepra, um amanhã salvo da “hedionda morféia”. Ele demonstrava com toda sensibilidade nele presente a “grandiosidade” do trabalho dos Educandários espalhados pelo Brasil. Ele evidenciava que muitos estavam sacrificando-se para que a sociedade e a nação se livrassem da lepra. Apesar do aparente paradoxo ele enquadrava-se dentro do discurso isolacionista de “proteção dos sãos”, sobre o qual não se deve aplicar nenhuma racionalidade futura. Naquele momento ele representava o que havia de mais arrojado. Havia bons motivos, tanto para as crianças quanto para a sociedade e os pais, para justificar e preservar a prática preventorial. Crianças “sãs” subtraídas das estatísticas da endemia no país. Orgulho de todos, derrota drástica impingida à lepra.

O sofrimento das crianças internadas nos preventórios ultrapassava, porém, o âmbito da rejeição das pessoas que procuravam delas esquivar-se, temendo o contágio por tratarem-se de “filhas de leprosos”. O medo do contágio também inspirava nas pessoas receio da companhia dessas crianças. Nos preventórios havia escolas fundamentais. Os internos do preventório tinham que matricular-se nas escolas públicas secundaristas convencionais caso desejassem prosseguir os estudos. Nestas escolas viveram muitos dissabores, muitas recusas que demonstravam ser o estigma tão contagioso, ou mais, do que a própria lepra. Mais nocivo certamente⁵⁴.

⁵² Depoimento recolhido por Leila Scalia p.233/234.

⁵³ Ver: WEAVER, Eunice. Assistência Social no Combate à Lepra no Brasil. Op. Cit., p.11.

⁵⁴ Alguns leprólogos defendiam que os preventórios não deviam possuir escolas internas, que todas as crianças deveriam estudar fora do estabelecimento, com o objetivo de permitir uma socialização mais ampla do interno desde os primeiros momentos que se encontrava na instituição.

“No começo do funcionamento dos preventórios, as pessoas que se atreviam a visitá-los não se sentavam nas suas cadeiras: não aceitavam, nem sequer, um copo de água, e não consentiam que qualquer das crianças internadas lhes apertasse a mão.”⁵⁵

No entanto, os preventórios destacavam-se mais por sua função de internato do que como escola fundamental ou profissionalizante. Basicamente eram dois seus objetivos fundamentais dentro do esforço de luta contra a lepra: acolher e vigiar os filhos nascidos sadios dos leprosos e outras crianças que originavam-se de meio familiar “infecto”, conforme definia o regulamento dos Preventórios do Brasil.

“Regulamento dos Preventórios para filhos sadios de lázaros instalados no Brasil

DOS SEUS OBJETIVOS

Art. 1.º - os Preventórios são destinados a acolher, manter, educar e instruir menores sadios, filhos e conviventes de doentes de lepra, desde que não tenham parentes idoneos que queiram assumir esse encargo e que disponham de recursos para educa-los e mante-los sob a vigilancia das autoridades sanitarias competentes.

*§ único – Para atender à sua finalidade primordial, os internados deverão permanecer nos Preventórios, no mínimo , seis anos, salvo nos casos da alínea **e** do artigo 6.º .⁵⁶*

As crianças deveriam permanecer no mínimo seis anos sob vigilância e disponibilidade das autoridades sanitárias nos preventórios, prazo considerado necessário para que se verifique e confirme não se tratar de um leproso. Caso a criança apresentasse algum sintoma de lepra era logo removida para os asilos-colônias⁵⁷. A enfática insistência de vigilância, os seis anos de acompanhamento, eram características que ligavam o preventório à sua função dispensarial, ou seja, patrulhar e controlar uma determinada população, no caso os próprios internos, através de uma inspeção permanente para assegurar a mais incisiva proteção

⁵⁵ WEAVER, Eunice. Aspectos sociologicos do problema de lepra. Op. Cit., p.801.

⁵⁶ **Regulamento dos Preventórios Para Filhos de Lazaros instalados no Brasil**, aprovado em 27/01/1941 e publicados no Diário Oficial da União em 13/03/1941 na página 5-320. A alínea “e” do artigo 6.º(sexto) diz o seguinte: “Artigo 6.º ‘Os internados darão baixa ou sairão dos preventórios pelos seguintes motivos: e) existencia de parentes ou solicitação de pessoas extranhas reconhecidamente sadios e de idoneidade moral e capacidade financeira para mante-los e educa-los e ainda com o compromisso de sujeita-los à vigilancia das autoridades sanitarias competentes;”(sic)

⁵⁷ Conforme artigo sexto, alínea “b”, do regulamento dos Preventórios do Brasil.

disponível na época à população e ao Estado, ambos mantenedores dos preventórios e da federação, à saber: a garantia de que a lepra estava sendo combatida.

Embora constasse no regulamento a possibilidade de adoção das crianças nascidas nos asilos-colônias pelos parentes ou mesmo por outras pessoas não-familiares, isto raramente ocorria. Era uma pré-condição para a adoção a sujeição do menor, durante seis anos, a um exame periódico e regular realizado num preventório ou dispensário, cujo objetivo era garantir não se tratar, aquele que ia ser adotado, de uma “criança lázara”. Não havia dispensários nem preventórios em número suficiente em todo o país. Pessoas que residiam no interior, distantes destes estabelecimentos, teriam dificuldades em cumprir tal imposição. Tal exigência inviabilizava um maior número de adoções que poderiam ter ocorrido. Além do estigma, do ônus econômico, da burocracia clássica existente entorno dos processos de adoção, no caso, dos gurus dos “leprosários do Brasil” havia ainda, mais essa dificuldade.

Mas, o modelo preventorial, assim como o modelo de segregação dos leprosos tem uma origem religiosa. Os preventórios derivavam dos orfanatos religiosos existentes em todo o ocidente cristão cuja premissa central não perpassava pelos discursos médicos de valorização da criança e da educação, muito em voga no início do século XX, e sim pela perspectiva caritativa do cuidado a ser dispensado aos enjeitados. A educação e a infância ganharam notoriedade no início deste século nos discursos higiênicos, eugênicos e educacionais. A preocupação com as crianças extrapolava o âmbito exclusivo de cuidados a serem oferecidos pela família e pela igreja e passava a ser alvo também da ação estatal e médica com vistas a construção de uma grande nação. Até o século XIX a educação primária ou elementar no Brasil esteve, na sua quase totalidade, entregue aos religiosos e escolas confessionais. Verificou-se que as crianças não deviam ser deixadas integralmente aos cuidados da família e da Igreja que, de repente, começaram a receber inúmeras críticas quanto à eficiência da preparação destas crianças para um futuro melhor, mais seguro e mais grandioso para a nação. A onda de secularização daqueles idos anos atingiu a infância que deveria, então, receber cuidados complementares ao da família e da igreja. As práticas do cuidar das crianças foram aos poucos medicalizada.

“Um rápido retrospecto histórico permite observar que a partir de fins do século XIX a infância começou a ser alvo de maiores atenções, e objeto de estudo, por parte da ciência. Essa tendência foi se acentuando durante as

primeiras décadas de nosso século, quando se organizaram os primeiros eventos científicos internacionais sobre o tema. Em 1913 realizou-se o I Congresso Internacional de Proteção à Infância na Europa, que foi sediado na Bélgica; na América o I Congresso Americano da Criança foi organizado em 1916, na Argentina. Estes eventos constituíram-se em marcos precursores, tendo sido, sucedidos por uma série de outros.

No Brasil assiste-se ao reflexo desse movimento, como por exemplo o I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, realizado no rio de janeiro em 1922, que contou com a participação nomes da área médica e dos círculos governamentais, e cujo discurso de abertura foi realizado pelo Ministro do Interior. Esse evento foi organizado como parte das comemorações do centenário da independência. O estudo das publicações dos congressos médicos da época demonstra que a temática da infância estava adquirindo novos contornos no Brasil, sendo apresentada dentro de perspectivas mais amplas, A criança deixava de ser vista como um problema familiar para ser vista como uma questão de ordem social.”⁵⁸

A leitura do Regulamento⁵⁹, no entanto, demonstra a presença da medicalização no interior da instituição preventorial, o que inexistia nos orfanatos religiosos dos séculos anteriores. O médico aparece dotado de amplos poderes de decisão semelhantes àqueles concedidos a administração, o que evidencia a medicalização dos preventórios apesar de sua origem religiosa.

“Art. 12. – Cumprirá ao médico - clínico pediatra examinar semanalmente os internados, orientando o seu desenvolvimento físico dentro das normas eugenicas e registrando o respectivo aproveitamento individual.

Art. 13. – Competirá ao medico dermatologista – leprologo manter uma vigilancia rigorosa, levando em conta o grau de contagiosidade no fóco de onde proveiu a criança, a natureza e o tempo de convivencia, examinando-a mensalmente nos tres primeiros anos de internamento, efetuando as provas de laboratorio necessarias a esse fim e organizando as respectivas fichas.”⁶⁰(sic)

Costuma-se atribuir ao padre Damião de Veuster⁶¹ a invenção do preventório durante os inúmeros anos que permaneceu no leprosário de Molocai no Havaí. O

⁵⁸ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.337/338.

⁵⁹ **Regulamento dos Preventórios Para Filhos de Lazaros instalados no Brasil**, Op. Cit.

⁶⁰ Idem, artigos 12 e 13.

⁶¹ Jozef Damien de Veuster. Nasceu em 03/01/1840, em Tremelo, na Bélgica e faleceu em 15/04/1889, em Molocai no Havaí. Com 20 anos de idade ingressou na Congregação dos Padres dos Sagrados Corações de Jesus e de Maria(Picupus). Em 1863 partiu para as missões das ilhas do Havaí, em lugar de seu irmão que havia adoecido. Chegou em Molocai em 1873 onde permaneceu até a morte. Adquiriu lepra, provavelmente por volta de 1885 e morreu em estágio bastante adiantado da doença. Embora não contestasse a prática do isolamento ficou famoso pelas denúncias que fazia da precariedade do leprosário existente na ilha de Molocai, e dos insistentes e incessantes pedidos de melhorias para o lugar. Em 1936 seus restos mortais foram transladados para sua terra natal. Em

primeiro Congresso Internacional de Lepra (CIL) a tratar sobre o assunto foi o de 1909 ocorrido em Bergen na Noruega.

“Foi lá para o ano de 1871 que o Padre Damião, coitado, ingressou, com 31 anos de idade, no leprosário de Molokai, chegado havia poucos anos da Bélgica. Êle sabia que havia naquela ilha centenas de leprosos, abandonados como animais selvagens, sem terem quem os assistisse, foi então, para Molokai, distante de Honolulu dias de viagem e onde eu também fui ter, mas já agora em moderno vapor. Lá permaneceu durante 16 anos, como padre, como médico, como engenheiro, como coveiro. Depois de um ano de assistência aos enfermos, conhecia a lepra. Assistiu à cohabitação e às ligações sexuais livres dos enfermos. Presenciou muitos nascimentos. Naturalmente, foi também parteiro. O Padre Damião era tudo ali.

Mas viu que as crianças nascidas no leprosário nasciam limpas do mal, sadias, rosadas. Imaginou, então, o preventório.

(...)

Mas o Padre Damião, vendo aqueles bebês sadios e rosados, inventou o preventório, lá pelo ano de 1880.

(...)

A rainha kapiolani⁶², chegando a ilha, viu aquelas crianças, de ambos os sexos, aparentando a mais perfeita saúde: de dias de vida, a meses e até seis e sete anos. Admirou-se e disse ao padre Damião que ia ajudá-lo e tomar conta das meninas. Voltou para Honolulu e fundou, em 1885, o primeiro preventório para meninas, que se chama ‘Kapiolani Girl’s Home’⁶³(sic)

“Constitue assunto resolvido, em Leprologia, que a creança possui grande receptividade para o mal de hansen, revelando as estatísticas de todos os autores e de todos os países, uma grande proporção de contágios, quando é a mesma deixada por muito tempo em meio infetante. Desta verdade já se haviam apercebido, no seculo passado, os que lutavam contra a propagação da lepra, cabendo ao celebre Padre Damião, na colônia de Molokay, a prioridade em resolver tal problema pelo isolamento dos filhos dos leprosos, em estabelecimentos a eles destinados. Na Índia, pouco depois, fundavam-se numerosos asilos para isolar também os filhos sadios dos lazarus, sendo o exemplo seguido por numerosos países.

Finalmente, foi a segregação dos filhos dos lazarus tornada oficial, como medida integrante da campanha profilatica, na 2ª Conferência Internacional de Lepra, reunida em Bergen, Moruega, em 1909.

Na época atual, tal medida constitue ponto basico da profilaxia da lepra. Si, no começo a iniciativa teve carater sobretudo humanitário,

15/05/1994 foi beatificado pelo papa João Paulo II. Para mais detalhes ver; DEBROEY, Steven. **Nós, os leprosos**. São Paulo, Edições Loyola, 1994.

⁶² Durante o período que Padre Damião esteve em Molokai, o Havai era um país independente governado por uma monarquia. Esta foi derrubada em 1893 pelos agricultores favoráveis aos EUA, tornando-se inicialmente um república e depois, em 12/08/1898, foram anexados, por pedido próprio, aos EUA. Em 1959, o arquipélago, constituído por oito ilhas, tornou-se o 50º Estado dos EUA.

⁶³ SOUZA-ARAUJO, Heraclides-Cesar. Comentários do prof. Heraclides de Souza Araujo. In: WEAVER, Eunice. **Assistência Social no Combate à Lepra no Brasil**. Op. Cit., p.25/26.

*presentemente, além dessa finalidade, constitui condição sine qua non para que seja levada a bom termo a campanha de erradicação da lepra*⁶⁴.

O preventório anti-leproso foi a área de atuação que permaneceu reservada, na sua quase totalidade, para os agentes filantrópicos e assistencialistas relacionados com a lepra. Estes, por sua vez, cada vez mais assumiam um lugar outrora inteiramente ocupado pelos religiosos, que a partir do final do século XIX começaram a perder esse espaço para as ações caritativas leigas, filantrópicas e predominantemente femininas que se consolidavam nas primeiras décadas do século XX. Contudo, apesar de presentes na luta com a lepra desde o início do século XX, esses agentes filantrópicos, juntamente com os religiosos, foram alijados a partir da década de 1930 pela presença maciça do Estado e da Medicina Social. Perderam o pioneirismo e o poder de decisão que possuíam, inclusive, sobre o campo que passaram a atuar, isto é, a prática preventorial. Foram despojados do poder de decisão e da legitimidade social que usufruíam, através de um conjunto de medidas adotados no pós-1930, uma estratégia, desencadeada pelo Estado aliado à Medicina Social, que juntos assumiram o posto de liderança e o comando do que se devia fazer para combater a endemia de lepra no Brasil.

O preventório, herdeiro dos orfanatos religiosos do século XIX, já encontrava-se suficientemente medicalizado e integrado no esforço de combate a lepra no Brasil do século XX, sendo por esta razão auxiliado pelo Estado que, após 1930, tomou para si o ônus da organização e coordenação dos esforços de erradicação da endemia.

O modelo preventorial idealizado para contribuir no combate a lepra tinha dois objetivos básicos que se complementavam. Primeiro, concorrer para a diminuição do número de leproso no país. Segundo, preservar as crianças do contágio e do mal através do alijamento destas do meio infectante no qual se encontravam, o que iria colaborar para a diminuição das estatísticas de lepra. “Prevenir e preservar” dizia-se na época, esse era o papel destas instituições⁶⁵.

No entanto, os preventórios eram também uma medida complementar ao isolamento dos leproso. Sem estes Educandários muitos acometidos do mal

⁶⁴ THIAGO, Polydoro Ernani de S.(Assistente Técnico). Do preventorio anti-leproso. – Sua organização e funcionamento. 3.º tema da Conferência. Trabalho apresentado à **Conferência de Assistência Social aos Leproso**.(Anais), Estado de Santa Catarina/DSP/SPL. Rio de Janeiro, 12/19 de novembro de 1939, pp.01/15(P.03).

⁶⁵ Alguns dos Selo Postais dos Correios vinham com os seguintes dizeres: “Preservação da Criança Contra o Mal de Hansen”.

poderiam recusar-se ao internamento compulsório ou mesmo dele procurarem se esquivar. Além de um ato de “caridade” para com os “órfãos de pais vivos”, a prática preventorial era também uma saída estratégica dentro da tríade isolacionista institucionalizada naqueles idos anos. Amparada a criança, filha de internos dos asilos-colônias, dentro destes estabelecimentos estava assegurada uma forma eficiente de patrulhamento destas pelos agentes médicos inseridos no interior da instituição preventorial. Desta forma, o imperativo de *proteger os sãos* encontrou nestes Educandários uma das suas formas mais puras e radicais. O fato dos preventórios terem ficado fora da alçada direta dos cuidados a serem oferecidos pelo Estado, explica-se: primeiro; pela necessidade de se legitimar socialmente a prática isolacionista. O governo federal não poderia recusar aliados, nem desconsiderar, na década de 1930, a importância política da FSAL e DCL. Segundo, o Estado subjugou indiretamente a federação⁶⁶.

“A construção e a manutenção dos preventórios, no Brasil, estão a cargo da cooperação privada, ficando a questão definitivamente estabelecida na conferência para Uniformização da Campanha Contra a Lepra, reunida no Rio de Janeiro em 1933. As Associações de Assistência aos Lazários e defesa contra a Lepra do País, reunidas na Federação promotora deste conclave, e que consubstancia a maior organização brasileira no gênero, instalaram inúmeros preventórios em grande parte dos estados da União, havendo vários em construção e outros em projeto.

(...)

O preventório deve ser complemento obrigatório do leprosário, sem o que será grandemente prejudicada a medida soberana da campanha contra a lepra, que é o isolamento nosocomial dos casos abertos de lepra.”⁶⁷

No entanto, os preventórios proliferaram no Brasil. Foram construídos 35 estabelecimentos em quase todos os Estados. Rede institucional onerosa que foi custeada pelos governos federal, estaduais, municipais e pela sociedade que auxiliou apoiando socialmente o trabalho preventorial e dele tomando parte através das filiadas da federação espalhadas pelo país, também financeiramente, através de inúmeras “Campanhas de Solidariedade” realizadas tanto para custear a manutenção destas instituições quanto para construir outras novas.

