

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS XIV
CURSO DE LICENCIATURA EM HISTÓRIA**

MULLER SAMPAIO DOS SANTOS SILVA

ASSISTÊNCIA À LEPROSA NA CIDADE DE SALVADOR-BA (1920-1947)

Conceição do Coité

2018

MULLER SAMPAIO DOS SANTOS SILVA

ASSISTÊNCIA À LEPROSA NA CIDADE DE SALVADOR-BA (1920-1947)

Trabalho apresentado à Universidade do Estado da Bahia, como pré-requisito para a obtenção do título de Licenciado em História.

Orientador: Ricardo dos Santos Batista

Conceição do Coité
2018

MULLER SAMPAIO DOS SANTOS SILVA

ASSISTÊNCIA À LEPROSA NA CIDADE DE SALVADOR-BA (1920-1947)

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Cristiane Soares de Santana

Prof. Ms. Igor José Trabuco da Silva

Prof. Dr. Ricardo dos Santos Batista (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, à pessoa mais importante em minha vida, minha mãe, Flourizane Sampaio. A flor mais linda do mundo. Ela, que mesmo não conseguindo sequer completar o ensino fundamental, sempre entendeu a importância da educação, me incentivou e fez de tudo para que eu pudesse seguir com os estudos. Muito obrigado! Tenho a senhora como minha maior referência.

Agradeço também a minha rede de afetos. Iniciando com João Pena que tem desempenhado papel importante na minha vida. O seu estímulo, cuidado, responsabilidade e alegria são essenciais para tornar meus dias mais leves e felizes, obrigado por sempre me mostrar o quanto sou capaz. A Dálete Oliveira, que conseguiu conquistar minha amizade através de muito esforço e que sempre se mostrou amiga e companheira nesses anos da graduação. A Léo Santiago, sempre disposto a me aconselhar, ajudar e me ouvir, muito obrigado! Meus amigos e amigas, principalmente, aqueles que também fazem parte do movimento estudantil do campus XIV e são responsáveis por manter uma rede de cuidado, carinho e atenção uns com os outros, vocês são maravilhosos. Também agradeço a Oziel Araújo pelo apoio, pelo respeito e por acompanhar minhas primeiras leituras sobre o tema da pesquisa.

A Ricardo dos Santos Batista, meu orientador, que tem exercido grande importância nesses últimos anos da graduação, agradeço sempre pela sua entrada em minha vida. Ao propor um projeto de Iniciação Científica, me convidar para ser bolsista e me apresentar a um campo historiográfico que jamais imaginei existir, você inseriu forte influência para que o tema da minha monografia começasse a ganhar forma. Sua responsabilidade, seu incentivo e cuidado representam papel decisivo na minha trajetória acadêmica. Ter um trabalho que foi fruto do desdobramento da sua pesquisa é uma grande responsabilidade, muito obrigado pela confiança!

À banca examinadora, pela disposição e leitura do trabalho. A professora Cristiane Soares de Santana que, participou da análise de um dos capítulos e fez pontuações importantes.

Encerro os agradecimentos com o fragmento de um texto de Audre Lorde, feminista interseccional, negra, lésbica e que fala sobre a importância da transformação do silêncio em linguagem e ação. E marca como estímulo ao ver meu trabalho concluído, um exemplo de rompimento de algumas inseguranças e silêncios carregados em minha trajetória:

[...] Para quem escrevemos, é necessário examinar não só a verdade do que falamos mas também a verdade da linguagem em que o dizemos. Para outras, se trata de compartilhar e difundir aquelas palavras que significam tanto para nós. Mas em princípio, para todas nós, é necessário ensinar com a vida e com as palavras essas verdades que acreditamos e conhecemos além do entendimento. Porque só assim sobreviveremos, participando num processo de vida criativo, contínuo e em crescimento. E sempre se fará com medo – da visibilidade, da dura luz da análise, talvez do julgamento, da dor, da morte. Mas, com exceção da morte, nós já passamos por tudo isso e o fizemos em silêncio. Eu penso todo o tempo que se tivesse nascido muda, ou se tivesse mantido um juramento de silêncio toda minha vida, teria sofrido igual, e igualmente morreria. É bom lembrar, para não perder a perspectiva [...] (LORDE, 1977)¹.

¹ *A Transformação do silêncio em linguagem e ação*. Comunicação de Audre Lorde no painel “Lésbicas e literatura” da Associação de Línguas Moderna em 1977 e publicada em vários livros da autora.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a assistência à lepra na cidade de Salvador-BA a partir de 1920, quando foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, até 1947, ano em que o Leprosário Rodrigo de Menezes encerrou as atividades, justificada pelas condições precárias em que se encontrava. Nesse recorte temporal se destacou o início do processo de organização e centralização do sistema sanitário baiano, iniciados após o acordo entre o estado e a União, em 1921. Conseqüentemente, foram inauguradas as primeiras políticas de combate à lepra pelo poder estatal, influencia que gerou modificações e reorganização na ação assistencial promovida no Leprosário Rodrigo de Menezes que, inicialmente, tinha o objetivo de isolar as pessoas doentes do convívio social. Com os processos de modernização e uniformização sanitária, bem como, os avanços da medicina, o leprosário foi transformado em um espaço que também oferecia tratamento e cuidados. No pós-1930 as políticas sanitárias sofreram novamente mudanças, instituídas pelo governo Vargas passaram por processos de uniformização e reestruturação. Para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada a metodologia que parte do processo de interrogação sobre a construção das fontes, sendo estas, as leis que serviram para o acordo entre a União e o Estado, um Tratado de Leprologia publicado em 1950, a *Gazeta Medica da Bahia*, relatórios da Secretaria de Saúde e Assistência Pública e da Diretoria da Sociedade Bahiana de Combate a Lepra, os jornais *Diário da Bahia* e *Diário de Notícias*, que circulavam na cidade de Salvador, em 1936, e Teses defendidas na Faculdade de Medicina da Bahia. A problematização dos aspectos da história da lepra em Salvador nos fez pensar sua singularidade e se mostrou necessária para compreensão dos aspectos sociais, bem como suas influências na maneira em que a sociedade baiana se organizou para combatê-la.

Palavras-chave: Assistência. Lepra. Salvador.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
IPLDV	Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de Doenças Venéreas.
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
SNL	Serviço Nacional de Lepra

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Casamento de internados no Leprosário Rodrigo de Menezes.	40
Figura 2 – Progresso do censo dos leprosos no Brasil.	48
Figura 3 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Enfermaria de homens.	53
Figura 4 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Enfermaria de mulheres.	54
Figura 5 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Refeitório dos homens.	54
Figura 6 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Sala de refeições para mulheres.	55
Figura 7 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Gabinete do médico.	55
Figura 8 – Comissão de organização da Campanha de Solidariedade na cidade de Salvador-BA.	65
Figura 9 – Preventório Eunice Weaver.	71
Figura 10 – Mapa das organizações anti-leprosas do Brasil em 1936.	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1: SER LEPROSO EM SALVADOR	
1.1 AS DIMENSÕES SOCIAIS DO CORPO LEPROSO	19
1.2 A CIDADE DE SALVADOR E O CONTEXTO SANITÁRIO DO INÍCIO DO SÉCULO XX	27
1.3 ENTRE A CURA DO BIOLÓGICO E A PERPETUAÇÃO DO ESTIGMA SOCIAL	32
CAPÍTULO 2: ASSISTÊNCIA À LEPROSA EM SALVADOR	
2.1 ASSISTÊNCIA À LEPROSA: PRIMEIRAS MUDANÇAS	41
2.2 A MODERNIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA E O PERIGO DA LEPROSA	46
2.3 O ISOLAMENTO COMO INÍCIO, MEIO E CONTINUAÇÃO DE OUTROS PROBLEMAS	51
2.4 ENTRE A ASSISTÊNCIA E A FILANTROPIA, AS AÇÕES DA SOCIEDADE BAHIANA DE ASSISTÊNCIA AOS LÁZAROS	60
2.5 O VELHO CASARÃO E A RESISTÊNCIA ÀS AÇÕES DO TEMPO	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
FONTES	82
BIBLIOGRAFIA	84

INTRODUÇÃO

I – Consulta pelo rádio nº 7, de 23 de Junho findo, o Sr. Chefe da 17ª Circunscrição de Recrutamento, como proceder em relação à quitação do serviço militar de uma pessoa acometida de lepra e servente do Hospital de Leprosos, admitida posteriormente no Decreto nº 24. 710, de julho de 1934, e cujos vencimentos estão suspensos por falta de documento comprobatório da referida quitação. (GABINETE DO SECRETÁRIO, 1941).