Com exceção do Estado de São Paulo, onde seus dois estabelecimentos, o Jacareí e o Asilo Santa Terezinha; o primeiro diretamente subordinado ao DPL e o

⁶⁶ Ver texto 3.1 do capítulo II.

⁶⁷ THIAGO, Polydoro Ernani de S. (Assistente técnico). Op. Cit., p.12/15.

segundo, primeiro preventório criado no Brasil, uma instituição filantrópica autônoma ainda que submetida ao regulamento da Federação e pela fiscalização direta do DPL, todas os demais preventórios vinculavam-se diretamente FSAL e DCL.

O ocaso das instituições preventoriais no Brasil ocorreu juntamente e simultaneamente ao do isolamento. Quando o conjunto de práticas edificadas sobre o isolamento ruiu, não só os asilos-colônias, mas também os preventórios vieram abaixo. As mazelas produzidas durante os anos em que funcionaram ficaram de herança. Legado do medo da lepra.

Alice Tibiriçá e o médico Floriano Lemos eram contrários aos preventórios. Pregavam o isolamento de todo o grupo familiar em Granjas, onde pudessem permanecer unidos, trabalhando e convivendo, livres de todos os agravos sociais ocasionados pelo isolamento exclusivo dos acometidos. Floriano Lemos, num de seus vários artigos de jornais onde criticava a política oficial de profilaxia da lepra no Brasil, conseguiu formular com perspicácia as conseqüências que se podia esperar da prática preventorial e advertia que caso essas crianças conseguissem esquivar-se da lepra não escapariam do estigma. Teriam uma vida infeliz, marcada. Intenção institucional frustrada. Entretanto, o maior objetivo do preventório, assim como dos asilos-colônias, não era **consolar os lázaros**, seus filhos e sua família das privações e angústias ocasionadas pela lepra, mas **proteger os sãos**.

“(...) não acreditamos que essas criancinhas (...) amanhã quando adultas tenham fácil acesso em nossos lares, em nossa sociedade. Estarão condenadas a constituir um grupo à parte e, como párias, terão que viver à margem da nossa sociedade. Serão ex-pensionitas do Asylo Santa Terezinha!

Senão no physico, pelo menos moralmente carregarão para sempre a herança paterna.

Se em face das leis da eugenia não são elementos recomendáveis sel-o-ão como factores econômicos positivos?

(...)Maldirão por certo a nossa falsa caridade que permitiu a sua existência(...)”⁶⁸

Os dispensários

O dispensário de lepra, terceiro componente do arsenal anti-leprótico, introduzido na década de 1930 no Brasil, era hierarquicamente menos “importante” e menos renomado do que os asilos-colônias e os preventórios.

O dispensário também originou-se no século XIX, embora não seja vinculado a tradição religiosa como ocorreu com os preventórios e os asilos-colônias. Havia alguns destes estabelecimentos que eram custeados por instituições beneficentes, o que não significa que sua organização e objetivos fossem substancialmente modificados conforme as características do mantenedor.

Dos três órgãos constituintes do clássico “tripé”, da tríade isolacionista; **Asilos-colônias - preventórios - dispensários**, esse último era a peça mais fraca, mais frágil, e a única que não dispunha de grupos que lhe assumissem a defesa de forma tão imperativa e combativa como aconteceu no caso dos dois primeiros. O resultado é que suas mazelas não demoraram a aparecer, embora, constituísse a única alternativa para uma profilaxia da lepra livre da prática do isolamento.

Durante o período em que vigorou o isolamento compulsório, o dispensário tinha como função primordial auxiliar para que esta medida atingisse paulatinamente o maior número de acometidos de lepra e garantisse uma cobertura de fiscalização e patrulhamento sobre todos os parentes, amigos e conviventes de leprosos, os chamados, “comunicantes”, isto é, vigiar e controlar todos os suspeitos.

Mas os dispensários não eram uma exclusividade do combate a lepra. Havia dispensários de impaludismo, tuberculose, tracoma. O dispensário especializado era entendido, até bem recentemente, como uma forma eficiente de disponibilizar o tratamento existente na época para determinados males à população em geral através de um grupo de médicos, enfermeiros e outros profissionais igualmente especializados que dessa forma poderiam repassar para a sociedade tratamentos complexos, atendendo plenamente a necessidade de enfrentamento de determinadas endemias e epidemias no país.

O dispensário pode ser definido como um estabelecimento de diagnóstico, profilaxia ou tratamento de determinados males cujos serviços prestados à população

⁶⁸ LEMOS, Floriano. – “Um problema de eugenia”. In: Correio da Manhã. Rio de Janeiro, 19 de

devem ser acessíveis, de fácil utilização e menos custosos do que o oferecido em hospitais e pelos profissionais de saúde que atendem, exclusivamente, mediante onerosa remuneração. Dessa forma, seu objetivo era viabilizar e disponibilizar os recursos existentes ao conjunto da sociedade, livre dos embaraços econômicos, burocráticos e da inoperância perante os problemas de saúde vividos através da constituição de um órgão de grande capacidade resolutiva, por essa razão especializados, dos males atendidos neste local.

No caso da lepra, durante o período em que vigorou a prática do isolamento compulsório no Brasil, o dispensário especializado neste mal além de atender àqueles que o procuravam voluntariamente, deveria ter uma função ativa, isto é, sair à campo em busca de novos casos, novos contagiantes, animadores das constrangedoras estatísticas nacionais. Daí, geralmente, definir o dispensário por oposição ao ambulatório. Enquanto esse seria receptivo e passivo aquele deveria ser dinâmico e ativo.

Encarregado de vigiar e controlar os parentes dos leprosos isolados, “morféticos em potencial”, os dispensários sujeitavam-os a um vasto inquérito permanente ao qual eram obrigados a se submeterem, pois, acreditava-se que, de repente, algum deles poderia revelar-se “infecto-contagiantes” e necessitar ser removido para os asilos-colônias, o fato de terem convivido com um leproso era um fator de risco que não podia ser desconsiderado. Além destes a população em geral também foi colocada sob suspeita, posta ao alcance dos olhares e da ação dispensarial que deveria revelar casos ocultos no meio social.

Recensear os leprosos, providenciar isolamento dos acometidos, enviar as crianças sadias para os preventórios, submeter o cônjuge “são”, demais familiares, amigos e conviventes à exames periódicos e regulares eram também funções dos dispensários. Para os médicos e outros profissionais envolvidos no trabalho dentro da tríade isolacionista este órgão era um autêntico *chamarizes de enfermos*. No entanto, aqueles que tiveram suas vidas marcadas pela lepra, e nas suas biografias constam a experiência dispensarial, atribuíram-lhe o cognome de “*chamarizes do inferno*”⁶⁹.

novembro de 1939. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.343.

⁶⁹ LANA, Francisco Carlos Félix. Políticas Sanitárias em hanseníase: história social e a construção da cidadania.(Doutorado em enfermagem), EERP/USP, Ribeirão Preto, 1997(p.92).

O trabalho dos dispensários mesclava as perspectivas de Polícia Médica⁷⁰ e Saúde Pública. Seu cotidiano era, quase sempre, tomado pela apuração de denúncias sobre acometidos que deveriam ser recolhidos e isolados. Essas delações eram responsáveis por quase todos os apresamentos de leprosos realizados, o que comprometia a perspectiva de Saúde Pública deste órgão, à saber: realização de inquéritos epidemiológicos, realização de censos mais arrojados e satisfatórios, busca ativa de casos precoces, entre outras.

A segunda atividade que mais preenchia o cotidiano deste estabelecimento era o atendimento aqueles que o procuravam voluntariamente. No entanto, no decorrer dos anos este órgão burocratizou-se, perdendo gradualmente sua pujança e afastando-se dos seus objetivos. Inúmeros funcionários foram repassados para os serviços administrativos internos, não relacionados com o atendimento ao público, comprometendo o cumprimento de suas funções adequadamente.

Ernani Agrícola, em 1945, elencava as seguintes finalidades que deveriam ser atendidas por todos os dispensários de lepra existentes no país:

- a) descobrir novos casos de lepra precocemente;*
- b) fazer a vigilância e o tratamento dos casos não contagiantes;*
- c) fiscalizar eficazmente os contagiantes isolados em domicílio;*
- d) controlar todos os comunicantes e examiná-los pelo menos uma vez por ano;*
- e) fazer a vigilância dos egressos dos leprosários até a alta definitiva;*
- f) auxiliar a educação sanitária do povo, especialmente na parte referente à lepra e mais intensamente junto às famílias conviventes e comunicantes de lepra;*
- g) fazer a propaganda para que se generalize a prática do exame periódico.⁷¹”*

Os dispensários também realizavam uma triagem das famílias com acometidos de lepra que deveriam receber auxílio financeiro ou ajuda material das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. O tipo de ajuda e

⁷⁰ A “polícia médica” significou uma forma de atuação do Estado sobre a questão da saúde das populações, estabelecendo-se como um programa abrangente que consistia num sistema de informação amplo que incluía, além das taxas de natalidade e mortalidade, os registros de fenômenos epidêmicos e endêmicos; uma normalização do saber e da prática médica. Normalização que acontece antes com a medicina e o médico do que com o doente; a subordinação da prática médica a um poder administrativo e a criação de uma organização estatal médica hierárquica. A ‘polícia médica’ surge na Alemanha como uma estratégia de fortalecimento e de unificação do Estado alemão.” Cf. ROSEN, Georges. Op. Cit. e FOUCAULT, Michel. História de la medicalización. Educ. Méd. Salud. Vol.11, n.º01, 1977.

⁷¹ AGRICOLA, Ernani. Conferência proferida através do PRA-2 em 04/01/1945. Apud: GOMIDE, Leila Regina Scalia. Op. Cit. p., 118/119.

quantidade a ser concedida pelas filiadas da Federação era muito diversificado, variando, inclusive, conforme os recursos disponíveis em caixa para prestar tal assistência. Essa podia ser desde uma pensão mensal até donativos de alimentos e roupas.

O dispensário de lepra criou uma das figuras mais temidas pelos leprosos e suas famílias: “ o fiscal de lepra”. Quando o dispensário era dinâmico, isto é, dispunha de visitantes e ambulâncias , o fiscal encarnava o papel do guardião da saúde pública que palmilhava a jurisdição dos respectivos estabelecimentos objetivando dar cumprimento da primeira finalidade dos dispensários: *a) descobrir novos casos de lepra precocemente*. A fim de intimidar os acometidos e minorar as resistências ao correto desempenho de suas funções, este fiscal, esporadicamente, utilizava-se do auxílio de contingentes da polícia civil ou militar.

A localização dos dispensários de lepra era um capítulo importante a ser discutido dentro dos quadros profissionais constituintes da tríade isolacionista. Havia um consenso que deveriam ser inseridos em regiões que constituíam foco razoável de lepra. Acreditava-se que o ideal era que fossem instalados em prédios próprios, exclusivamente destinados para esse fim.

No entanto, as limitações financeiras não permitiram que todos os dispensários fossem equipados e montados dentro dos mais altos padrões recomendados na época, isto é, fixo, em prédio próprio inteiramente a ele dedicado, com infra-estrutura e pessoal suficiente para cuidar do trabalho interno e externo da unidade. Foram providenciados, então, os dispensários fixos, porém em salas cedidas por outras unidades de saúde ou outros dispensários não-especializados em lepra, e os itinerantes. Quando fixos, porém, em salas cedidas, sua entrada era sempre diferenciada e a sala especial na qual se encontravam era identificada pelos seguintes dizeres: “**Serviço Especial de Lepra**”⁷². Quando itinerante seu funcionamento era de caráter emergencial e pontual, sendo que, para tanto funcionava em locais igualmente cedidos, por um breve período de tempo, e em localidades onde não havia nenhum dispensário de lepra ou então, apenas no fim-de-semana.

Contudo, apesar de planejados e sofrerem intervenções revitalizadoras, na década de 1960, os dispensários continuaram incapazes de cumprir com eficiência

⁷²GOMIDE, Leila Regina Scalia. Op. Cit.,p.118.

seu primeiro objetivo. Estes viviam às voltas com as mesmas pessoas e famílias com acometidos já detectados pelos esforços isolacionistas. O trabalho de campo, a descoberta de novos casos continuava insignificante, demonstrando, já na época, a necessidade de revisão dos parâmetros utilizados como profilaxia da lepra.

“De 1962 em diante, buscou-se a dinamização da rede dispensarial do Estado de São Paulo. Trata-se do maior dispositivo de que se tem notícia, com 52 unidades no interior e 14 na capital, com 17 Delegacias Regionais, ocupando um total de 554 funcionários. O gigantesco organismo foi objeto de estudos e pesquisas, objetivos de trabalho foram fixados, indicadores de produtividade foram adotados e pouco a pouco as unidades estáticas do interior, que se limitavam ao atendimento de doentes que se decidiam a procurá-las, deram lugar a unidades dinâmicas com um coeficiente de penetração na zona superior a 1,00, indicando que a maioria das atividades se desenvolvia fora da sede. Foi feita uma seleção de contatos domiciliares a controlar e em seguida intensificou-se o seu controle. O rendimento passou a ser avaliado mensalmente e os resultados da avaliação foram distribuídos cada mês a todas as unidades. A percentagem de doentes em dia com as suas revisões subiu de 78,2 a 87,4% e a percentagem de comunicantes controlados aumentou de 46,7 para 69,7%. Todavia, a incidência não se alterou e a percentagem de formas lepromatosas entre os casos novos fichados continuou elevada.”(sic)⁷³

Muito cedo ficou evidenciado que os dispensários eram inócuos para atender seu primeiro objetivo e que algum fator afastava e repelia os leprosos das portas destes **“chamarizes do inferno”**. Em São Paulo procurou-se otimizá-los e torná-los eficientes, o que não foi conseguido. As pesquisas realizadas apontavam para a necessidade de se extinguir a exclusividade do tratamento da lepra pelos dispensários especializados, reivindicando que todos os outros dispensários, bem como os demais serviços de saúde geral também fossem autorizados a realizar a busca ativa de novos casos irrelatados, ou seja, reivindicava-se a **desmonopolização dos cuidados da lepra**.

“Chegamos então à conclusão de que embora o dispensário especializado possa vir a ser peça eficiente do armamento profilático, a montagem de uma rede quantitativamente eficiente atinge um custo incompatível com uma administração saudável e exige um número inexistente de especialistas. Depois de nos aplicarmos com entusiasmo à tarefa de aprimorar dispensários e melhorar o seu rendimento durante oito longos anos, chegamos à conclusão de que a necessidade de numeroso pessoal estático impõe um custo unitário que proíbe a multiplicação das unidades de forma a conseguir uma rede quantitativamente suficiente.

⁷³ MACHADO, Paulo de Almeida. Dispensários especializados e suas limitações na profilaxia da hanseníase. In: **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**, Ano XXVIII, n.º3, setembro de 1969, pp.36-46(p.36/37).

A expansão da rede ainda multiplicaria os problemas de ajustamento dos esquemas de trabalho às múltiplas circunstâncias locais e criaria dificuldades quiçá insuperáveis para a supervisão ou encareceria ainda mais o trabalho de programação, avaliação e supervisão.

Assim sendo, parece-nos que devemos reconhecer a inexequibilidade da adequação do potencial ao encargo da rede dispensarial.”(sic)⁷⁴

“Sem tempo para ir procurar os doentes, sem tempo para programar, sem pessoal para-médico qualificado para executar visitação domiciliar, os médicos ficaram   disposição dos que procurassem o dispensário. Aconteceu o inevitável: assiduidade dos postulantes das facilidades assistenciais, na maioria casos já sem significação epidemiológica e absente simo dos que não fazem jus àqueles benefícios: formas incipientes e contatos, todos de grande interêsse profilático.

(...)...descentralização do atendimento levando-o mais perto do domicílio dos doentes, utilizando a rede de unidades não especializadas que tem maior penetração.”(sic)⁷⁵

O autor conclui pela necessidade de se estender a busca de novos casos aos demais serviç os de saúde, pois era financeiramente e tecnicamente impossível edificar uma rede dispensarial capaz de palmilhar São Paulo em busca de todos os leprosos do Estado. Essa mesma constatação pode ser estendida para o restante do país, onde, apesar do número menor de dispensários reclamava-se igualmente de sua inoperância e timidez no descobrimento de novos casos.

O estigma e o medo dos acometidos e de suas famílias impediam que esses órgãos obtivessem sucesso e eficiência. Outras pesquisas foram realizadas para verificar o motivo do grande número de comunicantes já conhecidos e ausentes aos exames dispensariais. O mesmo autor narra a experiência e enumera as conclusões.

“Durante o planejamento da Campanha da Zona Leste, realizada na região metropolitana de São Paulo, outubro/novembro, 1968, o Departamento de Dermatologia Sanitária (antigo DPL) realizou uma pesquisa entre contatos em atraso com suas revisões procurando conhecer as razões do absente simo. Por ordem de frequência, foram apontadas as seguintes razões:

1 – Coincidência entre o horário de expediente do dispensário e o horário de trabalho.

2 - Estigmatização resultante da identificação como frequ ntador de um dispensário especializado.

3 – Custo do transporte e tempo gasto nos deslocamentos até o dispensário.

⁷⁴ Idem., p.41.

⁷⁵ Idem., ibidem., p.43/45.

4 – *Inconvenientes da apresentação de um atestado de comparecimento ao dispensário para justificar ausência ao trabalho ou à escola.*

5 – *Incredulidade quanto às vantagens do exame periódico.*

6 – *Oposição radical ao exame periódico.*

As razões de 1 a 4 foram alegadas pela imensa maioria dos contatos ouvidos. Oposição radical foi encontrada em raros casos.”(sic)⁷⁶

Pode-se observar que a atitude dos faltosos demonstra confiança com relação aos serviços dos dispensários, justificando-se a ausência em razão de deficiências destes estabelecimentos de modo específico, e de forma geral nas conseqüências sociais resultantes da prática do isolamento e do estigma que envolve a lepra.