A consulta acima foi enviada pelo Secretário Geral do Ministério da Guerra, destinada ao General Ministro da Guerra, em 1941, e fez parte de um processo confuso que se arrastou por alguns meses até ser resolvido. Após o comandante Renato Onofre Pinto Aleixo² da 6ª Região Militar, em Salvador, ter enviado um processo ao Chefe da 17ª Circunscrição de Recrutamento, no qual questionava como proceder em relação à quitação com o serviço militar de um doente leproso³, se iniciou uma troca de mensagens entre diversas instâncias administrativas. O processo teve como foco principal o doente Paulino Antônio dos Santos, internado no Leprosário Rodrigo de Menezes desde 1930. Por apresentar boas condições físicas e de saúde, foi nomeado servente do Leprosário em dezembro de 1936. As informações analisadas nesse processo podem revelar questões importantes sobre a compreensão da doença como uma construção social e que ultrapassa as características do biológico, revelando aspectos da história da lepra em Salvador.

Observar a doença a partir da perspectiva social nos oferece oportunidades para entender os seus impactos profundos na organização da sociedade. O processo referente à consulta sobre quitação do serviço militar de um leproso teve início em Salvador, mas foi encaminhado ao Secretário Geral do Ministério da Guerra, no Rio de Janeiro.

² Renato Onofre Pinto Aleixo nasceu no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, no dia 12 de junho de 1890, filho de José Dias Pinto Aleixo e de Esaltina Maria de Paiva Aleixo. Em 1929, cursou a Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais. Revolucionário de 1930, realizou a campanha de São Paulo, na qualidade de comandante de agrupamento, com o 2º Regimento de Artilharia Montada. Em 1940, deixou o comando de uma unidade do Exército no Rio Grande do Sul para assumir o comando da 6ª Região Militar, sediada na Bahia, função em que permaneceu até 1943. Em 24 de novembro de 1942, assumiu a interventoria federal na Bahia, substituindo Landulfo Alves. Promovido a general-de-brigada em dezembro desse mesmo ano, ficou no governo da Bahia até 28 de outubro de 1945. Pinto Aleixo faleceu no Rio de Janeiro, em 13 de junho de 1963. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/renato-onofre-pinto-aleixo>>.

³ Devido ao estigma carregado pela doença, com a Lei nº 9.010 de 29 de março de 1995, o termo “Lepra” e seus derivados foram substituídos por “Hanseníase”, “Doente de Hanseníase” na linguagem empregada nos documentos oficiais da União. Porém, retratada como “Lepra” no histórico pesquisado, utilizei, na construção do texto, a nomenclatura Lepra e Leproso.

A partir do momento em que a documentação ultrapassou a fronteira do estado baiano, despachada para um dos setores de maior destaque na hierarquia da Organização Militar do país, torna-se evidente que aquela era uma situação peculiar. Porém, o trajeto da documentação não estava encerrado ao chegar às mãos do Secretário Geral do Ministério da Guerra. Ao identificar o caso como não previsto na legislação, o encaminhou ao seu superior. Se posicionava:

[...] pela isenção definitiva do serviço militar de indivíduos em tais condições de saúde, mediante certificado concedido pela Circunscrição de Recrutamento competente, à vista de atestado expedido pela autoridade civil sanitária e após ser verificada a sua idoneidade (GABINETE DO SECRETÁRIO, 1941).

No entanto, essa questão não foi resolvida de imediato. O Diretor de Saúde do Exército encaminhou, em resposta ao Secretário Geral do Ministério da Guerra, um documento que informava sobre o certificado de isenção definitiva. Ele dizia que o documento somente seria fornecido após os doentes serem submetidos à inspeção de saúde pela Junta Militar de Saúde ou mediante atestado de autoridade sanitária civil:

[...] convem esclarecer que, no caso presente, o funcionário em apreço, não possuindo prova de haver cumprido seu dever para com o serviço militar, exerceu o cargo [no leprosário] ilegalmente, em vista do que se acha disposto no decreto nº 24.710, de 13 – VII – 934, que manda por em execução imediata o art. 166, da Lei do Serviço Militar, de 21 – VIII – 933. Este artigo, revigorado pelo de nº 218 da atual Lei do Serviço Militar, impõe aos chefes de serviços ou de repartição pública a obrigação de exigirem dos nomeados, antes da posse, a prova de quitação do serviço militar. (GABINETE DO SECRETÁRIO, 1941).

Seguindo o caminho apontado pela documentação, é possível perceber como o processo foi se tornando complexo. Naquele momento, o caso ultrapassava a situação de um doente leproso que não possuía a quitação com o serviço militar para assumir o caráter de descumprimento de uma lei, que determinava o exercício do cargo público apenas com a comprovação da documentação exigida. Segundo Celso Castro (s/d), ao longo das décadas de 1930 e 1940 a universalização da exigência do documento de serviço militar e a adoção de dispositivos legais mais eficazes, tornou a questão do serviço militar mais forte. No ano de 1934, foi incorporada à Constituição a obrigatoriedade do alistamento do serviço militar para qualquer pessoa que pretendesse assumir algum cargo público.

Identificada a situação de irregularidade pelo Diretor de Saúde do Exército, foi enviado ao Comandante da 6ª Região Militar um pedido de resposta para esclarecer questões que diziam respeito ao doente admitido, como a data que assumiu, o cargo e o nome do responsável pela admissão. Em resposta, o Diretor do Leprosário Rodrigo de Menezes enviou:

- a) Em 22 de maio de 1930, foi internado neste Leprosário o hanseniano Paulino Antonio dos Santos, com 29 anos de idade, preto, solteiro, estivador, natural deste Estado, residente à rua Silva Jardim, nº 55;
- b) que, o mesmo, por se achar acometido de lepra, foi aposentado pelo 'Instituto de Aposentadorias e Pensões da Estiva', recebendo a pensão de Rs. 135\$000 mensais;
- c) que, por Portaria nº 221 do Dr. Secretário de Educação, Saúde e Assistência Pública, publicada no Diário Oficial do Estado, em 17 de dezembro de 1936, foi nomeado servente deste hospital;
- d) que a nomeação foi precedida de indicação do então diretor do Leprosário, conforme ofício nº 52, de 24 de novembro de 1936, dirigido ao Dr. Diretor do Departamento de Assistência Medico-Social;
- e) que do arquivo desta Diretoria nada consta que me habilite a atestar qual a autoridade que empossou o referido servente. Leprosário 'Rodrigo de Menezes', em 25 de outubro de 1941 (GABINETE DO SECRETÁRIO, 1941).

Para compreender o desfecho dessa situação inusitada é importante destacar algumas questões presentes no documento. A primeira, classificada como item "E", informava que a Diretoria não saberia informar qual autoridade empossou o referente servente. Essa falta pode ser entendida como uma forma encontrada pela administração para não causar nenhum desconforto entre o Exército e a pessoa responsável pelo contrato. Podemos supor que a tentativa de negligenciar essa informação poderia ter vínculo com a proteção do responsável, tendo em vista que o cargo ocupado representaria importância na própria administração do leprosário. Outro item também a ser destacado é o "B", que apresentou informações sobre o doente, Paulino Antônio dos Santos, aposentado pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões da Estiva após ser diagnosticado e internado. Na última parte desse processo, enviado pela Divisão Administrativa do Departamento de Saúde, informava-se que o contrato de Paulino foi efetuado com base no Art. 751 do Código Sanitário do estado, que aconselhava, quando possível, selecionar dentre os doentes leproso válidos, pessoas que pudessem exercer os cargos que exigiam o contato direto com outros leproso, não sendo necessário contratar pessoas sãs (GABINETE DO SECRETÁRIO, 1941).

Na conclusão do caso, aconselhou-se a exoneração do doente com a justificativa de que se tratava de um aposentado. Em uma anotação escrita a lápis, na última folha do processo, dizia-se “aconselhar que opte pela aposentadoria” (GABINETE DO SECRETÁRIO, 1941). Essa orientação estava relacionada à impossibilidade de acúmulo da aposentadoria e do salário pelas ações prestadas como funcionário do Leprosário Rodrigo de Menezes.

Com a breve apresentação desse episódio, as cortinas do palco em que a lepra se apresenta socialmente, são abertas. Perceber que as doenças também fazem parte da construção social e que elas podem apresentar papéis decisivos na dinâmica dos próprios acontecimentos, entendida assim, quase sempre como: “um elemento de desorganização e de reorganização social” (REVEL; PETER, 1976, p. 144), é abrir oportunidades para que outras leituras além do biológico e do discurso da medicina sejam feitas. Segundo Le Goff (1985, p. 7-8):

A doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais que uma ideia, um certo abstracto numa complexa realidade empírica (M.D. Grmek), e porque as doenças são mortais. Onde estão as febres terçãs e quartãs dos nossos antepassados? A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades.