Prosseguindo com a pesquisa o dispensário foi aberto aos domingos e verificou-se que um grande número de pessoas o procurou neste dia. Aumento da demanda que comprovava a validade da pesquisa e do primeiro item apontado como motivo da ausência dos comunicantes aos exames periódicos que deveriam se submeter regularmente nos dispensários.

“O Dispensário da Zona Leste ficou reservado para elucidação de diagnóstico. Em todos os domingos foram atendidos mais contatos do que em toda semana. E, em um único Domingo foram atendidos tanto comunicantes quantos atendeu o dispensário da zona leste durante todo um trimestre de 1968. São dados que comprovam as limitações do dispensário especializado.”⁷⁷

Os resultados obtidos demonstram que o funcionamento nos domingos constituía boa estratégia de adequação para funcionamento dos dispensários com vistas ao pleno atendimento dos comunicantes. Contudo, esta conclusão não alude a continuidade da inoperância deste órgão frente à necessidade de se descobrir novos casos de lepra precocemente. Esta função os dispensários especializados de lepra não conseguiram cumprir, a despeito das volumosas quantias desembolsadas pelos cofres públicos e da violência que muitas vezes foi utilizada.

No entanto, a rede dispensarial brasileira especializada em lepra constituiu-se em inúmeras unidades, que mesmo não proporcionando um sucesso correspondente aos recursos empregados, continuou funcionando basicamente com as mesmas

⁷⁶ Idem., ibidem., p.43.

⁷⁷ Idem., ibidem., p.44.

características, apenas com algumas modificações de nomenclatura nestes estabelecimentos, até final da década de 1970.

3.2 A falência do isolacionismo

“Iniciamos nossas palavras na afirmação de que os Hospitais Especializados para tratamento exclusivo da Hanseníase não devem mais existir. Os existentes devem dirigir o seu programa assistencial para o tratamento das dermatoses de interesse sanitário ou modificar radicalmente suas estruturas, buscando atender outras doenças que atingem as comunidades...”⁷⁸”

No limiar da década de 1960 constatou-se que a endemia de lepra no Brasil não demonstrava sinais de decréscimo. As estatísticas continuavam apontando a manutenção do país no segundo lugar do *podium* dos países mais endêmicos do globo, atrás apenas da Índia. Vice-campeonato⁷⁹ desconcertante, posição constrangedora e propícia à reflexões sobre o isolamento, seu custo social e financeiro e a “triste” constatação de que ele não estava resolvendo o problema.

O caminho percorrido para se chegar a esta conclusão foi dolorido, polêmico e marcado por inúmeras disputas entre médicos e outros profissionais e grupos relacionados com a lepra. Aqueles que eram favoráveis às medidas isolacionistas argumentavam que o problema residia na concessão do isolamento domiciliar e na falta de seriedade do governo que nunca teria se esforçado para isolar todos os acometidos. Para estes, “em tese”, o princípio segregacionista, seqüestração de todo o “reservatório de bacilos”, isto é, os leprosos, em local de onde nunca sairiam, nem após a morte, se cumprida fielmente, à risca, com rigor, resolveria o problema contendo a endemia inicialmente e abrindo caminho para sua erradicação.

⁷⁸ CRUZ, Oswaldo. Padrões mínimos de organização e assistência nos hospitais especializados para hanseníase. (Trabalho apresentado no Seminário sobre o Papel dos Hospitais no Combate da hanseníase e Problemas Administrativos – Bauru, São Paulo, junho de 1973). In: **Boletim da Divisão Nacional de Lepra**. Ano XXXII. N.º1, 1973.p.43.

⁷⁹ Ainda hoje o Brasil permanece como segundo país mais endêmico do mundo. Em 2000 eram 119.068 casos registrados. Número inexato, pois, existe uma porcentagem de desconhecidos. A verdadeira incidência é sempre maior do que o número de casos conhecidos. Cf. ROTBERG, Abrahão. Hanseníase no Brasil. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, n.º 39, ano CXXII, 24/09/2001.

Estes discursos que primavam pelo isolamento dos leprosos, utilizavam sempre a velha e batida *justificativa norueguesa* para subsidiar suas proposições; à saber: a Noruega reduziu a endemia à níveis baixíssimos, antes do advento de qualquer medicação eficaz na terapêutica de lepra, utilizando-se do isolamento.

O fim da endemia na Noruega tornou-se célebre e foi apropriado pelos favoráveis ao isolamento que atribuíam ao confinamento dos acometidos a responsabilidade pela vertiginosa queda do número de leprosos naquele país. Leitura simplista e distorcida do que lá aconteceu. No final do século XIX e início do XX foram adotadas um conjunto de medidas higiênicas e educativas naquele país, bem como, em quase toda Europa ocidental, cujo objetivo era acabar com as endemias e epidemias que assolavam aquela região. A teoria miasmática⁸⁰ levou a adoção de um grande número de procedimentos que indiretamente contribuíram para a redução da incidência de lepra. A melhoria no padrão de vida e habitacional modificaram as “*condições de possibilidade*” da endemia.

“Durante o século XVIII e início do XIX houve uma grande melhora da saúde pública. É curioso notar que ela não foi produzida por nenhum conhecimento novo: ela se deu por medidas sanitárias inspiradas nas velhas idéias sobre os miasmas.

Desde o fim do Império Romano, as preocupações com limpeza, na Europa, haviam se reduzido muito. A água era obtida de qualquer tipo de fonte, de rios, de chafarizes públicos, de poços sujos. Praticamente não existia água encanada. Também era rara a existência de esgotos; quando existiam, a água suja misturava-se à água utilizada para todos os fins domésticos.

Em algumas cidades, os excrementos eram coletados e transportados para longe, em carroças, mas o mais comum era que fossem simplesmente lançados à rua. O próprio chão das casas – de terra ou de madeira – ficava impregnado de urina de cães e de pessoas, cerveja e outras substâncias. Somente quando ocorriam a pestes surgiam hábitos de limpeza, como varrer as casas e as ruas.

Até mesmos os médicos podiam ser contrários às medidas sanitárias. Em 1760 não existiam privadas em Madri. Os excrementos eram jogados pelas janelas das casas à noite, sendo removidos no dia seguinte. O rei ordenou que se construísse uma privada em cada casa, mas o povo se opôs violentamente à medida. Os médicos também protestaram, dizendo que a

⁸⁰ Teoria segundo a qual as doenças derivariam dos miasmas, no sentido lato do termo, isto é, mau cheiro. Plantas e animais em decomposição, pântanos, excrementos e tudo o mais que ocasiona-se mau cheiro deveria ser eliminado por sua potencialidade em causar doenças. Esta teoria foi bem aceita até finais do século XIX quando surge a teoria microbiana das doenças. Cf. MARTINS, Roberto de Andrade. **Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis**. São Paulo, Editora Moderna, 1997. Ver, notadamente, o capítulo 8.

sujeira das ruas era útil, pois absorvia as partículas insalubres do ar. Se as ruas não fossem sujas, essas partículas atacariam as pessoas.

A limpeza corporal e das roupas era rara e precária. Os perfumes, utilizados pelos ricos, substituíam os banhos.(...)

A idéia de que as doenças eram causadas pelo mau cheiro havia se generalizado.(...) No século XVIII, tornou-se popular a teoria dos miasmas, para explicar não apenas as enfermidades dos pântanos, mas todas as doenças produzidas por cheiros de coisas estragadas e podres. A limpeza não era um problema estético e sim uma questão de saúde, ou seja, de higiene (no sentido do original da palavra). E o melhor guia para fugir das doenças seria seguir a orientação do nariz.

(...)

A importância de afastar os excrementos e o lixo das casas era apenas devido a seu cheiro.

(...)

Passou-se a dar grande importância à ventilação das residências, para que o ar fosse renovado e purificado.

(...)

No início da Idade moderna, a situação de sujeira era terrível nas residências, e pior ainda em lugares com aglomerações, como prisões, hospitais e instalações militares. No fim do século XVII, mais de um quarto dos pacientes dos hospitais de Paris e Londres morriam. Ser levado para um hospital era semelhante a ser executado. O filósofo alemão Gottfried Leibniz chamava os hospitais de ‘sementeiras da morte’.

Graças a idéias sobre limpeza e miasmas, a situação começou a mudar.(...). Esse amplo movimento higienista, que continuou durante o século XIX, não dispunha de nenhum conhecimento novo. A teoria básica era a dos miasmas. Havia apenas um interesse real em utilizar os conhecimentos disponíveis na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças. (...)

Todas as medidas do movimento sanitário (limpeza, água, esgoto) reduziram muito a mortalidade, na época. Mesmo sem que se compreende-se a causa da peste bubônica, da lepra e do cólera, essas doenças desapareceram dos países mais desenvolvidos. (...)

A teoria dos miasmas foi uma das mais importantes e úteis de toda a história da Medicina. Em muitas ocasiões, levou a importantes cuidados de higiene e a uma redução da mortalidade.”⁸¹

As medidas apontadas pelo autor tiveram como consequência indireta, já que não era a pretendida, a redução da endemia de lepra e o declínio de outras epidemias que assolavam a Europa naquele momento. Na Noruega, país onde nasceu Gerhard Henrik Armauer Hansen⁸², o isolamento foi adotado como medida seletiva e

⁸¹ Idem., p. 109/110/111/145.

⁸² Médico e botânico norueguês (Bergen, 1841 – idem. 1912). Em 1874 demonstrou pelo simples exame a fresco, nas chamadas células leprosas de Virchow, encontradas nos nódulos cutâneos apresentados pelos pacientes, a presença de bastonetes, agentes causais, responsáveis pela infecção. Hansen já havia verificado a presença do microorganismo em 1872, tendo o mencionado em um informe de 1873 e apenas o divulgado internacionalmente em 1874. Essa constatação deveria encerrar as exaustivas e antigas discussões acerca da hereditariedade ou contagiosidade da lepra. No entanto, esta polêmica se estendeu até 1923, no III Congresso Internacional de Lepra(CIL), ocorrido em Estrasburgo/França. Até hoje, não se conseguiu cultivar este bacilo “*in vitro*” o que tem impossibilitado a produção de uma vacina específica. Hansen era favorável ao isolamento compulsório de todos os doentes em leprosários,

facultativa, não se impingindo aos acometidos nenhum dos constrangimentos que se fizeram presentes na profilaxia de outros países. Ademais a incidência de lepra na Noruega já estava se tornando embaraçosa, vergonhosa para aquela nação que começava a tornar-se internacionalmente conhecida como “país de lepra”⁸³. Essa situação indigna, requeria a adoção de providências que interpelassem o curso da endemia que se alastrava e levou o governo da Noruega a criar em 1855 os “Comitês de Saúde” para impedir a continuação daquele indesejável quadro endêmico.

“Uma vez comprovado ser o próprio doente a via da transmissão, fortaleceu-se a teoria do isolamento; acreditava-se que, se todas as pessoas já infectadas fossem segregadas, a endemia se extinguiu a devido a ausência do agente causal. Essa postura, defendida por Hansen, daria origem ao chamado “Modelo Norueguês”, que por muito tempo foi apresentado como sendo o responsável pelo declínio da endemia de hanseníase na Noruega.

Entretanto, ao se estudar a história da hanseníase na Noruega, verifica-se que declínio da endemia foi resultante de um outro tipo de atuação profilática, baseada na adoção de medidas educativas e na internação voluntária do doente, ou seja, um modelo diametralmente oposto ao “Norueguês”.

Em 1855, o governo norueguês já havia instituído os chamados “Comitês de Saúde”, que foram responsáveis pela implantação de uma estratégia de combate á hanseníase alicerçada no trabalho educativo. Os “comitês” possuíam equipes que realizavam visitas domiciliares e que atuavam como educadores em saúde pública. Toda vez que as equipes encontravam um portador de hanseníase, realizavam trabalho de esclarecimento que envolvia o doente e sua família, eram-lhes esclarecidas as medidas higiênicas a serem tomadas, tais como separação de talheres, de pratos, de roupas e de camas; lhes era solicitado que, se possível, o doente tivesse um quarto em separado. Nos casos mais graves, ou naqueles onde as condições familiares não permitissem a permanência do doente, eram oferecidas ‘as comodidades hospitalares com franca liberdade de entrar e sair’.

O resultado das medidas educativas adotadas na Noruega pode ser facilmente comprovado através da análise de seus dados epidemiológicos, que demonstram o acentuado declínio da endemia naquele país, ocorrido a partir da atuação dos ‘Comitês’. Verifica-se que, até o ano de 1855, quando da adoção das medidas educativas, surgiam cerca de 200 casos novos por ano. Trinta anos depois, em 1885, esse número havia baixado para 60, uma queda de 70% na incidência da doença. Isto ocorria sem que se desse o

medida que incluiu nas conclusões dos dois primeiros CIL, ocorridos respectivamente em Berlim(1897) e Bergen(1909), ambos organizados, e o primeiro presidido, por ele próprio. Sua defesa do isolamento lhe valeu muitos inimigos, inclusive em sua terra natal, onde a medida nunca foi implantada com o rigor que desejava. Cf. MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. p., 120-123.; BAKIRTZIEF, Zoica. Op. Cit.; QUEIROZ, Marcos de Souza e PUNTEL, Maria Angélica. Op. Cit. p.32.

⁸³ Noruega, Brasil, Índia e Japão são países que se destacaram pelos vultuosas somas empregadas com o objetivo de liquidar com a endemia de lepra que atingiam suas populações.

*isolamento forçado do doente e mesmo sem que houvesse qualquer tratamento eficaz.*⁸⁴

Conforme pode-se observar o declínio da endemia de lepra na Noruega, em específico, e na Europa de uma forma geral, foi o resultado de uma série de medidas que alteraram as “condições de possibilidade” de existência “do quadro leprótico nacional”⁸⁵. Mesmo ignorando-se as medidas indiretas e “involuntárias” que contribuíram para a queda da endemia, observa-se naquelas que foram tomadas com este objetivo explícito, de contê-la e erradicá-la, o quanto se diferenciava da postura adotada no Brasil. Aqui, o isolamento sempre foi a medida principal, senão a única durante vários anos efetivamente praticada. Na Noruega o isolamento era apenas uma opção entre várias. Aqui o leproso sempre foi um indesejável, “reservatório de bacilos”, lá ele era uma pessoa que não adquiria o *status* de banido social.

No Brasil, depois de inúmeros debates, a profilaxia da lepra foi finalmente definida em forma de lei. Trata-se da lei n.º 610 de 1949⁸⁶, que em seus artigos previa basicamente quatro medidas a serem tomadas com relação a lepra. isolamento compulsório de todos os acometidos; vigilância e controle de todos os suspeitos; notificação compulsória de todos os casos encontrados; afastamento dos menores indenes das fontes de contágio. O isolamento compulsório poderia ser realizado em estabelecimentos particulares ou oficiais, os asilos-colônias, e em domicílio⁸⁷. A leitura dessa lei revela um texto “moderado” sem os radicalismos tão presentes nas décadas de 1920 e 1930, prevê até o isolamento domiciliar e faculto, em alguns casos, o isolamento compulsório em asilos-colônias dos acometidos mais graves. No entanto, essa mesma legislação possuía fissuras pelas quais os isolacionistas

⁸⁴ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.122/123.

⁸⁵ A Noruega, constituiu um importante núcleo de pesquisas sobre lepra de meados do século XIX até início do século XX. Naquele país o nome **lepra** foi alterado para: “**Spedalskhed**”, conforme haviam sugerido Danielssen e Boeck, eminentes cientista noruegueses que realizaram compilação dos conhecimentos sobre lepra em meados do século XIX. Eles publicaram em 1847 um trabalho intitulado: “*Om Spedalskhed*” onde defendiam a teoria da hereditariedade para explicar a causa da lepra. Este livro foi posteriormente traduzido para o francês, em 1848, com o título: “*Traité de la Spedalskhed ou Éléphantiasis des Grecs*”, o que permitiu a divulgação mais ampla da teoria da hereditariedade. Em norueguês(1847) o trabalho tinha 516 páginas e 24 ilustrações. Em francês(1848) ele possuía 535 páginas e continha as mesmas ilustrações, só que foram coloridas. Este livro tornou-se um clássico e orientou toda uma geração de leprólogos até por volta da década de 1910. Para mais detalhes, ver: BAKIRTZIEF, Zoica. Op. Cit. p.86/120.

⁸⁶ Lei n.º 610 de 13/01/1949, publicada no Diário Oficial da União(DOU) dia 02/02/1949, Coluna I, página 1513. Revogada integralmente pela lei n.º5.511 de 15/01/1968.

⁸⁷ Idem. Cf. Artigo 10.

terminavam detendo o poder de decisão final sobre o leproso que dificilmente conseguia esquivar-se do isolamento leprocomial.

“Artigo 13º. O isolamento domiciliário só será permitido pela autoridade competente a título precário e no caso de haver inteira segurança sobre o cumprimento das medidas sanitárias exigidas.”⁸⁸

O isolamento domiciliar deveria ser concedido unicamente mediante autorização da autoridade sanitária. Apesar de incluído na *“profilaxia da lepra no Brasil”* este era raramente concedido.

Quanto à possibilidade das exceções previstas em lei facultar aos acometidos mais graves a permissão para o isolamento domiciliar, esta não era desvinculada da autorização da autoridade sanitária. Todos deveriam ser isolados, seja em suas casas, num quarto separado, ou em asilos-colônias.

“Artigo 7º. É obrigatório o isolamento dos casos contagiantes assim compreendidos:

a) todos os de lepra lepromatose;

b) todos os não lepromatosos, que, em virtude dos exames clínicos e de laboratório e a juízo da autoridade sanitária, tornem provável a hipótese do contágio.

Artigo 8º. É também obrigatório o isolamento dos casos não lepromatosos, que, pelas condições e hábitos de vida do doente ou pela sua insubmissão às medidas sanitárias, constituam ameaça, a critério da autoridade sanitárias, para a saúde da coletividade.”⁸⁹

Assim, ainda que algum dos acometidos preenchessem todos os requisitos necessários para usufruir do isolamento domiciliar, este para ser concedido permanecia dependente do *“critério da autoridade sanitária”*, cuja autorização era penosa de ser conseguida, principalmente quando esta fosse favorável às medidas isolacionistas. A referida lei de 1949 oferecia ampla margem para isolar todos os leprosos que surgissem, pois terminava depositando o poder de decisão final nesta autoridade competente⁹⁰. Mas os poderes dessa autoridade não paravam por aí. Essa mesma lei ainda dava maior abertura para o isolacionismo no seu artigo nove:

⁸⁸ Idem., ibidem. Cf. Artigo 13.

⁸⁹ Idem., ibidem. Cf. Artigos 7 e 8.

⁹⁰ Idem., ibidem. Cf. Artigo 13.

“Artigo 9º. Além dêsses, poderão também ser internados em leprosários, a juízo da autoridade sanitária, quaisquer casos quando os doentes não puderem obter os recursos necessários à própria subsistência, ou forem portadores de estigmas impressionantes de lepra.”⁹¹

Não se escapava facilmente do isolamento no Brasil, seja pelo estigma que empurrava para os asilos-colônias os leprosos, seja pela legislação que retirava do acometido quase todas as suas prerrogativas e lhe reservava pequena margem para contornar a sua possível exclusão. A saída mais eficaz, principalmente para os mais pobres, era ocultar-se, furtar-se da visão pública. Evitar que outros tomassem conhecimento de sua lepra. Esquivar-se da notificação compulsória. Fugir da exclusão social.

No Brasil, o reconhecimento da ineficácia do isolamento demorou a ser conhecida e reconhecida. Talvez o reconhecimento tenha sido mais demorado dado aos interesses em jogo envolvidos, principalmente na rede institucional montada desde a década de 1930 para prover o “*combate da Lepra*” no país.

“Nossas cabeças eram feitas pelo principio isolacionista, não raciocinávamos: apenas seguíamos o que o chefe mandava (referindo-se a Salles Gomes) e achávamos todo resto heresia. José Maria Gomes, Alice Tibiriçá e outros, eram inimigos do nosso governo, da nossa orientação...Só depois é que fomos amadurecendo..”⁹²

“...Eu evolui lentamente, não comecei assim, mas reagi. Achava duvidoso o resultado do isolamento, mas me comportava apaticamente. Só depois, estudando melhor, é que vi que aquilo não tinha fundamento. Mas passei muito tempo... Naquele momento eu era do grupo principal, da oficialidade de São Paulo, fiel ao nosso chefe.”⁹³

Em São Paulo, a confiança no isolamento era tão grande que Salles Gomes Júnior já havia datado o fim da endemia paulista de lepra.

“Os médicos que trabalhavam no DPL, acreditavam realmente nas idéias e nas diretrizes pregadas pelo Serviço Oficial, que prometia acabar com a hanseníase em São Paulo no período de uma geração. Salles Gomes prometia ‘varrer a lepra’ do Estado de São Paulo em apenas vinte anos. Essa promessa se refletia, concretamente, na sala da direção do DPL, onde um quadro de grandes proporções ilustrava o histórico da endemia e, a

⁹¹ Idem., ibidem.

⁹² Depoimento de Abrahão Rotberg concedido à Yara Nogueira Monteiro em 20/06/1992. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.173. O grifo é do original.

⁹³ Depoimento de Abrahão Rotberg concedido à Yara Nogueira Monteiro em 20/06/1992. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.174.

*partir de dados epidemiológicos projetados, apresentava o desenho de uma curva que entrava em declínio na década de 40 e que apontava para a extinção da doença em meados da década de 50.*⁹⁴

Quando as críticas começaram a avolumarem-se e a despencarem sobre os serviços oficiais responsáveis pela profilaxia da lepra em âmbito nacional e estadual, o embaraço desses foi geral. Enquanto estes argumentavam que o raciocínio isolacionista tinha fundamentação e o problema residia no fato de não se ter alcançado com o isolamento todos os acometidos, os críticos apresentavam estatísticas do crescimento da endemia no país e dados sobre os altos custos empregados pelos governos estaduais e federal, sem resultados, desde a década de 1930 com a lepra.

“A lepra, no Brasil, apresenta características de grave endemicidade, sem que hajam focos, geográfica ou socialmente, bem delimitados. A população leprosa distribue-se por todo o território nacional, com pequenas variantes entre uma ou outra região fisiográfica.

A situação geográfica do país, em faixa de condições climáticas favoráveis à disseminação da enfermidade, e o baixo padrão de vida da sua população, são fatores que, entre outros, concorrem para agravar a endemia. Consequentemente avulta o encargo de assistir milhares de portadores de uma moléstia estigmatizante e inutilizadora do indivíduo na ocasião em que êle mais poderia produzir para si e para a coletividade.

(...)

A Seção de Epidemiologia do Serviço Nacional de Lepra, analisando os dados estatístico-epidemiológicos referentes ao decênio 1946-1955, apurou, dentro das precariedades bem conhecidas quanto às respectivas coletas, o seguinte: nêsse período foram registrados, em todo o país, 48.718 doentes novos, o que representa uma incidência média anual em tôrno de 9 casos por 100.000 habitantes(...). Êsse coeficiente variou de Estado para Estado como se pode verificar (...), sendo o mais elevado o Território do Acre (56,45 p/100.000 hab.) daí decrescendo até atingir o valor de 0,32 para o Estado de Alagoas.

(...)

Quanto à distribuição das formas clínicas que apresentava os doentes na ocasião do fichamento, constatou-se, que no decênio em tela(1946-1955), predominou, sensivelmente, a forma lepromatosa, tanto no cômputo geral de tôdas as Unidades Federadas como em cada uma de per si(...), numa evidente demonstração de diagnóstico tardio.

(...)

O aumento da população leprosa de quase 5.000 doentes por ano, aliado à baixa letalidade da moléstia, faz crescer , de ano para ano, o coeficiente de prevalência, que de 0,96 em 1946 atingiu o valor de 1,47 por mil habitantes em 31 de dezembro de 1956(...).

(...)

⁹⁴ MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit. p.,173.

Tôdas essas observações, como é óbvio deduzir, levam-nos a prever maior expansão da lepra nos próximos anos, caso não ocorram fatores novos que interrompam, com segurança, a cadeia de transmissão da enfermidade.”(sic)⁹⁵

“A lepra sendo uma doença contagiosa de evolução crônica, tem sido, desde a mais alta antigüidade, combatida por meio do isolamento dos doentes, a mingua de outros recursos capazes de uma eficiente ação.

A segregação obrigatória dos doentes de lepra era executada de modo vexatório e desumano, mesmo quando ainda não se conhecia o agente causador da doença. No Levítico, terceiro livro da Bíblia, encontram-se preceitos, entre os quais o que se refere ao isolamento do leproso.(...)

Com o correr dos tempos e melhor conhecimento da doença em seus vários aspectos, o isolamento obrigatório foi sendo humanizado e incidindo somente sobre os casos considerados contagiantes.

Procurou-se também a adoção do isolamento selecionado ou mitigado, dada a impossibilidade de internamento de todos os casos por falta de leitos.

Durante muitos anos foi o isolamento praticado, conforme solução e recomendações de numerosos congressos internacionais de leprologia, sendo entretanto prescritas outras medidas de grande importância, na profilaxia do mal de Hansen.

Usado como a mais importante arma de combate à lepra, não demonstrou em tão longo período de sua aplicação ser realmente um meio capaz de extinguir a doença em curto espaço de tempo como se verificou, por exemplo, na Noruega: com cerca de 3.000 doentes de lepra levou 70 anos para eliminar o mal.

O isolamento obrigatório não apresentou até hoje resultados uniformes como medida profilática e os leprólogos desde muito já o vinham considerando falho como arma principal na campanha contra a lepra. Alguns chegaram mesmo a proclamar a sua ineficácia e desumanidade.

Chaussinand, por exemplo, diz que a luta antileprosa, tal como está regulamentada na maior parte dos países leprógenos, é não só ilógica e ineficaz, o que é mais grave, perigosa.

(...)

O receio da segregação obrigatória incita os doentes a ocultar sua condição tanto tempo quanto possam, e isto precisamente durante o período em que a infecção é mais curável. Em consequência, só o isolamento em instituições não tem podido dar os resultados que dele se esperava e não se mostrou um meio eficiente de luta contra a doença, mesmo quando era praticado com rigor e em grande escala.”⁹⁶

⁹⁵ FONTE, Joir. Informe sobre a lepra no Brasil. In: **Seminário Pan-Americano sobre profilaxia da lepra**. Belo Horizonte, Serviço Nacional de Lepra, 30 de junho a 7 de julho de 1958, pp. 03-12. (pp.03/04/05). Este evento foi organizado e idealizado por Orestes Diniz na ocasião em que dirigia o Serviço Nacional de Lepra. Seu objetivo era reunir todos anti-isolacionistas e divulgar as experiências novas que vinham sendo realizadas. A colaboração da Organização Pan-americana de Saúde foi solicitada para auxiliar na tarefa de convencer os resistentes leprólogos brasileiros da inutilidade do uso do isolamento na profilaxia da lepra.

⁹⁶ AGRICOLA, Ernani. O isolamento na profilaxia da lepra. In: **Seminário Pan-Americano sobre profilaxia da lepra**. Belo Horizonte, Serviço Nacional de Lepra, 30 de junho a 7 de julho de 1958, pp. 13-20. (pp.13/15).

A primeira estratégia utilizada foi o contra-discurso da ausência da aplicabilidade severa, rigorosa e plena do isolamento, daí sua ineficácia. No entanto, o governo esclarecia que os custos financeiros de um eventual isolamento de todos os acometidos eram impagáveis. Depois veio o discurso de que o isolamento seria uma medida complementar, mas ainda necessária, pois muitos doentes não possuíam condições de conduzirem com eficiência, disciplina e o rigor necessário o tratamento em seus domicílios, condição imprescindível para garantir a segurança das coletividades. Portanto fazia-se necessário o **isolamento seletivo**, afinal havia ainda aqueles leprosos que procuravam voluntariamente os leprosários para se internar. Argumentavam, que era preciso aboli-lo, porém gradualmente, o que terminou acontecendo no Brasil e se estendendo até 1976.

“Entretanto ainda há vozes discordantes quanto à questão do isolamento. Na V Reunião dos Leprólogos Brasileiros(1957), em Cambuquira(MG), o Dr. Bechelli assim se manifestou: ‘Ouvi que no plano em execução os doentes lepromatosos, contagiantes, não são isolados, continuando a viver junto aos seus e desempenhando suas funções habituais. Não julgamos acertada essa medida, a menos, é obvio, que não existam locais para efetuar o isolamento. Penso que este ainda deva ser realizado, de modo seletivo, conforme os leprólogos vem propugnando e como o ratificam a ‘declaração de princípios dos leprólogos brasileiros’.”⁹⁷

“Isolamento

A segregação do reservatório é medida profilática de valor limitado, no controle das doenças transmissíveis. Na profilaxia da lepra (hanseníase) não tem indicação para os doentes não contagiantes (indeterminados e tuberculóides) e em relação aos casos contagiantes (lepromatosos) [lepromatosos] e dimorfos) ocasiona as seguintes conseqüências:

a) não impede a ocorrência de novos casos, porque, de regra, até ser diagnosticado, o doente lepromatoso (virchowiano) ou dimorfo teria tido oportunidade de infectar pessoas de seu convívio mais íntimo. Por ser longo o período de incubação da lepra (hanseníase), em prazos variáveis, mesmo após o isolamento do doente em hospital especializado, poderão surgir novos casos entre seus conviventes, infectados anteriormente;

b) muito mais oneroso que o tratamento ambulatorial;

c) dificulta a vigilância dos comunicantes porque a ausência do doente (fonte de contágio) aparenta a seus familiares a idéia falsa da extinção do foco;

⁹⁷ BECHELLI, Luiz Mariano. Apud: AGRICOLA, Ernani. O Isolamento na Profilaxia da Lepra. In: **Seminário Pan-Americano sobre profilaxia da lepra**. Belo Horizonte, Serviço Nacional de Lepra, 30 de junho a 7 de julho de 1958, pp. 13-20.(p.18).

- d) agrava a estigmatização;
- e) leva ao desajuste social.

No início, o hospital especializado foi usado para o isolamento compulsório de doentes, considerado na época, uma medida profilática de grande eficácia. O hospital especializado era, então, um órgão fundamental da profilaxia da lepra(hanseníase).

Com a evolução das idéias sobre a profilaxia da doença, o ‘isolamento compulsório’ foi substituído pela ‘hospitalização seletiva’, finalidades atual do hospital especializado.’⁹⁸

As críticas contrárias ao isolamento foram ficando cada vez mais afiadas e contundentes no decorrer da década de 1960. Acusavam a tríade isolacionista de ineficiente, estigmatizadora e onerosa. Deste modo, pode-se elencar cinco argumentos, apontados na época, que silenciaram os isolacionistas. Esses, acuados, tentaram reativar o discurso de **proteção da coletividade** através da profilaxia direta, isto é, seqüestração do “repositório de bacilos”, dos leprosos. São eles:

- a)Crescimento da endemia de lepra no Brasil
- b)Ocultamento dos leprosos
- c)Acirramento do estigma
- d)Elevados custos financeiros
- e)Existência de iniciativas paralelas, sem o uso do isolamento, com resultados melhores

O ocultamento refere-se a esquivar dos leprosos ao “tratamento” da época, ou seja, do isolamento. A tríade isolacionista, ou tripé profilático, era uma estrutura institucional altamente estigmatizante, principalmente, ao evidenciar de forma tão aviltante o destino ao qual devia se submeter os acometidos de lepra. “ Como é triste o destino que praguejo”, poetizava o pai internado no asilo-colônia Belisario Penna, no Amazonas, ao ter o filho arrancado e levado para viver à salvo da lepra num preventório em Manaus.⁹⁹

No entanto, o último item, a letra “e”, refere-se as medidas paralelas engendradas na época que obtiveram êxito no “*combate a lepra*” sem utilizar da

⁹⁸ SILVEIRA, Ademyr Rodrigues da. Papel dos Hospitais Especializados no Controle da Hanseníase. In: **Boletim da Divisão Nacional de Lepra**. Vol. XXXII, n.º2,3, e 4. Rio de Janeiro, 1973, pp.37-42(p.39). Os parênteses e colchetes são do original.

⁹⁹ Ver neste capítulo o item 3.1: os preventórios.

prática do isolamento. Trata-se das **campanhas** que foram realizadas no Brasil. Essas eram estratégias de intervenção na área de saúde que não prescindem da conscientização da sociedade e que, ao contrário da rede institucional que aguardava ser procurada, ou acionada, para prover atendimento, sai à campo em busca dos acometidos e necessita da colaboração ativa da população em geral.

No Brasil ocorreram quatro campanhas em âmbito nacional, sendo duas durante a época do isolamento e outras duas mais recentemente, fora do contexto daqueles idos anos. Foram elas:

As Campanhas da Solidariedade: Termo introduzido por Alice Tibiriçá no final da década de 1920. Ocorreram várias “*campanhas da solidariedade*” em regiões isoladas, ou mesmo simultaneamente. Inúmeras foram realizadas na década de 1930 em diversas partes do país, sempre sob fiscalização da FSAL e DCL. Estas iniciativas eram sempre coordenadas pelas Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra/SAL e DCL locais e tinham como objetivo arrecadar recursos financeiros para construção ou manutenção dos preventórios ou providenciar melhorias nos asilos-colônias. Quando a presidência da Federação foi entregue à Eunice Weaver esta forma de atuação continuou sendo utilizada, sempre com a maior proximidade possível dos governos municipais e estaduais. Este tipo de campanha, no entanto, não se liga diretamente a nenhuma questão da área de saúde, apenas indiretamente, uma vez que objetivava expandir e consolidar a rede institucional de atenção a lepra no Brasil, principalmente, a preventorial. O preceito primordial que orientava estas práticas era a perspectiva da caridade e da filantropia que envolvia a lepra desde o início do século. Essas ações encontravam-se coerentemente alicerçadas na intenção de auxiliar na tarefa profilática de extinguir a endemia no país através do isolamento, auxiliando através do “consolo dos lázaros”, da conscientização popular e da “*preservação da criança contra o mal de hansen*”.

Campanha de Luta Contra a Lepra de 1956: Esta campanha foi idealizada por Orestes Diniz e previa a redução da endemia nos diversos focos distribuídos pelo território nacional através da descentralização do programa de controle e atendimento as unidades sanitárias não especializadas do país. O objetivo era favorecer o diagnóstico precoce ao disponibilizar atendimento mais próximo de

todos os acometidos. Outra meta era realizar uma cobertura vacinal com o BCG¹⁰⁰ em todos os comunicantes e procurar estendê-la a todos os outros conviventes objetivando com isso desacelerar a cadeia de transmissão da lepra. Apesar de realizada à sombra do isolamento, prática que repelia muitos acometidos, numa época em que seus partidários além de numerosos eram politicamente influentes, os resultados obtidos foram razoáveis¹⁰¹ e levaram os leprologistas da época a promoverem inúmeras reformas na rede dispensarial, que “em tese” deveria encontrar e localizar os acometidos ocultos na população em geral. Esta iniciativa evidenciou a patente necessidade de **desmonopolização dos cuidados da lepra** no Brasil. Orestes Diniz a definia da seguinte forma:

“A campanha adotou como principio, alcançar, na escala mais elevada possível, o diagnóstico precoce da moléstia, o tratamento profilático de todos os casos infectantes e a aplicação de recursos capazes de elevar a resistência das pessoas expostas ao contágio, sem descuidar, contudo, dos demais aspectos do problema. Em sua execução, baseia-se na doutrina de que o contrôlo da lepra, como todo problema de saúde pública, deve ficar a cargo das organizações médico-sanitárias não especializadas, de âmbito local, em obediência aos mais modernos princípios de administração e organização sanitárias.

O sistema representa uma feliz associação de esforços entre o leprologista e o médico sanitaria ou clínico geral. Aquêlo, como elemento orientador e coordenador do trabalho da equipe, exerce ao mesmo tempo funções de alta importância epidemiológica e profilática. Os últimos, isto é, os médicos não especializados, realizam as tarefas simples e rotineiras de tratamento dos doentes e vigilância sanitária dos focos.