Na passagem do século XIX para o XX, a lepra alcançou lugar de destaque entre as doenças que acometiam os brasileiros e esse trabalho tem como objetivo analisar a assistência à Lepra em Salvador-BA. Como objetivo inicial, foram analisadas, aqui, as políticas de assistência à lepra por parte do estado, como o acordo firmado entre a Bahia e a União para o desenvolvimento de ações de saúde, início da criação de outros regulamentos específicos, como o Código Sanitário da Bahia, de 1925. Ele impôs, por exemplo, o controle e a assistência aos leprosos e seus familiares. Essas ações representam, também, o destaque que a doença passou a exercer após ser identificada como problema sanitário, ou como Cabral (2013) define, um ‘flagelo nacional’. Os processos de reorganização e centralização do sistema sanitário baiano influenciaram alterações no Leprosário Rodrigo de Menezes⁴, que tinha o objetivo de isolar as pessoas doentes do convívio social. E,

⁴ Atualmente o prédio está localizado na rua Ladeira de Quintas, nº 50 - Baixa de Quintas e funciona como o atual Arquivo Público do Estado da Bahia – APEB. No período pesquisado o Leprosário teve papel de grande importância para a profilaxia da lepra na Bahia.

com os processos de modernização sanitária e os avanços da medicina, se transformou em um espaço que também oferecia tratamento e cuidados.

As fontes principais, utilizadas nessa pesquisa, foram as leis que serviram para o acordo entre a União e o Estado, um Tratado de Leprologia publicado em 1950, a *Gazeta Medica da Bahia*, relatórios da Secretaria de Saúde e Assistência Pública e da Diretoria da Sociedade Bahiana de Combate a Lepra, os jornais *Diário da Bahia* e *Diário de Notícias*, que circulavam na cidade de Salvador, em 1936, e Teses defendidas na Faculdade de Medicina da Bahia.

A metodologia utilizada para análise das fontes parte do processo de interrogação sobre a sua construção. Como discute Bacellar (2006, p. 63), é importante que se questione em quais condições o documento foi redigido, com que propósito e por quem, para compreender a contextualização do documento como fundamental para o ofício do historiador. Os relatórios utilizados deixam explícitos, em si mesmos, a própria intencionalidade da sua construção. Como afirmou Octavio Torres⁵ (1926, p. 4) em um dos documentos: “Si de nada valessem os relatórios, pelo menos, elles representam os documentos nos quaes os pósteros poderão consultar a fim de escreverem com veracidade a historia de factos passados”. O médico deixou evidente o objetivo presente na elaboração dos documentos, já que: “Documento algum é neutro, e sempre carrega consigo a opinião da pessoa e/ou órgão que o escreveu” (BACELLAR, 2006, p. 63).

Busca-se, assim, compreender como se desenvolveu e quais as particularidades na assistência aos leprosos da cidade de Salvador-BA. Para isso, é utilizado o conceito de Assistência, elaborado por Robert Castel:

‘Assistir’ abrange um conjunto extraordinariamente diversificado de práticas que se inscrevem, entretanto numa estrutura comum determinada pela existência de certas categorias de populações carentes e pela necessidade de atendê-las. (CASTEL 2010, p. 47).

⁵ Octavio Torres, 1885-1963. Em 1904, ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia, pela qual foi diplomado em 1909, quando defendeu tese intitulada “Contribuição ao estudo dos anquilóstomos na Bahia”. Em 1912, foi nomeado Preparador de Patologia Geral. No ano seguinte, livre-docente da mesma cadeira. Em 1918, professor substituto e, finalmente, professor catedrático (1926). Estagiou em diversas universidades norte-americanas, inclusive na mais antiga e tradicional, a de Havard. No Instituto Rockefeller, foi aluno de Noguchi, especializando-se em doenças tropicais e patologia experimental. Esteve como diretor do Leprosário Rodrigo de Menezes por alguns anos, no qual representou importante trabalho nas ações de combate e controle da lepra. Disponível em: <<http://medicosilustresdabahia.blogspot.com/2011/02/277-octavio-torres.html>>.

A leitura das ações realizadas pelo estado e por instituições filantrópicas pode, portanto, ser realizada através da ideia de assistência. Entre a bibliografia utilizada para a elaboração deste trabalho, destacam-se, ainda, autores que investigaram as implicações sobre doenças em diferentes lugares, especialmente no Rio de Janeiro e na Bahia. Dilma Cabral, por exemplo, ajudou a compreender que a trajetória da lepra não se apresentou de forma progressiva e linear na história, apontando como atitude essencial perceber:

[...] que a mudança dos paradigmas científicos, quer seja no contexto pré-pastoriano ou sob a medicina bacteriológica, adicionaria novos elementos ao material simbólico precedente, atualizando invariavelmente o significado social da lepra. Da mesma forma, a rede simbólica que definirá o lugar da doença e do doente em cada sociedade, a percepção da ameaça que a lepra encerrava e os valores a serem agregados ao seu conceito seriam moldados com base em inúmeras referências que a história da doença incorporaria. (CABRAL, 2013, p. 46-47).