Êsse conjunto, formado de um leprologista e determinado número de unidades médicas, selecionadas segundo a importância epidemiológica das áreas onde se acham sediadas, constitui o que denominamos grupo de trabalho (G.T.).

Uma unidade médica (U.M.) pode ser o dermatologista de um Centro de saúde, de um ambulatório ou de um hospital geral; o sanitaria de um posto de higiene; os médicos de institutos de previdência ou órgãos para-estatais, de corporações civis ou militares encarregados da assistência médico-sanitárias aos seus elementos fixos ou recrutados; o médico clínico em seu consultório particular; enfim, qualquer elemento bastante credenciado e dedicado que se proponha a colaborar na campanha.

Essas unidades médicas, devidamente orientadas e preparadas, têm a incumbência de tratar os casos de lepra conhecidos e residentes nos locais

¹⁰⁰ Abreviatura de Bacilo de Calmette e Guérin. Vacina utilizada para a prevenção da tuberculose. Albert Calmette e Camile Guérin a pesquisaram de 1906 a 1923 sendo em 1928 a vacina confirmada em Paris. Apesar de enfrentar acirradas críticas e sofrer inúmeras tentativas de descrédito logo confirmou-se a eficiência da vacina. Dado a proximidade do agente etiológico da tuberculose e da hanseníase esta vacina oferece uma resistência cruzada contra esta última de aproximadamente 60%.

¹⁰¹ Cf. MOREIRA, Tadiana Maria Alves. **As Campanhas de Hanseníase no Brasil**. (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/FOC/MS, 1997(pp.73-78).

de sue âmbito de ação ou aqueles que funcionalmente lhes competem assistir: reexaminar periodicamente os respectivos comunicantes; encaminhar ao leprologista, encarregado grupo, os casos que julgarem duvidosos ou difíceis de diagnosticar. Instruindo-se elas próprias a respeito dos aspectos clínicos e sanitários da lepra, poderão, ainda mais, realizar a educação sanitárias dos doentes e da população em geral.”¹⁰²

Nesta campanha de 1956¹⁰³ foi difícil conciliar a questão da perspectiva de Saúde Pública com a prática do isolamento que, seguramente, comprometeu os resultados finais.

De qualquer forma, esta iniciativa passou a ser utilizada pelos anti-isolacionistas que estabeleciam comparações entre os números de atendimentos realizados pelo “tripé profilático”, asilos-colônias, preventórios e dispensários, a tríade que exercia o monopólio dos cuidados da lepra, e as campanhas. Estas, apesar da curta duração e de serem efetuadas por não especialistas na área, obtinham mais êxito, encontravam mais casos precoces e realizavam melhor a vigilância dos comunicantes, a despeito de todas as resistências enfrentadas e ausência de uma efetiva colaboração de boa parte da rede de saúde geral que, naquela época, enxergava a lepra como assunto específico de uma grande rede institucionalizada, complexa, consolidada.

Ocorreram no Brasil mais duas campanhas extremamente interessantes, ainda que fora do período abordado por este estudo. Portanto serão apenas citadas, uma vez que se desenvolveram numa época posterior ao isolamento. São elas:

Campanha de Divulgação de Massa: Realizada em 1988, durante o governo José Sarney, tinha como divisa a seguinte frase: *“Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil”*. O objetivo era levar a própria população a identificar os sintomas da doença e procurar voluntariamente os serviços de saúde.. Foram divulgados cartazes, folhetos, cartilhas, propagandas em rádio e na televisão. Argumentava-se que o Brasil era um dos cinco países mais endêmicos do globo e

¹⁰² DINIZ, Orestes. Apud: AGRICOLA, Ernani. A Lepra no Brasil: resumo histórico. In: Manual de Leprologia. Rio de Janeiro, MS/DNS/SNL, 1960, pp-11-29(p.22).

¹⁰³ Foi realizado no Estado do Rio de Janeiro um projeto piloto em 1954 cuja experiência norteou a campanha de 1956 em âmbito nacional. Em 1959 esta descentralização implantada pela “Moderna Campanha Nacional Contra a Lepra” foi regulamentada pela lei n.º 3.542 de 11/02/1959, publicada no DOU dia 11/02/1959, coluna I, p.002513. Em 1968 ela foi modificada pela lei n.º 5511 de 16/10/1968. Encontra-se em vigor.

ocupava o primeiro na América Latina. As emissoras de rádio receberam discos de vinil com mensagens para serem veiculadas no decorrer de suas programações.

Porém, nada superou o alcance das vinhetas veiculadas pela televisão, entre elas, a que ficou mais celebre¹⁰⁴ foi a dona-de-casa que no cotidiano das suas tarefas domésticas, ao preparar a refeição da família não percebe a chama que provoca uma queimadura acidental no braço. A imagem chocava, sintoma da insensibilidade localizada, mancha dormente no braço sobre o fogo. Esta vinheta ficou gravada na memória dos brasileiros que até hoje lembram-se daquelas imagens penetrando nos lares no horário nobre da TV.

Esta campanha teve bons resultados apesar da curta duração de três meses¹⁰⁵. Contudo, a inexpressiva participação da Rede Globo¹⁰⁶, maior canal brasileiro de televisão desde a década de 1970, restringiu o alcance da mensagem que poderia ter sido levada a um maior contingente de pessoas no país.

Esta campanha é até hoje alvo de inúmeros estudos, sendo um dos aspectos negativos apontados a escolha da divisa; “*Hanseníase, vamos acabar com esta mancha no Brasil*”. Esta frase ainda remonta a uma certa acepção estigmatizadora pelo uso da expressão “mancha”, que em sentido figurado significa mácula, sujeira, descrédito na reputação. Escolha infeliz deste termo ou da frase, método acertado e válido como estratégia de intervenção na área da saúde.

Campanha de Eliminação da Hanseníase(LEC¹⁰⁷): Proposta pela Organização Mundial de Saúde como estratégia para a eliminação da hanseníase como problema de saúde. Emprega o conceito de campanha como uma *ação pontual*, contando como o apoio de recursos humanos e institucionais de outras áreas e da comunidade. O objetivo específico era eliminar as fontes de infecção por meio do diagnóstico e tratamento dos casos multibacilares, transmissores da doença e mantenedores das fonte de infecção, isto é, estancar a cadeia de transmissão. Para isso objetivava mobilizar a comunidade na participação do programa de controle da

¹⁰⁴ Foram elaborados pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e a Imprensa Oficial no ano que antecedeu ao lançamento da Campanha de 1988, todo o material de divulgação utilizado, composto de três vinhetas para a televisão, um disco para as emissoras de rádio, um milhão e trezentos mil cartazes. Em 1989 foram preparados mais duas vinhetas para a televisão adotando-se a seguinte divisa: “*Quanto mais cedo a procura mais cedo é a cura*”. Cf. MOREIRA, Tadiana Maria Alves. Op. Cit., p.84.

¹⁰⁵ Idem., p.86.

¹⁰⁶ Idem., ibidem., p.121.

hanseníase nas atividades básicas de saúde. Esta ocorreu em 1996 e teve resultados bastante variáveis. Esta também utilizou a estratégia de divulgação de sintomas da doença em canais de televisão e rádio.

Contudo, a **Campanha de Luta Contra a Lepra de 1956**, mesmo com os resultados aquém dos esperados e pretendidos, instrumentalizou o discurso anti-isolacionista que recebeu mais munição a partir desta iniciativa. Na década de 1970 este modelo de descentralização foi adotado nacionalmente de forma permanente e não apenas durante a realização de campanhas.

Outro acontecimento que começou a pesar sobre os isolacionistas foi a postura internacional expressa através dos Congressos Internacionais de Hanseníase (CIL), notadamente, o de Madri de 1953, que sugeria o **isolamento seletivo**, e o de Tóquio de 1958, que condenava o isolamento, inclusive o seletivo, e aplicação de leis de exceção como medidas anacrônicas.

No entanto, a lei n.º 610 de 1949, que instituíra o isolamento compulsório dos leprosos no Brasil, foi “revogada” em 1962, pelo decreto n.º 968¹⁰⁸, assinado pelo primeiro-ministro da época, Tancredo Neves, durante a breve experiência do parlamentarismo vivida naqueles tumultuados anos. Este, no seu artigo 5.º § 1. e no artigo 8.º concediam, ainda em regime de exceção, a possibilidade de tratamento fora do isolamento. O internamento em asilos-colônias foi tornado seletivo a juízo da autoridade sanitária. Este decreto não se diferencia substancialmente da lei n.º 610 de 1949, no entanto, suas fissuras representam uma demanda social ativa e consolidada já existente na época que clamava pela possibilidade de uma profilaxia da lepra livre do isolamento. Curiosamente, este mesmo decreto, preservava a prática preventorial, nos seus artigos 9º e 10º, sendo que no artigo 1º, inciso II, diz o seguinte:

*“II – Através de medias gerais preventivas de caráter sanitário ou extra-sanitário executadas pela administração pública, visando a elevação do nível de saúde das populações – Parágrafo único – No combate à endemia leprótica será, sempre que possível, evitada **aplicação de medidas que impliquem na quebra da unidade familiar**, no desajustamento ocupacional e na criação de outros problemas sociais.¹⁰⁹”*

¹⁰⁷ Em inglês, no original: Leprosy Elimination Campaign, LEC.

¹⁰⁸ Decreto n.º 968 de 07/05/1962. Publicado no DOU dia 09/05/1962, Seção I, Parte I, p.5113-5114. Foi revogado em 1976 pelo decreto n.º 77.513 de 29/04/1976.

¹⁰⁹ Decreto nº968 de 07/05/1962. Artigo 1.º, inciso II. Grifo nosso.

Juridicamente este decreto não poderia “revogar” a lei de 1949 que, segundo a hierarquia legislativa, necessitava de uma outra lei para revogá-la¹¹⁰. Embora, este decreto ainda fosse semelhante à lei de 1949 ele fornecia algumas brechas que foram bastante utilizadas na época. Sobre o decreto 968, “do Tancredo”, de 1962, Abraão Rotberg presta este interessante relato:

“Era preciso que o congresso votasse uma lei revogando aquela (refere-se a lei n.º 610 de 13/01/1949). E quem é que faria isso? Para convencer deputados e senadores que deveriam liberar o doente, com esse estigma que havia, com todas as superstições existentes, era coisa humanamente impossível. O Serviço Nacional de Lepra fez o impossível, mas conseguiu só alguns votos. Passou o governo do Jânio, a renúncia, o Jango (...) e o Parlamentarismo. Como primeiro Ministro outro mineiro, o Tancredo Neves (...) Este, muito inteligente, viu tudo aquilo e fez uma nova ‘norma’ para a prevenção da lepra, que naquela ocasião tomou o numero 968 de 1962, que liberou o doente. Acabou o isolamento.”¹¹¹

No entanto, devido a essas particularidades, decreto que não revoga lei, nem todos utilizavam as brechas oferecidas. Foi o que ocorreu no Estado de São Paulo que permaneceu isolando todos os acometidos alcançados pelos serviços oficiais até 1967.

“O Estado de São Paulo simplesmente não ouvia o Serviço federal, ponto de vista da legislação. Não atendeu à tal norma 968 e continuava isolando a todo o vapor, violentamente. Nem o isolamento seletivo era observado. O diretor (...) do Serviço fazia o que queria (...). O decreto normativo 968 do Tancredo foi aplicado no Brasil todo, menos em São Paulo, que não tomava conhecimento. Ermani Agrícola vinha aqui em São Paulo, sondava, falava, (...) ninguém dava bola para ele. Eles não conseguiam fazer com que São Paulo obedecesse.”¹¹²

Em 1976, foi a vez deste decreto 968¹¹³ ser revogado, sendo a matéria, naquele momento, já intitulada de “política de controle da hanseníase” e regulamentada pela portaria n.º 165/BSB de 14/05/1976¹¹⁴. Naquela ocasião a lei n.º 610 de 1949 já encontrava-se revogada. Com esta nova legislação o **isolamento**

¹¹⁰ A lei de 1949, n.º 610, foi revogada em 1968 pela lei n.º 5.511.

¹¹¹ Depoimento de Abraão Rotberg concedido à Yara Nogueira Monteiro em 18/05/1992. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.415.

¹¹² Idem., p.415.

¹¹³ Revogado pelo decreto n.º 77513 de 29/07/1976.

¹¹⁴ Portaria n.º 165/BSB de 14/05/1976. (Estabelece Política de Controle da hanseníase). Publicada no DOU dia 11/06/1976, Seção I, página 8301. Revogada integralmente pela Portaria n.º 498 de 09/10/1987.

seletivo foi abandonado e todo o atendimento aos acometidos passou a ser ambulatorial.

Uma das novidades introduzida pela década de 1960 foi a modificação do nome de lepra para hanseníase. Particularidade brasileira recentemente adotada em Cabo Verde. Essa mudança foi uma tentativa de esquivar os acometidos do estigma da lepra.

Mas, a abolição do isolamento compulsório em 1962 e o abandono do isolamento como medida profilática em 1976 foram medidas que incidiram sobre os novos casos surgidos depois destas datas. Os antigos internos dos asilos-colônias não quiseram e não podiam deixar o espaço asilar no qual foram retidos durante vários anos.

Não havia, para a maioria, a possibilidade de vida fora daquelas instituições, as opções no exterior inexistia para uma boa parte dos antigos internos. Não tinham famílias para as quais pudessem retornar. Foi preciso arquitetar um processo de liberalização e abertura destas instituições, sem expulsar as pessoas que para ali foram removidas em nome da **“proteção dos sãos”**. O processo de abertura dos asilos-colônias, instituições nas quais concretizaram-se à prática do isolamento compulsório dos leprosos no Brasil, têm-se constituído num processo lento, cheio de retrocessos e surpresas, onde faz-se necessário e fundamental respeitar aqueles que tiveram suas vidas de tal forma alterada que não conseguem mais ajustar-se a uma socialização fora dos muros daquela instituição.

3.3 A indústria da lepra

A partir da década de 1930 ficou acertado que o esforço de *“combate a lepra”* no Brasil seria realizado através da constituição de uma rede institucional tríplice e exclusiva. O leproso era objeto de intervenção de uma rede específica não constituindo alvo de todos os profissionais de saúde, mas apenas daqueles que labutavam nas instituições desta tríade, o famoso *“tripé profilático”*. O atendimento era altamente verticalizado e disponível apenas, por força de lei inclusive, nesta rede institucional que constituiu um conjunto à parte, diferenciado com relação aos outros

mecanismos instituídos para cuidar dos demais agravos a saúde que afligiam a população brasileira. Havia a **monopolização dos cuidados da lepra**.

A institucionalização do isolamento compulsório dos leprosos no país foi viabilizada pela constituição desta rede institucional anteriormente citada: tríade isolacionista, asilos-colônias – preventórios - dispensários, que integrados representavam o esforço sinérgico de deter a endemia através da profilaxia direta, ou seja, do seqüestro dos indivíduos acometidos em locais onde não pudessem dar continuidade ao contágio dos “sãos”, preservando a coletividade de um dos males mais antigos da humanidade.

Tomando-se como referência o texto de Oswaldo Cruz de 1913, onde o isolamento era colocado como prática imprescindível para o sucesso do combate a lepra no Brasil, o que se fez no pós-1930 encontra-se dentro da coerência disponível na época, a profilaxia tratava da **proteção dos “sãos”**, o imperativo indispensável do qual falava Alice Tibiriçá¹¹⁵.

“É uma idéia a estudar que poderá ser modificada , melhorada e mesmo alterada, desde que o seu substratum ‘o isolamento dos leprosos em colonias’ permaneça de pé.”(sic)¹¹⁶

Apesar de todas as verbas investidas e de todo o dinheiro gasto o anunciado sucesso dessa medida logo frustrou-se, requerendo novo posicionamento e novas medidas perante a endemia de lepra que permanecia crescente no país.

Todavia, no entorno dessas práticas discursivas e não-discursivas que ensejaram o isolamento consolidou-se um conjunto de instituições criadas para efetivá-lo que terminaram delimitando seu próprio discurso, não sensibilizando-se perante as novas constatações que foram sendo realizadas e que, entre outras implicações, dispensavam este procedimento tão cruel para com os acometidos que tinham suas vidas completamente alteradas depois de um diagnóstico de lepra: a segregação.

¹¹⁵TIBIRIÇÁ, Alice. TIBIRIÇÁ, Alice. **Como eu vejo o problema da lepra: e como me vêem os que o querem “manter”**. São Paulo, Editado pela Sociedade de Assistência aos Lazaros e Defesa Contra a Lepra, 1934(p.02).

¹¹⁶ CRUZ, Oswaldo. Uma questão de Hygiene Social. In: “O Imparcial”(Jornal carioca/imprensa escrita), n.º211, 03/07/1913. Apud: SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar. **História da Lepra no Brasil: período republicano**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1956(p.117/118).

No Brasil, o fechamento em torno de si, a estagnação interna da área comumente denominada de leprologia ou hansenologia, em torno de uma das correntes então existentes, foi bastante expressiva e pode ser percebido no descompasso entre as medidas nacionais e as novas sugestões dos Congressos Internacionais de Hanseníase(CIL) e outros eventos, que logo cedo, início da década de 1950, trataram de contra-indicar essa prática isolacionista, nela percebendo um meio eficaz de repelir os acometidos dos tratamentos disponíveis da época.

Os leprólogos brasileiros insistiam que o isolamento era uma medida segura e eficaz. Para estes, deixar o leproso em sua casa, em seus afazeres habituais, era uma atitude desacertada e perigosa. Fonte de contágio que circula e reprojeta o mal. Conforme Foucault, essa proposição, a da abolição do isolamento, era “*verdadeira*”, o que não significava, entretanto, estar “*no verdadeiro*” para a leprologia brasileira.

“Muitas vezes se perguntou como os botânicos ou os biólogos do século XIX puderam não ver que o que Mendel dizia era verdade. Acontece que Mendel falava de objetos, empregava métodos, situava-se num horizonte teórico estranhos à biologia de sua época. Sem dúvida Naudin, antes dele, sustentara a tese de que os traços hereditários eram descontínuos; entretanto, embora esse princípio fosse novo ou estranho, podia fazer parte – ao menos a título de enigma – do discurso biológico absolutamente. Mendel, entretanto, constitui o traço hereditário como objeto biológico absolutamente novo, graças a uma filtragem que jamais havia sido utilizada até então: ele o destaca da espécie e também do sexo que o transmite; e o domínio onde o observa é a série indefinidamente aberta das gerações na qual o traço hereditário aparece segundo regularidades estatísticas. Novo objeto que pede novos instrumentos conceituais e novos fundamentos teóricos, Mendel dizia a verdade, mas não estava ‘no verdadeiro’ do discurso biológico de sua época; não era segundo tais regras que se constituíam objetos e conceitos biológicos; foi preciso toda uma mudança de escala, o desdobramento de todo um novo plano de objetos na biologia para que Mendel entrasse ‘no verdadeiro’ e suas proposições aparecessem, então, (em boa parte) exatas. Mendel era um monstro verdadeiro, o que fazia com que a ciência não pudesse falar nele; enquanto Scheiden, por exemplo, uns trinta anos antes, negando, em pleno século XIX, a sexualidade vegetal, mas conforme as regras do discurso biológico, não formulava senão um erro disciplinado.

*É sempre possível dizer o verdadeiro no espaço de uma exterioridade selvagem; mas não nos encontramos no verdadeiro senão obedecendo às regras de uma ‘polícia’ discursiva que devemos reativar em cada um de nossos discursos.”*¹¹⁷

¹¹⁷ FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo, Edições Loyola, 7.ª edição, 2001(p.34/35).

Observa-se que mesmo evidenciando-se o efeito colateral desastroso do isolamento, à saber; o afastamento dos acometidos que permaneceriam ocultos evitando a tragédia de uma notificação compulsória e da posterior reclusão num asilo-colônia, o medo social que envolvia a lepra aliada às conveniências daqueles que se encontravam alojados dentro da rede institucional constituída para cuidar desse mal, não conseguiram “enxergar” o dano de suas práticas, pois como diria Foucault, mais do que ser “*verdadeira*” era preciso que as proposições internacionais, anacronismo do isolacionismo, estivessem “*no verdadeiro*” para a leprologia brasileira, não contrariando discursos consolidados e predominantes no cenário nacional.

Tornou-se lugar comum na década de 1950 argumentar que o tratamento sulfonoterápico prolongava-se por vários anos, daí a necessidade do isolamento, pois se não fossem executadas as prescrições médicas com exatidão, o acometido prosseguiria contagiando e contribuindo para o recrudescimento da endemia. Internado no asilo-colônia ele dificilmente escaparia do rigoroso cumprimento do tratamento quimioterápico. Orestes Diniz faz os seguintes cálculos entorno do tratamento na década de 1950 que conjugava isolamento e quimioterapia.

“Doença em câmara lenta

A técnica fotográfica consegue fazer fotografias em série, tiradas em frações de segundo, de tal maneira que é capaz de nos apresentar pormenores de movimentos, que nos fazem supor extremamente lentos, o salto de um atleta, a corrida de um cavalo e até mesmo o trajeto de um projétil. Com a lentidão mostrada pelas câmaras lentas é que a lepra atua. Solertemente se instala, se desenvolve e progride no organismo humano a infecção leprótica, impedindo freqüentemente que um mesmo observador possa registrar, em um mesmo indivíduo, a totalidade das várias fases, pois para tal careceria de muitos anos de espera. De fato, atente-se, em primeiro lugar, para as condições em que habitualmente se verificam os contágios da doença. Há, segundo os autores que tratam da matéria, necessidade de estreito e longo convívio com a fonte infectante A promiscuidade dentro do lar, promiscuidade de cama e de mesa, levada a efeito durante dilatada espaço, determina as inoculações do germe e as conseqüentes infecções. Mas para que essas infecções se transformem em doença é exigido que decorra um espaço de tempo que dura, em média, de 3 a 5anos (mas que pode atingir limites mais extensos, de dez, quinze, vinte ou mais anos). É o que se denomina tempo de incubação. Depois se vão instalando, aos poucos, os primeiros sinais da doença que prossegue evoluindo vagarosamente, quase que imperceptivelmente, durante anos. Feito o diagnóstico e instituído o tratamento adequado, começa então a regressão dos sintomas clínicos, sempre de modo discreto, gastando-se em média três anos para que desapareçam e para que se verifique a negatificação dos exames de laboratório. Os leprólogos, em se habitual cepticismo, exigem então que os doentes e permaneçam ainda em observação ainda em observação durante doze meses submetidos a reexames clínicos e laboratoriais mensais. Após êsse prazo concede-se ao paciente licença para sair do

Leprocômio e continuar o tratamento em dispensário. Aí permanece pelo longo espaço de três anos de observação mitigada vão permitir a concessão da alta definitiva. Em resumo, a 'via-crucis' seguida pelos pacientes é a seguinte:

*1 a 3 anos para a inoculação;
3 a 5 anos para a incubação;
3 a 5 anos para a evolução;
3 a 5 anos para o internamento em Leprocômio;
3 anos para a obtenção de alta provisória;
3 anos para a obtenção da alta definitiva.*

*Significa que cerca de dois decênios são necessários, em média, para que se solucione cada caso! Uma existência perdida! Enquanto isso o organismo e o ânimo dos doentes recebem impactos que lhes transtornam os planos e lhes geram as maiores desventuras e as maiores decepções. Isso é bem a fotografia de uma tragédia que se desenvolve em câmara lenta, de seu intróito à apoteose final que pode ser a cura, como pode ser a morte.*¹¹⁸

Orestes Diniz conclui: *“Uma existência perdida!”*. Ainda que existindo a cura os leprosos continuavam privados de muitas prerrogativas e obrigados a se submeterem a uma série de procedimentos desnecessários, tudo em nome dos “sãos”, da garantia de que a segurança da coletividade estava sendo cuidada e zelada pela rede institucional instalada. Nas décadas anteriores a de 1950, situação era um pouco mais trágica, visto que, após o diagnóstico vinha o isolamento, decisão para o resto da vida, condenação perpétua. Contudo, mesmo na década de 1950, os mais pobres continuavam com enormes dificuldades adicionais para um tratamento livre do isolamento.

*“Na década de cinquenta e cinco a sessenta, já foi na época da eleição do J.K., aí ele lançou o Programa Rosa da Esperança onde o tratamento era domiciliar. Quando a pessoa internava ficava poucos dias, depois voltava...logo quando houve a revogação do internamento compulsório, então o doente passou a ter mais liberdade não só dentro da Colônia, como fora também. De J.K. pra cá já não internou mais engenheiro, filho de político, pessoa de alta sociedade não internou mais.”*¹¹⁹

¹¹⁸ DINIZ, Orestes. **Nós também somos gente: trinta anos entre os leprosos**. Rio de Janeiro, Livraria São José, 1961 (p.45/46).

¹¹⁹ Depoimento recolhido por Francisco Carlos Félix Lana (Entrevistado n.º 01). Interno do asilo-colônia Santa Izabel no período de 1948 a 1972. Ds 17 anos aos 41 anos de vida dentro daquela instituição. Elegeu-se vereador para a Câmara Municipal de Betim em 1976 com o voto do demais internos do asilo-colônia Santa Izabel e de Citrolândia, com a plataforma política de reintegração social do hanseniano na sociedade de Betim. Cf. LANA, Francisco Carlos Félix. Op. Cit., p.144/284.

Essa rede institucional, hospitalar-assistencialista, engendrada no Brasil por causa da lepra, especializada e inteiramente dedicada aos cuidados desse mal, tinha sua sobrevivência diretamente atrelada a manutenção da prática isolacionista e indiretamente do quadro endêmico nacional, uma autêntica **“indústria da lepra”**. Dessa forma, a FSAL e DCL resistiu ao desmonte da rede preventorial¹²⁰, assim como inúmeros profissionais que se beneficiavam diretamente do isolamento, envolvidos no trabalho nos asilos-colônias e dispensários impuseram pressão para que a abolição desta medida não ocorresse na brevidade com que se deu em alguns países. Entre aqueles que se beneficiavam da institucionalização do isolamento havia alguns acometidos, não-acometidos e ex-acometidos que se utilizavam de estratégias para lucrar com a sua condição de enfermo, o que, a despeito de algumas críticas extremamente distorcidas e tendenciosas, mesmo exageradas, correspondia a um pequeno número no universo de todos os acometidos de lepra isolados nos asilos-colônias do país.

Entre todas as estratégias utilizadas a que se tornou mais conhecida foi o **“bate-gato”**. Este termo corresponde a uma prática que se resumia em *esmolar através dos Correios*. O procedimento consistia em enviar cartas a diversas pessoas, cujos endereços eram conseguidos geralmente em listas telefônicas, solicitando donativos em dinheiro ou em alimentos e roupas, quando as correspondências eram locais. Afim de garantir o retorno caridoso, aqueles que praticavam o **“bate-gato”** apelavam para toda a memória mítica da lepra e do estigma que cercava o mal. Entretanto, ocorreu que outras pessoas em nada relacionadas com a lepra, fazendo-se passar por leprosos, utilizaram-se deste mesmo procedimento para angariar dinheiro com fins puramente lucrativos explorando a boa fé da população em geral, que atendiam as solicitações. Havia o **“bate-gato”** autêntico, daqueles relacionados com a lepra, e o de golpistas, unicamente interessado em lucratividade¹²¹.

¹²⁰ Conforme pode ser observado nos textos 2..3.1 e 2.3.2 do capítulo II.

¹²¹ O MORHAN (Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela hanseníase) tem combatido o **“bate-gato”**, tanto praticado por internos e ex-externos dos asilos-colônias e principalmente aquele provindo de falsários. Cf. NUNES, Francisco Augusto Vieira.(o Bacurau). Não à ajuda sem compromisso. **Jornal do MORHAN**. Fevereiro de 1990.

Para alguns autores, o **“bate-gato”**, aquele praticado pelos internos dos asilos-colônias, era uma estratégia de resistência e uma forma de se obter certa autonomia dos internos perante a administração do estabelecimento.,

“A Caixa Beneficente, primeira organização coletiva dos doentes na Colônia Santa Izabel, foi criada sob a tutela do Diretor, a quem cabia indicar seu Presidente, e tinha como finalidade responder a demandas que o Estado não cumpria.(..)

A solicitação de donativos por carta pela Caixa foi a primeira expressão do ‘bate-gato’ na Colônia com a finalidade de suprir uma necessidade que o Estado não atendia. A atividade do ‘bate-gato’ era ganho secundário dos doentes e foi, durante um bom tempo, habilmente aproveitada por eles, consistindo numa estratégia de resistência importante.

No auge da política de isolamento, a lepra tinha uma visibilidade social como poucas doenças da época, visibilidade amplificada pela ação das sociedades de Proteção e Defesa Contra a Lepra. A sociedade clamava pelo isolamento do leproso mas ao mesmo tempo havia um reconhecimento de sua força e sofrimento pela separação da família, era um discurso ambíguo. Os doentes se aproveitavam da situação de carência em que viviam e faziam uma interpelação à sociedade, ‘bolino’ com uma possível crise de consciência e responsabilidade pela situação de miséria física e social que estavam vivendo, alguns chegando a superdimensionar a situação, com forma de angariar mais recursos.”¹²²

Mas, este meio de arrecadação de recursos inviabilizou-se a partir da década de 1960 com a revogação do isolamento compulsório. Falsários ou não, o **“bate-gato”** era uma forma de acirramento do estigma que envolvia a lepra e uma forma de lucrar, ou mesmo sobreviver, que dependia da existência daquela relação de exclusão representada pelo isolamento.

Em São Paulo houve resistência em abolir o isolamento por parte da rede instalada, o que também refletia o medo, endosso popular ao confinamento, da sociedade com relação à lepra, doença feia e temida. Essa preocupação com a reação social perante a abolição do isolamento encontra-se bem evidenciada neste depoimento de Abrahão Rotberg..

“Procurei o Leser (...) ele achou que eu precisava falar com o Governador. Ele me levou ao Palácio, mostrei aqueles quadros todos, as críticas dos congressos e seminários (ao isolamento), o decreto 968. O Sodré ficou muito interessado e perguntou se existia mesmo o Decreto 968. Tem sim, e mostrei. Ele disse: ‘Pois é, sou advogado e não sabia nada disso: pode acabar com o

¹²² LANA, Francisco Carlos Félix. Op. Cit., p.104/105.

*isolamento, mas... tem que ir devagar porque o público vai reagir muito, precisa fazer uma campanha de esclarecimento prévio.*¹²³

Esse depoimento permite constatar o receio que causava a idéia de liberar os leprosos da prática do isolamento. O secretário estadual de saúde, o senhor Walter Leser, achou por bem consultar o governador, na ocasião Abreu Sodré, a respeito de uma decisão tão delicada. A sociedade continuava temerosa e crente na periculosidade do leproso considerando seu tratamento livre da reclusão nos asilos-colônias uma medida insensata.

Assim, tanto a rede asilar como a preventorial e dispensarial viram-se em apuros no final da década de 1950 e início da década de 1960 quando a endemia crescente, demonstrada através das estatísticas, e os discursos contrários ganhavam força e começaram a conquistar espaço social perante o Estado. Este sedento por economizar, principalmente depois de 1964 com o novo regime ditatorial que se instalava, utilizou todos os discursos que ganhavam projeção naquele momento e embargaram a medida isolacionista. As razões do governo eram outras, aliviar os cofres públicos de uma despesa perdida cujo retorno não existia, as estatísticas comprovavam.

Novamente na história, os marginalizados foram esquecidos e desconsiderados. A discussão polarizava-se na décadas de 1960 e 1970 em torno de profilaxia, economia para o Estado e estatísticas. Na melhor das hipóteses falava-se no fim de uma estrutura altamente estigmatizante e na mudança do nome do mal de lepra para hanseníase. Primava-se pelo fim de novos excluídos trancafiados nos asilos-colônias, esquecia-se daqueles que já haviam sido colocados a margem. Na margem acidentada reservada para a lepra.

“Neste dia(30/01/2000)¹²⁴, convido todos a fazermos, juntos, aquilo que é necessário: lutar para que tenhamos uma vida melhor. O Estado se propôs a ampara os hansenianos, construiu 33 hospitais ou leprosários no Brasil. No Amazonas a História registra quatro: Umirzal, Linha de tiro, Colônia Antônio Aleixo e Paricatuba. Nessa época nos pegavam à força, a laço, como os moços das carrocinhas pegam os cães vadios. De repente dentro

¹²³ Depoimento de Abrahão Rotberg concedido à Yara Nogueira Monteiro em 18/05/1992. Apud: MONTEIRO, Yara Nogueira. Op. Cit., p.417.

¹²⁴ No último domingo de janeiro comemora-se o Dia Mundial do Hanseniano, criado em 1954, pelo jornalista francês Raoul Follereau (Paris 17/08/1903 – idem 06/12/1977). Sobre ele ver: SANTOS, Ailton Antonio. **Raoul Follereau**. São Paulo, Editora Salesiana., s/d, 39p.

dos gabinetes decidiram desativar as ‘Colônias’. Aqui no Amazonas criaram um projeto que propunha tirar os hansenianos do ‘inferno’ e colocá-los no ‘céu’, todos nós vivíamos naquela tormenta éramos discriminados pelas leis e pelos sadios, não sabíamos se éramos pessoas ou animais nocivos. O certo é que não podíamos viver com as pessoas comuns, éramos cerceados nos nossos direitos fundamentais. Pois bem, veio a desativação; nós pulamos de alegria, passamos a nos sentir iguais aos sadios. Muitos diziam ‘a liberdade já veio tarde’. Só que não houve preparação, nem para nós nem para a população. Mesmo assim não devemos desejar que volte pois de fato a desativação veio tarde, só não entendíamos que o objetivo principal do Estado era diminuir os gastos com os hansenianos. Como diz o ditado popular: ‘quando se quer pegar uma galinha não se diz xô’ não nos foi mostrado o verso da moeda.’¹²⁵

Contudo, a exclusão ou isolamento dos leprosos não trata-se de um privilégio ou exclusividade brasileira ou ocidental. O que também não ameniza a gravidade e teor do que foi praticado. O oriente também dispensava similar tratamento aos seus acometidos. Em 1953, ano em que o isolamento compulsório foi contra-indicado pelo VI Congresso Internacional de Hanseníase (CIL), realizado em Madri/Espanha, o Japão referendou uma lei que instituía o isolamento forçado de todos os seus acometidos. Cinco anos depois este país sediou o VII Congresso Internacional de Hanseníase (CIL) cuja conclusão sobre o uso do isolamento como profilaxia da lepra foi a sua total desrecomendação dado seu anacronismo.

No entanto, o governo japonês não acatou as conclusões de nenhum dos eventos e continuou isolando todos os acometidos alcançados pelo seu sistema de confinamento. Somente em 1996 o congresso daquele país concordou em revogar a lei de 1953. Uma comissão de saúde reconheceu a gravidade da situação o que culminou num pedido de desculpa público por parte do ministro de saúde daquele país.

“São 6.000 hansenianos japoneses que agora estarão livres para ir e vir. A grande maioria é de idosos. Eles não têm parentes, ninguém que os receba. Para onde irão com seus estigmas? Quase todos decidiram permanecer nos leprosários onde foram internados muito tempo atrás, ouvindo como despedida a terrível recomendação: ‘não volte nunca mais’.”¹²⁶

¹²⁵ BARROCAS, Edgilson Torres. A liberdade já veio tarde no Amazonas. In: **Jornal do MORHAN**. Rio de Janeiro, n.º 33, março/abril de 2000(p.4).