Essas mudanças interferiram na forma em que a lepra foi compreendida em cada etapa de sua história, sem uma ligação que a constituísse como categoria permanente e única. Outra questão importante abordada por Cabral (2013, p. 34) diz respeito ao peso real e simbólico de que a lepra se revestiu socialmente. E que pode ser pensada a partir das políticas e do investimento material para controle dos doentes. Em outra perspectiva teórica, Tronca (2000 p. 15) apresenta a doença como uma invenção da linguagem sobre um fenômeno biológico para denominar o que é a doença:

[...] existe uma contraface cultural, simbólica, que assume frequentemente a forma da alegoria que constrói e reconstrói as imagens da doença. Cujos desdobramentos mal podemos avaliar. E o modo alegórico assumido pelas narrativas tanto literárias quanto científicas sobre a doença não consiste numa simples sucessão de metáforas apenas (TRONCA, 2000, p. 16).

Para o autor, nem mesmo as narrativas científicas e literárias são capazes de informar os desdobramentos que as imagens de determinada doença pode exercer, pois, os significados das narrativas ou das representações coletivas não são necessariamente idênticos à representação que o enfermo dá à sua doença.

Tendo como recorte espacial a cidade de Salvador, foram utilizados os estudos de Christiane Souza para compreender o contexto da cidade nas primeiras décadas do século XX, e que segundo a autora apresentava-se sem recursos financeiros para executar ou consolidar políticas públicas, enquanto os imóveis mal conservados e instalações precárias favoreciam a propagação de moléstias

(SOUZA, 2009, p. 42). Dentro de uma conjuntura de crise econômica, fome, precárias condições de saneamento e o grande número de mortes e adoecimento entre os trabalhadores, começaram a ser reivindicadas atitudes dos governantes, principalmente, quando essa situação começou a atingir as classes mais altas da sociedade soteropolitana; “Nessas circunstâncias, era preciso preservar a cidade, local por excelência das transações comerciais, pois qualquer ameaça aos negócios repercutiria nos setores dominantes da sociedade baiana” (SOUZA, 2005, p. 79).

Para a compreensão sobre as reformas no sistema sanitário de saúde, iniciadas em 1920, destaca-se o trabalho de Batista (2017), que apresenta os interesses e as ações de desenvolvimento sanitário, articulados entre os estados da federação e a União, o que levou a Bahia a firmar um acordo de parceria com o Governo Federal, em 1921. Segundo o autor “não se pode negar que as medidas adotadas pelos baianos integraram um processo que, mesmo descontínuo em alguns momentos, convergia para o desenvolvimento de assistência à saúde” (BATISTA, 2017, p. 201-202), e tornou as ações sanitárias adotadas, entre 1930 e 1945, integradas ao plano nacional.

Segundo Saul Santos (2006), na Primeira República aconteceram importantes mudanças no sistema sanitário, as relações entre as entidades assistenciais e os poderes públicos foram uma das questões apresentadas pelo autor como marco desse novo momento. Em relação à profilaxia da lepra, Santos (2003, p. 422) discute que a organização federal consistiu em três pontos principais: a pesquisa e censo de leprosos em todo o país; a administração dos serviços, com destaque para a importância da profilaxia e da terapêutica; a vigilância sanitária e o armamento anti-leproso (constituído por leprosários, dispensários, preventórios e órgãos de educação sanitária das massas).

Esta monografia está dividida em dois capítulos, tendo como objetivo analisar a assistência à Lepra em Salvador-BA, no recorte temporal que se inicia em 1920, quando foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de Doenças Venéreas (IPLDV), como parte das atribuições do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e, 1947, com o fechamento do Leprosário D. Rodrigo José de Menezes.⁶ No

⁶ Compreende-se que, nesse intervalo cronológico, existiram muitas mudanças políticas a nível nacional e estadual. Mas, levando em consideração a especificidade do objeto e a importância do Leprosário Rodrigo de Menezes para o estudo, decidiu-se por utilizar como marco cronológico final o seu fechamento. Também é importante acrescentar que, em alguns momentos terei que recuar no

primeiro capítulo, foi feita uma análise a partir da construção das doenças como um evento social e as possibilidades de análise em perceber as diferentes respostas e os significados que lhes são conferidos pela sociedade, visando compreender deste modo, o Ser Leproso em Salvador. A partir das construções morais e simbólicas sobre a lepra, se justificou medidas de exclusão e até mesmo de violência contra todos aqueles identificados como prováveis portadores de um grande mal.