¹²⁶ PONS, Philippe. Ministro da saúde japonês foi a público desculpar-se pelo isolamento dos hansenianos. In: **Folha de São Paulo**. 11/02/1996, pp.01-24. Em 2001 um grupo de mais de 100(cem) ex.-internos dos centros de isolamento japoneses ganharam na justiça o direito de receberem do governo japonês uma indenização milionária. A decisão saiu dia 11/05/2001. O governo declarou não

Terminado o isolamento, revogada esta medida, colocava-se em xeque uma das práticas mais antigas para com os leprosos. Comportamento bíblico no século XX.. Historicamente a profilaxia da lepra caracterizou-se pela negação de inúmeros direitos aos seus acometidos, impondo-lhes restrições legais, encarceramento coercitivo, supressão da cidadania e outras privações.

Ainda que não tenha sido a recuperação dos direitos dos acometidos o tema que animou a abolição do isolamento, hoje as pessoas atingidas por esse mal, encontram-se livres do trágico destino de irem presas, recolhidas, proibidas de criarem seus filhos, impedidas de conviver com suas famílias por causa de uma bacilo que involuntariamente adquiriram. Crime que não cometeram, mas do qual eram culpados. A supressão do estigma e muitas outras mazelas herdadas do isolamento compulsório encontram-se ainda acesas e desafiando a atualidade.

saber ainda como irá lidar com a questão. Alguns dos querelantes acreditam que o governo irá recorrer até que todos os beneficiados pela sentença estejam mortos. Cf. REUTERS. Tribunal manda Japão indenizar hansenianos que foram confinados. In: **Folha de São Paulo**. 12/05/2001,p.A18.

Considerações finais

“Aqui estou para levantar uma bandeira de salvação contra o flagelo da lepra que tanto fustiga a nação. Essa bandeira ou êsse programa, como quiserem, consiste na declaração da necessidade do internamento obrigatório e irrecorrível de todos os casos de lepra, sejam êles contagiantes ou não, homens ou mulheres, brancos ou pretos, de quaisquer condições sociais e econômicas. Só essa modalidade de isolamento, sem exceções, sem considerações particularistas, feito sem solução de continuidade, será capaz de ter efeito na debelação da endemia!...”

Não há salvação, em matéria de profilaxia da lepra, fora do isolamento indiscriminado e total de todos os doentes, pertençam êles a qualquer dos tipos clínicos da doença. O meu voto é para que se internem os lepromatosos porque são eliminadores de germes, os nervosos porque representam perigo em potencial, ou seja uma ameaça permanente à saúde coletiva.(...)

Reafirmo as minhas opiniões, fruto de observação e estudo e ainda mais, declaro solenemente que sou pelo isolamento até mesmo dos suspeitos. A salvação contra a endemia leprótica está no recolhimento indiscriminado de doentes e suspeitos nos Leprocômios. Ampliem-se êsses estabelecimentos e faça-se como na Idade Média, já que não se dispõe ainda de terapêutica eficiente e de outros meios mais seguros de combate.”(sic)¹

“O tratamento sulfônico e as definições clínicas estabelecidas em poucos anos já possibilitavam a mudança nos conceitos de internação(confinção e internação obrigatória de todos os doentes). Somente no final da década de 50 esta mudança começou a se constituir de fato.

Até este período, entre outras atitudes restritivas, o doente da forma lepromatosa, embora muitas vezes negativedo, para ter alta e habitar fora do hospital deveria ter em torno de sua casa um muro de cinco metros de altura.”²

*“No início do século, quando uma pessoa tinha febre amarela, as autoridades eram notificadas e ela era literalmente presa em um quarto, totalmente fechado com tela, para não passar a doença a outras pessoas. Ninguém discutia se isso violava ou não os direitos da pessoa. Atualmente, ninguém pode propor que os doentes de aids sejam isolados ou sequer identificados, pois isso não seria **politicamente correto**. Será correto que uma pessoa saiba que está com aids e oculte esse fato daqueles que estão à sua volta, em situações de risco (contato sexual, por exemplo)?”³*

¹ PENNA, Belisário. Apud: DINIZ, Orestes. **Nós também somos gente: trinta anos entre os leprosos**. Rio de Janeiro, Livraria São José, 1961 (p.199-200).

² CRUZ, Osvaldo. Colônias: fruto da desinformação. In: **Jornal do Morhan**. 1.º trimestre/1983(P.04). MARTINS, Roberto de Andrade. **Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis**. São Paulo, Editora Moderna, 1997(p.196).O grifo é do original.

As três citações que abrem este texto, respectivamente, datadas das décadas de 1920, 1980 e 1990 demonstram o quão encontrava-se consolidado na sociedade brasileira o discurso isolacionista no decorrer do século XX..

A primeira aclamava pelo isolamento de todos os acometidos de lepra, inclusive os suspeitos, futuros leprosos em potencial, vendo nessa prática de exclusão uma medida profilática ideal de enfrentamento da endemia leprótica que assolava, na época, o Brasil. “*Ampliem-se êsses estabelecimentos e faça-se como na Idade Média*”, prescrevia o doutor Penna.

A segunda citação, década de 1980, período em que ocorria a desativação dos asilos-colônias no Brasil, alude a inutilidade do isolamento dado a existência do tratamento quimioterápico. A “*mudança nos conceitos de internação*” referia-se ao surgimento de outro meio mais eficiente, menos estigmatizante e oneroso economicamente para o Estado.

A terceira citação é repleta de saudosismo. Apesar de não tratar especificamente da lepra, embora no conjunto do livro esta não se encontre alijada, aborda sobre as doenças transmissíveis de forma geral. O autor entende que o isolamento é ainda hoje uma medida praticável e eficiente. Clama pela identificação obrigatória dos aidéticos, apela para a o discurso da proteção dos “sãos”⁴.

Entretanto, a derrocada do isolamento no Brasil foi ocasionada pela supressão por parte de seu mantenedor, o Estado, dos recursos, não apenas financeiros, que eram imprescindíveis para que este se concretiza-se enquanto prática social. Esse, no entanto, foi o último golpe no isolacionismo, antes, vários foram os acontecimentos que compuseram o cenário ou o contexto que tornou possível revogar, livre de grandes desembargos para o governo perante a sociedade, tão antigo, milenar, procedimento. Dessa forma, o discurso encabeçado pela chamada *nova leprologia*, da qual o médico Orestes Diniz era um dos expoentes brasileiros, foi utilizado pelo Estado com vistas a abolição do isolamento.

No entanto, com relação ao isolamento algumas observações devem ser tecidas a título de considerações finais. Primeiro, e talvez uma das mais importantes observações a serem feitas; *o isolamento frustrou-se por si próprio*. As estatísticas

foram bastante utilizadas na década de 1960 para evidenciar que a endemia crescia a despeito do número de acometidos isolados. Não foi preciso a invenção dos primeiros medicamentos para que este fosse abolido.

Quando Guy H. Faget, em 1941, anunciou a constatação do poder terapêutico das sulfonas sobre a lepra, esta foi uma das muitas descobertas curativas anunciadas desde o final do século XIX.. Poderia ser mais uma falácia, entre outras tantas já divulgadas. No início, a sulfunoterapia⁵, mesmo tendo comprovada sua eficácia contra lepra, ainda comportava dúvidas entorno de seu funcionamento e comportamento no acometido após longo tratamento. Foram precisos alguns anos para serem esclarecidas essas questões. Embora a notícia do uso das sulfas na terapêutica da lepra tenha se difundido muito rápido, acreditar que este medicamento desde o primeiro instante em que foi divulgado obteve uma aceitação irrestrita e entusiástica, livre de precauções e de muita cautela tanto por médicos quanto pelos acometidos, é uma proposição descontextualizada e que não confere com a história.

Em 1956, o médico mineiro José Mariano analisou o resultado da utilização da sulfunoterapia em Minas Gerais no período de 1946 a 1956 e concluiu que: “*não houve o êxito que se esperava*”. Os resultados não foram compatíveis com o efeito terapêutico da droga. Para o autor, faltaram estudos mais aprofundados acerca da dosagem a ser ministrada em cada caso, tipos de derivados sulfônicos utilizados e situação clínica, além de aspectos operacionais. Afirma que até a receptividade dos acometidos ao medicamento variava conforme o laboratório fabricante da droga. Segundo este mesmo autor a forma clínica tuberculóide foi considerada “*seguramente tratável*”, a lepromatosa era “*tratável*” nos casos incipientes, recentes e indeterminados, já os lepromatosos antigos com manifestações cutâneas

⁴ Este livro é uma edição paradidática (coleção polêmica), dedicada aos alunos do ensino médio(2.º grau) e se encontra dentro da área comumente intitulada de história das ciências. O autor refere-se a lepra nas seguintes páginas 26,27,54,55,65,75,415,170,189.

⁵ O efeito terapêutico das sulfonas sobre a lepra foi verificado pioneiramente pelo médico norte-americano Guy H. Faget(1891-1947) em 1941 no Leprosário Nacional de Carville, Louisiana, Estados Unidos.Em 1908 foi sintetizada a 4,4' diaminodifenil-sulfona, droga inicialmente utilizada em trabalhos experimentais em animais inoculados com estafilococos e bacilos de Koch (da tuberculose), utilizada a partir dos experimentos de Faget na terapêutica da lepra. Por ocasião da Segunda Guerra Mundial houve grandes aperfeiçoamentos dessa droga, utilizadas inclusive em prestação de socorro nos campos de batalha. A sulfona ainda é utilizada até hoje na terapêutica da hanseníase. No Brasil ela foi utilizada pela primeira vez, em 1944, no asilo-colônia Padre Bento em Guarulhos/SP. Cf. SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar.Op. Cit., p.639; TALHARI, Sinésio e NEVES, René Garrido. **Hanseníase**. Manaus, Gráfica Tropical, 3.º edição, 1997(p.113). DINIZ, Orestes. **Profílixia da**

exuberantes e com manifestações viscerais eram considerados “*difícilmente tratáveis*”⁶.

Os Congressos Internacionais de Hanseníase (CIL), bastante inovadores, foram desaconselhar o isolamento em 1958, ou seja, 17 anos depois do advento das sulfonas, e o motivo alegado nas conclusões do evento era o anacronismo desta medida. Prática antiquada e inadequada, sem resultados positivos, que não estava auxiliando e ao contrário agravava a situação dos países endêmicos.

A década de 1960 iria introduzir outras drogas potentes, cuja valor terapêutico foram somados ao da sulfona para se conseguir a cura mais rápida e com mais eficiência da lepra⁷. A medida que os medicamentos foram se aperfeiçoando avolumava-se as críticas acerca da inutilidade do isolamento. Uma argumentação tornou-se logo corrente dentro de todos os meios que lidavam com o problema: “*A lepra tem cura logo não é mais necessário isolar seus acometidos*”. No entanto, o isolamento já demonstrava sinais de fragilidade e ineficiência já no final da década de 1950 e início da década de 1960.

Segundo, a disponibilidade da cura foi o elemento utilizado para conseguir apoio social e legitimidade para abolir o isolamento, uma vez que a população em geral continuava temendo a lepra, “*leprofobia social*”, e mantinha-se confiante no trabalho desenvolvido nos asilos-colônias. Convencer a população de que o isolamento não funcionava era tarefa árdua demais, dizer que ele deveria ser substituído pelo tratamento quimioterápico era mais fácil e menos complexo. O medo da lepra sempre foi muito forte e foi bastante estimulado e utilizado pelos agentes de saúde pública durante todo o período em que vigorou o isolamento compulsório no país. Este sentimento foi facilmente despertado, uma vez que constituiu um componente sempre presente no imaginário da lepra em todos os tempos⁸. Todavia,

Lepra: evolução e aplicação no Brasil. Rio de Janeiro, Academia Brasileira de Medicina Militar, 1960(p.56).

⁶ MARIANO, José. Dez anos de experiência de sulfonoterapia. In: **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Vol. XVI,n.º02, 1956(pp. 93-107).

⁷ Hoje utiliza-se um medicamento composto de três drogas para a cura da hanseníase, conhecido como poliquimioterapia(PQT/OMS): Rifampicina, clofazimina e dapsona. Conforme o tipo e o estágio da doença utiliza-se apenas duas drogas. Cf. ANDRADE, Vera Lúcia Gomes de & PELLEGRINI, Bárbara. **O que mudou na hanseníase com o NOAS**(Norma Operacional de Assistência à Saúde). Rio de Janeiro, SES/RJ, 80p.(p.64/67).

⁸ DELUMEAU, Jean. **História do medo no Ocidente**. Editora Companhia das Letras. São Paulo, 1989 (pp.107-138).

verifica-se que, se o isolamento tivesse cumprido suas promessas não haveria na década de 1960 no Brasil tão grave epidemia de lepra para ser equacionada.

O discurso de que somente a disponibilidade da cura poderia suprimir o isolamento é politicamente perigoso, pois abre precedentes para que novas ou velhas medidas coercitivas sejam novamente utilizadas, talvez não mais com a lepra, mas com outras doenças⁹. Esta estratégia que evoca, através do medo, a perspectiva do isolamento enquanto proteção eficiente para os “sãos”, admite, implicitamente, que caso a cura não tivesse sido alcançada justificada estaria o isolamento dos leprosos até os dias atuais. Entretanto, constata-se que nem o isolamento nem o advento da quimioterapia conseguiram, até o momento, debelar a epidemia hansênica existente no Brasil. O isolamento logo demonstrou-se caduco e insuficiente. E quanto aos melhoramentos introduzidos pela medicina, este trecho oferece uma razoável elucidação.

“Sejamos nós profissionais (de medicina) ou leigos, não costumamos atribuir à Medicina a rápida elevação da média de vida – 20 anos na época de Cristo, 29 em 1750, 45 em 1900 e 70 anos hoje? Não costumamos atribuir a Pasteur e a Koch, às vacinas, à quimioterapia e aos antibióticos a regressão das doenças infecciosas e a progressão da longevidade? Não é para nós uma evidência que o estado de saúde de um povo depende do número de médicos e de leitos de hospital de que dispõe, da quantidade de cuidados e de remédios que consome? Pois bem: tudo isso é mentira. A eficácia da medicina é e sempre foi reduzida! Já é hora de considerá-la em suas devidas proporções. Um estudo de Winkelstein e French mostrou que a tuberculose matava 700 pessoas em cada 100.000 habitantes na Europa e na América no começo do século passado. Em 1882, ano em que Koch descobriu o bacilo, a tuberculose já regredira em 50 por cento. Em 1910, quando foram criados os primeiros sanatórios, a tuberculose regredira em 75 por cento. E, em seguida, nem a técnica do pneumotórax, introduzida em 1930 nem a quimioterapia, adotada depois de 1945, nem os antibióticos, aplicados com sucesso por volta de 1950 tiveram efeitos sensíveis na queda da curva.

Enfim, a regressão da tuberculose não se deve à Medicina (e conseqüentemente aos conhecimentos de seus fundamentos, isto é, à patologia). Apesar de contarem com a mesma observação e os mesmos cuidados médicos, os pobres continuam a contrair a tuberculose quatro vezes mais do que os ricos. De fato, a Medicina aperfeiçoou tratamentos

⁹ Cf. a citação n.º3 que abre este texto. “O líder da direita francesa Le Pen preconizava, durante suas recentes campanhas eleitorais, a construção de *sidatoriums* destinados à reclusão de aidéticos. Medidas semelhantes foram propostas pelo governo cubano como forma de bloquear o contágio da aids no país”. Cf. TRONCA, Ítalo A **As máscaras de medo: lepra e AIDS**. Ed. da UNICAMP, Campinas, 2000 (p. 64/nota29).

*cada vez mais eficazes; mas a batalha foi essencialmente ganha fora de sua área.*¹⁰

O isolamento revelou-se um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas, alicerçado no medo, na memória mítica da lepra, na cultura e na religião. Dispositivo que revelou-se contraproducente na mais pura acepção da palavra. Enquanto se conseguia reter alguns acometidos nas malhas finas do poder disciplinar das instituições da tríade isolacionista, ocultava-se inúmeros que esquivavam-se do destino trágico imposto pela lepra. Efeito inverso ao pretendido, “*o tiro saiu pela culatra*”. Essa desumanização do acometido de lepra foi a estratégia discursiva encontrada para fundamentar, justificar e fornecer subsídios para sua exclusão. Portanto, a proposição de que o isolamento iria resultar numa forma de **proteção dos “sãos”** revelou-se um equívoco sanitário. À salvo daqueles que se encontravam confinados nos asilos-colônias, mas às voltas com todos aqueles que habilmente contornaram a profilaxia da lepra na época, fugidios de todo uma série de transtornos familiares que cercavam as vidas marcadas por esse terrível mal.

Por último, o isolamento dos leprosos em locais administrados, organizados e disciplinados sob orientação médica constituiu uma continuidade renovada da prática de exclusão e expulsão existente desde o início da era Cristã. Com a Medicina Social no comando das decisões acerca da lepra em substituição à Igreja e aos filantrópicos e caridosos do século XIX, primou-se por estender esta medida a todos os acometidos, que deveriam ser confinados num local higienizado, disciplinado e até eugenizado, onde deveria inexistir a permissão de entrar e sair, conforme desejo dos internos. Um lugar que deveria reter o mal no seu interior, uma prática que mesclava em seus fundamentos e que reunia em seu discurso o medo, os preceitos levitiquianos e a teoria microbiana das doenças. Aquilo que o século XIX, os religiosos e os caridosos, sempre fez só que com um rigor renovado e inédito.

Além de excluído o leproso deveria ser trancafiado, confinado, pois sua circulação depois da teoria microbiana das doenças passou a ser entendida como nociva, por isso, carecia de intensa normalização e restrição por parte do Estado e da Medicina Social. O isolamento dos leprosos no Brasil do século XX foi uma prática

¹⁰ UBACH, Sully. Medicina e Patologia. In: MORAIS, J.F. Regis de. (org.). **Construção Social da enfermidade**. São Paulo, Editora Cortez & Moraes LTDA, 1978(p.147).

que continha resíduos medievais, que mesmo fora da jurisdição da Igreja, mesmo secularizada, ainda se ligava ao modelo levitiquiano. Indivíduo que dado o mal do qual era portador não poderia conviver e residir entre os seus. Conforme Foucault, do contato a ser interrompido, *cortado*:

“No fundo dos esquemas disciplinares, a imagem da peste vale por todas as confusões e desordens, assim como a imagem da lepra, do contato a ser cortado, está no fundo do esquema de exclusão”¹¹

A hanseníase¹² como é hoje denominada no Brasil a doença provocada pelo **mycobacterium leprae**, permanece um desafio. Para a medicina seria encontrar o fator imunogenético que facilita o adoecimento em algumas pessoas e uma vacina específica que muito iria auxiliar na erradicação desse mal; para a área de Saúde Pública, encontrar uma forma de implementar estratégias de intervenção que obtenham êxito na debelação da endemia, não mais a qualquer preço, não mais as custas da desvalorização de inúmeros seres humanos, estratégia infeliz e ineficiente; para as Ciências Humanas e a História, compreender os inúmeros acontecimentos, mitos, memórias e tragédias que envolveram e lamentavelmente ainda envolvem os acometidos por esse mal. Hoje uma doença, outrora uma categoria que combinava exclusão social, perigo infectante e indivíduos indesejáveis. Hoje hanseníase, ontem lepra.