Na discussão apresentada nesse capítulo, busquei analisar como a lepra afetou diretamente as relações humanas, estabelecidas entre as incertezas e o medo do contágio. E como as crenças, símbolos e representações construíram uma rede de informações que reproduziu compreensões a respeito da doença, sobre a importância de proteger os sãos de uma moléstia cujos agentes etiológicos, se desconheciam até finais do século XVIII. A lepra até meados de 1940, permaneceu, sem possibilidades de cura, e, por apresentar características biológicas que afligiram diversas populações pelo mundo, desde a antiguidade, a segregação dos doentes foi firmada a partir de significados de repulsa e concepções morais. E depois foi justificado pela medicina como necessidade devido o perigo de contágio.

Perceber todo o aparato assistência e combate a lepra no processo histórico, leva a compreender a importância que a doença estabeleceu em meio às relações sociais e políticas. E, para isso, é necessário localizar no centro da análise a separação entre população doente e população sã: abordagem feita no segundo capítulo, que tem como foco principal compreender a Assistência à Lepra em Salvador.

A partir da ideia de ameaça que os doentes representavam, colocados como risco na garantia da saúde de pessoas consideradas sãs, foi estabelecido um aparato legal que pudesse assegurar o isolamento dos leprosos. A partir da leitura e compreensão das leis e diretrizes que instituíram a criação de políticas específicas, bem como, a construção de espaços para isolar as pessoas consideradas doentes do restante da população, percebermos que na passagem do século XIX para o XX, a lepra ganhou lugar de destaque entre as doenças que acometiam os brasileiros. O movimento sanitarista representou papel importante durante esse processo,

tempo para marcar questões importantes na compreensão da assistência e do estigma relacionados à lepra.

determinante para promulgação do decreto n.º 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que propôs a reorganização dos serviços de saúde pública no Brasil.

Em relação à lepra, assim como qualquer outra doença, não existia instituições que fosse de responsabilidade do Estado, para o cuidado ou isolamento antes da promulgação do decreto n.º 3.987, de 2 de janeiro de 1920. No estado baiano, por exemplo, o pós-1920 marcou maior responsabilidade no tratamento e cuidado com os doentes, antes desenvolvido por organizações filantrópicas e religiosas. A partir do acordo entre a União e o estado, criou-se a IPLDV, que constituía parte das atribuições do DNSP. A criação de uma Inspetoria específica representou um importante progresso no reconhecimento da lepra como problema sanitário.

Outra questão, também destacada no capítulo dois, é sobre as condições de vida dos doentes, após as reformas de 1920, e como o estado da Bahia se empenhou em seguir as reformas de modernização do sistema sanitário nacional. Porém é observado que o cuidado com a lepra continuou baseado no modelo segregacionista que se apresentava desde o período medieval, especialmente para a população pobre, que não possuía condições de aparelhar suas casas segundo os critérios das autoridades sanitárias nacional. Com Getúlio Vargas na presidência, em 1930, foram instituídas ações que objetivaram a centralização e uniformização das políticas sanitárias, o que se reverteu em um controle maior sobre a assistência aos acometidos pela lepra.

Em 1934, novas mudanças foram introduzidas através da criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social, órgão responsável pela orientação, coordenação e fiscalização de todos os serviços de saúde pública e assistência médico-social, executados pela União ou em cooperação com outros poderes administrativos (MACIEL, 2007, p. 89). Em relação as políticas de combate à lepra, esse momento foi de muita importância, visto que um novo direcionamento foi dado a partir da formulação do 'Plano Nacional de Combate à Lepra', que em acordo com as esferas estaduais e municipais de saúde marcaria uma nova fase de profilaxia da doença. A partir das novas políticas de centralização e uniformização, instituídas no governo Vargas, pós 1930, os leprosário-colônias, os dispensários e os preventórios

formaram o modelo tripé⁷ do sistema de enfrentamento à doença, como parte da política oficial de profilaxia da lepra.

Porém, a manutenção e construção desse aparato demandavam verbas que muitos dos estados não tinham condições de manter. No Brasil, a assistência aos acometidos de qualquer doença, esteve durante muito tempo a cargo dos filantropos, associações religiosas ou leigas e a população em geral. E mesmo com os acordos que instituíam a saúde como uma demanda pública, o Estado continuou dependente de algumas atitudes não estatais, como complemento das ações que objetivava uma melhor atenção médico-hospitalar.