¹¹ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Editora Vozes, 2000(p.165).

¹² Uma das novidades introduzida pela década de 1960 foi modificação do nome de lepra para hanseníase. Particularidade brasileira recentemente adotada na República de Cabo Verde. Essa mudança foi uma tentativa de esquivar os acometidos do estigma da lepra. A nova nomenclatura, foi criada em 1967, na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e foi acatada em âmbito nacional em 1976 através da Portaria n.º165/BSB de 14/05/1976 (publicada no DOU em 11/06/1976, na página 8301, seção I) em seu item n.º6.1.. Essa alteração de nomenclatura foi merecedora em 1995 de uma lei específica, a de n.º 9.010 de 29/023/1995 (publicada no DOU em 30/03/1995, na página n.º004509, coluna II). Convém lembrar que o arquipélago africano de Cabo Verde é membro integrante das comunidades dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), isto significando que a nova nomenclatura, não obteve adesão irrestrita nem dos outros países de mesmo idioma. Internacionalmente a doença continua sendo designada pelo termo lepra, leprosy em inglês e lepre em francês, sendo a última, versão adotada pela Organização Mundial de Saúde. Cf. ROTBERG, Abrahão. Hanseníase no Brasil. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, n.º 39, ano CXXII, 24/09/2001. MARTINS, Rui. Ou seja, lepra. In: **Revista Isto É**. 27/07/1994(p.41).

Contudo, parafraseando Michel Foucault, enquanto as “condições de possibilidade” da endemia hansênica, à saber: baixo padrão de vida e habitacional, miséria, desnutrição, fome, falta de perspectiva de vida, em suma, baixa qualidade de vida, não forem alteradas, o Brasil permanecerá assombrado por doenças como hanseníase, dengue, febre amarela e outras que tem persistentemente assolado o país desde o final do século XIX..

Asilos-colônias do Brasil

Nome	Cidade	Estado	
Souza Araujo	Rio Branco	Acre	
Cruzeiro do Sul/Ernani Agrícola	Cruzeiro do Sul	Acre	
Belisario Penna	Paricatuba/Manaus	Amazonas	
Antônio Aleixo	Manaus	Amazonas	
Colônia do Prata	Prata/Igarapé Açu	Pará	
Frei Gil Vilanova	Cametá/Conceição do Araguaia	Pará	
Marituba	Marituba/Belém/Anamindua	Pará	
Bonfim/Aquiles Lisboa	São Luís	Maranhão	
Carpina	Parnaíba	Piauí	
Antônio Diogo	Canafistula/Redenção	Ceará	
Antônio Justa	São Bento/Maracanaú	Ceará	
São Francisco de Assis	Natal	Rio Grande do Norte	
Getúlio Vargas	João Pessoa	Paraíba	
Mirueira	Recife	Pernambuco	
Eduardo Rabelo	Taboleiro João Martins/Maceió	Alagoas	
Jardim/Lourenço Magalhães	Aracaju/Nossa Senhora do Socorro	Sergipe	
Dom Rodrigo de Menezes	Salvador	Bahia	
Itanhenga/Dr. Pedro Fontes	Vitória/Cariacica	Espirito Santo	
Tavares de Macedo	Itaboraí/Iguá	Rio de Janeiro	
Curupaiti	Jacarepaguá/Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	
Frei Antônio	Frei Antônio/Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	
Santo Ângelo	Mogi das Cruzes	São Paulo	1928
Aimorés	Bauru	São Paulo	1933
Cocais	Bauru/Casa Branca	São Paulo	1932
Pirapitingui	Itu	São Paulo	1931
Padre Bento	Guarulhos/Gopouva	São Paulo	1931
São Roque	Piraquara/Deodoro	Paraná	
Santa Tereza	São José	Santa Catarina	
Itapoã	Viamão	Rio Grande do Sul	
Ernani Agrícola	Sabará	Minas Gerais	1883
Cristiano Machado/Roça Grande	Sabará	Minas Gerais	1944
Santa Izabel	Betim	Minas Gerais	23/12/1931
Santa fé	Três Corações	Minas Gerais	1942
Padre Damião	Ubá	Minas Gerais	1945
São Francisco de Assis	Bambuí	Minas Gerais	1945
Helena Bernard	Catalão	Goiás	
Bananal	Ilha do Bananal	Goiás	
Anápolis	Anápolis	Goiás	
Santa Marta	Goiânia	Goiás	
São João dos Lázarus	Cuiabá	Mato Grosso	
São Julião	Campo Grande	Mato Grosso	
Águas Claras	Salvador	Bahia	
Abem-Athar	Porto Velho	Rondônia	
Padre Antônio Manoel	Paulista	Pernambuco	

Asilos-colônias do Brasil

N.º	Estado	Nome	Cidade
01	AC	Cruzeiro do Sul/Ernani Agrícola	Cruzeiro do Sul
02	AC	Souza Araujo	Rio Branco
03	AL	Eduardo Rabelo	Taboleiro João Martins(Maceió)
04	AM	Belisario Penna	Paricatuba(Manaus)
05	AM	Antônio Aleixo	Manaus
06	BA	Águas Claras	Salvador
07	BA	Dom Rodrigo de Menezes	Salvador
08	CE	São Bento/Antônio Justa	Maracanaú
09	CE	Antônio Diogo	Redenção
10	ES	Itanhenga/Dr. Pedro Fontes	Cariacica
11	GO	Anápolis	Anápolis
12	GO	Helena Bernard	Catalão
13	GO	Santa Marta	Goiânia
14	MA	Bonfim/Aquiles Lisboa	São Luís
15	MT	São João dos Lázarus	Cuiabá
16	MS	São Julião	Campo Grande
17	MG	São Francisco de Assis	BambuÍ
18	MG	Santa Izabel	Betim
19	MG	Ernani Agrícola	Sabará
20	MG	Cristiano Machado/Roça Grande	Sabará
21	MG	Santa fé	Três Corações
22	MG	Padre Damião	Ubá
23	PA	Frei Gil Vilanova	Conceição do Araguaia
24	PA	Colônia do Prata	Igarapé Açu
25	PA	Marituba	Marituba (Belém)
26	PB	Getúlio Vargas	João Pessoa
27	PR	São Roque	Piraquara
28	PE	Padre Antônio Manoel	Paulista
29	PE	Mirueira	Recife
30	PI	Carpina	Parnaíba
31	RJ	Tavares de Macedo	ItaboraÍ
32	RJ	Curupaiti	Jacarepaguá (Rio de Janeiro)
33	RJ	Frei Antônio	São Cristóvão (Rio de Janeiro)
34	RN	São Francisco de Assis	Natal
35	RS	Itapoã	Viamão
36	RO	Abem-Athar	Porto Velho
37	SC	Santa Tereza	São José
38	SP	Aimorés	Bauru
39	SP	Cocais	Casa Branca
40	SP	Padre Bento	Guarulhos
41	SP	Pirapitingui	Itu
42	SP	Santo Angelo	Mogi das Cruzes
43	SE	Jardim/Lourenço Magalhães	N.S. do Socorro (Aracaju)
44	TO	Bananal	Ilha do Bananal

Preventórios do Brasil

N.º	Estado	Nome	Cidade
01	AC	Cruzeiro do Sul	Cruzeiro do Sul
02	AC	Santa Margarida	Rio Branco
03	AL	Educandário Eunice Weaver	Maceió
04	AM	Educandário Gustavo Capanema	Manaus
05	BA	Educandário Eunice Weaver	Salvador
06	CE	Educandário Eunice Weaver	Fortaleza
07	CE	Creche Silva Araújo(provisório)	Redenção
08	ES	Granja Eunice Weaver	Vitória
09	ES	Preventório Alzyra Bley	Vitória
10	GO	Educandário Afrânio de Azevedo	Goiânia
11	MA	Educandário Santo Antônio	São Luís
12	MS	Educandário Getúlio Vargas	Campo Grande
13	MG	Educandário Eunice Weaver	Araguari
14	MG	Aprendizado Técnico Profissional	Belo Horizonte
15	MG	Educandário São Tarcísio	Belo Horizonte
16	MG	Pupileira Ernani Agricola	Belo Horizonte
17	MG	Educandário Carlos Chagas	Juiz de Fora
18	MG	Educandário Olegário Maciel	Varginha
19	PA	Asilo Santa Terezinha	Belém
20	PA	Educandário Eunice Weaver	Belém
21	PB	Educandário Eunice Weaver	João Pessoa
22	PB	Educandário Curitiba	Curitiba
23	PE	Instituto Guararapes	Recife
24	PI	Educandário Padre Damião	Parnaíba
25	RJ	Educandário Vista Alegre	São Gonçalo (Niterói)
26	RJ	Preventório Recanto Feliz	Catumbi (Rio de Janeiro)
27	RJ	Educandário Santa Maria	Jacarepaguá (Rio de Janeiro)
28	RN	Educandário Oswaldo Cruz	Natal
29	RS	Amparo Santa Cruz	Porto Alegre
30	RO	Educandário Belisario Penna	Porto Velho
31	SC	Educandário Santa Catarina	São José
32	SP	Educandário Santa Terezinha	Carapicuíba
33	SP	Educandário Jacareí	Jacareí
34	SP	Berçário Carolina Mota e Silva	São Paulo
35	SE	Educandário São José	Aracaju

Dispensários do Brasil

N.º	ESTADO	NOME	CIDADE
01	RO	Disp. Oscar da Silva Araujo	Porto Velho
02	AC	Disp. de Cruzeiro do Sul	Cruzeiro do Sul
03	AC	Disp. de Rio Branco	Rio Branco
04	AP	Disp. de Macapá	Macapá
05	RO	Disp. de Boa Vista	Boa Vista
06	AM	Disp. Alfredo da Mata	Manaus
07	PA	Disp. Henrique Rocha	Belém
08	PA	Disp. Souza Araujo	Belém
09	MA	Disp. Frei Querubim	São Luís
10	PI	Disp. de Parnaíba	Parnaíba
11	PI	Disp. de Teresina	Teresina
12	CE	Disp. de Fortaleza	Fortaleza
13	RN	Disp. de Natal	Natal
14	PB	Disp. de João Pessoa	João Pessoa
15	PE	Disp. Agamenon Magalhães	Recife
16	PE	Disp. Amaurí de Medeiros	Recife
17	PE	Disp. de Madalena	Recife
18	PE	Disp. de Olinda	Olinda
19	PE	Disp. Gouveia de Barros	Recife
20	AL	Disp. de Maceió	Maceió
21	SE	Disp. de Aracaju	Aracaju
22	SE	Disp. Simão Dias	Simão Dias
23	BA	Disp. de Salvador	Salvador
24	MG	Disp. Central	Belo Horizonte
25	MG	Disp. de Bambuí	Bambuí
26	MG	Disp. de Ubá	Ubá
27	MG	Disp. de Juiz de Fora	Juiz de Fora
28	MG	Disp. de Três Corações	Três Corações
29	MG	Disp. de Uberaba	Uberaba
30	RJ	Disp. de Barra Mansa	Barra Mansa
31	RJ	Disp. de Campos	Campos
32	RJ	Disp. de Itaperuna	Itaperuna
33	RJ	Disp. de Nova Iguaçu	Nova Iguaçu
34	RJ	Disp. de Niterói	Niterói
35	RJ	Disp. de Petrópolis	Petrópolis
36	RJ	Disp. de São Gonçalo	São Gonçalo
37	RJ	Disp. de Lepra n.º 1	Rio de Janeiro
38	RJ	Disp. de Lepra n.º 2	Rio de Janeiro
39	RJ	Disp. de Lepra n.º 3	Rio de Janeiro
40	RJ	Disp. de Lepra n.º 4	Rio de Janeiro
41	RJ	Disp. de Lepra n.º 5	Rio de Janeiro

42	RJ	Disp. de Lepra n.º 6	Rio de Janeiro
43	SP	Disp. da Sede	São Paulo
44	SP	Disp. Emilio Ribas	São Paulo
45	SP	Disp. do Bom Retiro	São Paulo
46	SP	Disp. da Lapa	São Paulo
47	SP	Disp. de Osasco	São Paulo
48	SP	Disp. da Penha	São Paulo
49	SP	Disp. de Pinheiros	São Paulo
50	SP	Disp. de Santo Amaro	São Paulo
51	SP	Disp. de Santo André	São Paulo
52	SP	Disp. de Santana	São Paulo
53	SP	Disp. de Vila Maria	São Paulo
54	SP	Disp. de Vila Mariana	São Paulo
55	SP	Disp. de Araçatuba	Araçatuba
56	SP	Disp. de Lins	Lins
57	SP	Disp. de Valparaíso	Valparaíso
58	SP	Disp. de Araraquara	Araraquara
59	SP	Disp. de Barretos	Barretos
60	SP	Disp. de Bebedouro	Bebedouro
61	SP	Disp. de Bauru	Bauru
62	SP	Disp. de Adamantina	Adamantina
63	SP	Disp. de Jaú	Jaú
64	SP	Disp. de Marília	Marília
65	SP	Disp. de Botucatu	Botucatu
66	SP	Disp. de Ourinhos	Ourinhos
67	SP	Disp. de Campinas	Campinas
68	SP	Disp. de Amparo	Amparo
69	SP	Disp. de Jundiaí	Jundiaí
70	SP	Disp. de Piracicaba	Piracicaba
71	SP	Disp. de Rio Claro	Rio Claro
72	SP	Disp. de Presidente Prudente	Presidente Prudente
73	SP	Disp. de Assis	Assis
74	SP	Disp. de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto
75	SP	Disp. de Casa Branca	Casa Branca
76	SP	Disp. de Franca	Franca
77	SP	Disp. de São Joaquim da Barra	São Joaquim da Barra
78	SP	Disp. de São José do Rio Preto	São José do Rio Preto
79	SP	Disp. de Catanduva	Catanduva
80	SP	Disp. de Votuporanga	Votuporanga
81	SP	Disp. de Sorocaba	Sorocaba
82	SP	Disp. de Itapetinga	Itapetinga
83	SP	Disp. de Itararé	Itararé
84	SP	Disp. de Salto	Salto
85	SP	Disp. de Tatuí	Tatuí
86	SP	Disp. de Taubaté	Taubaté
87	SP	Disp. de Jacareí	Jacareí
88	SP	Disp. de Guaratinguetá	Guaratinguetá
89	PR	Disp. de Curitiba	Curitiba

90	PR	Disp. de Londrina	Londrina
91	SC	Disp. Central	Florianópolis
92	SC	Disp. de Laguna	Laguna
93	RS	Disp. de Porto Alegre	Porto Alegre
94	MT	Disp. de Cuiabá	Cuiabá
95	MS	Disp. de Campo Grande	Campo Grande
96	MS	Disp. de Corumbá	Corumbá
97	GO	Disp. de Ipamerí	Ipamerí
98	GO	Disp. de Goiânia	Goiânia
99	GO	Disp. de Rio Verde	Rio Verde
100	GO	Disp. Ernani Agricola	Anápolis
101	GO	Disp. Alfredo Bluth	Goiás
102	GO	Disp. de Jataí	Jataí

Congressos Internacionais de Hanseníase¹

Ano	Nome do Evento	Período	País	Cidade
1897	Conferência Internacional de Lepra de Berlim	11 a 16 de outubro	Alemanha	Berlim
1909	Conferência Científica Internacional sobre Lepra	16 a 19 de agosto	Noruega	Bergen
1923	III Conferência Internacional de Lepra	28 a 31 de julho	França	Estrasburgo
1938	IV Conferência Internacional de Lepra	21 a 27 de março	Egito	Cairo
1948	V Congresso Internacional de Lepra	03 a 11 de abril	Cuba	Havana
1953	VI Congresso Internacional de Lepra	03 a 10 de abril	Espanha	Madri
1958	VII Congresso Internacional de Lepra	12 a 19 de novembro	Japão	Tóquio
1963	VII Congresso Internacional de Lepra	12 a 20 de setembro	Brasil	Rio de Janeiro
1968	IX Congresso Internacional de Lepra	16 a 20 de setembro	Inglaterra	Londres
1973	X Congresso Internacional de Lepra	13 a 18 de agosto	Noruega	Bergen
1978	XI Congresso Internacional de Lepra	13 a 18 de novembro	México	Cidade de México
1984	XII Congresso Internacional de Lepra	20 a 25 de fevereiro	Índia	Nova Deli
1988	XIII Congresso Internacional de Lepra	11 a 17 de setembro	Holanda	Haia
1993	XIV Congresso Internacional de Lepra	29 de agosto a 04 de setembro	Estados Unidos	Orlando
1998	XV Congresso Internacional de Lepra	07 a 12 de setembro	China	Beijing

¹ Em original no inglês: International Leprosy Congress. A tradução para o português seria: Congresso Internacional de Lepra (CIL). Atualizando a nomenclatura temos: Congresso Internacional de Hanseníase. Os anais completos de todos os Congressos Internacionais de Hanseníase (CIL) encontram-se à disposição para consulta na biblioteca “Luiza Keffer” do Instituto Lauro de Souza Lima, localizado na cidade de Bauru/SP. O XVI Congresso Internacional de Lepra já se encontra com data e local definidos. O evento será realizado em Salvador/Brasil nos dias de 12 a 17 de agosto de 2002.