Em relação à lepra, se manteve destaque entre as ações filantrópicas e atingiu o ápice com a federação e ampliação por todo o país das ações promovidas pelas Sociedades de Assistência aos Lázarus no governo varguista, mais especificamente na gestão ministerial de Gustavo Capanema. Na Bahia a Sociedade de Assistência representou importante papel na organização e manutenção do Leprosário D. Rodrigo José de Menezes, que ficou ativo até meados de 1947-48, quando foi inaugurado a Colônia de Águas Claras, também fruto do investimento filantrópico da Sociedade assistencial.

⁷ O modelo tripé fez parte da política oficial de profilaxia da lepra, a organização se baseava entre o leprosário; responsável por abrigar os pacientes já diagnosticados, o preventório; utilizado para internação dos filhos dos infectados, e o dispensário; que servia para cuidar e acompanhar o quadro de saúde das pessoas que manteve contato com os doentes (DAMASCO, 2005).

CAPÍTULO 1

SER LEPROSO EM SALVADOR

1.1 AS DIMENSÕES SOCIAIS DO CORPO LEPROSO

A lepra é uma doença bastante antiga e que ainda carrega traços do forte estigma estabelecido historicamente sobre o corpo doente. Cercada de construções simbólicas, elaboradas principalmente no momento anterior às descobertas da medicina sobre sua patologia, permaneceu rodeada de estigmas que buscavam explicar o “mal biológico”. O médico Salvador de Castro Barbosa (1924), em sua tese de doutoramento⁸, apresentou uma breve introdução histórica sobre a lepra e comentou que, no Brasil, segundo as fontes que consultou, não existiram relatos sobre a doença até a chegada dos portugueses. E, como entre “duas raças” uma não era considerada indemne⁹, é obvio incriminá-la a responsabilidade da introdução:

Certamente aos portugueses caberia esta responsabilidade, mas em sciencia as deduções por mais racionais que sejam não se devem dar absoluto credito, uma vez que não venham acompanhadas de factos comprobatórios, nem se achem alicerçadas em experiências elucidativas.

De 1580 em diante, começou o Brasil a receber a imigração Africana, e provado que os índios não possuíam a lepra, resta saber si os seus vehiculadores foram portugueses ou africanos.

[...]

Não resta a menor duvida, que os negros contribuíram em grande escala, para a disseminação da lepra em nosso paiz, bastando para isso invocar-se-á maneira por que viviam, a completa ausência de hygiene, os excessos de um trabalho exhaustivo, com deficiência de alimentação que podesse compensar as energias gastas no seu constante labutar.

Fortes razões vêm em favor da não responsabilidade delles, na implantação do mal. (BARBOSA, 1924, p. 13).

O estudante concluiu que, por mais que seja reconhecida a contribuição dos africanos na disseminação da doença, ela poderia ser explicada pela situação de desprezo e ausência de higiene durante séculos de escravidão. Contudo, não poderia responsabiliza-los diretamente pela implantação da lepra no país. Como será possível observar, o debate em relação à lepra passaria por questões raciais, especialmente pela vigência da Eugenia, até finais da década de 1930. Zamparoni

⁸ Intitulada *Pequena contribuição ao tratamento da lepra*, apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, em 1924, por Salvador de Castro Barbosa, a fim de obter o grau de Doutor em ciências medico-cirúrgicas.

⁹ Que não sofreu danos.

(2017, p. 15), a partir das análises feitas no contexto Moçambicano colonial, afirma que existem teorias (Gussov, 1989, p.201 e s.; Obregón Torres, 2002, p.120) que apresentam o estigma contemporâneo da lepra como um fenômeno ligado à expansão colonialista do século XIX, quando se descobriu que a lepra era endêmica em áreas-alvo da cobiça colonial, o que a localizou como doença própria de povos “selvagens” e “inferiores”.

A lepra permaneceu, até meados de 1940, sem possibilidades de cura e, por apresentar características biológicas que afligiram diversas populações pelo mundo, foi estabelecida a segregação dos doentes, o que se constituiu a partir de significados de repulsa. A doença afetou diretamente as relações humanas estabelecidas entre as incertezas e o medo do contágio, o que causou reflexos em sua profilaxia e assistência.

Entender a doença como um evento social possibilita perceber as diferentes respostas e os significados que lhes são conferidos pela sociedade. No caso da lepra, por exemplo, a partir das construções morais e simbólicas, se justificaram medidas de exclusão e até mesmo de violência contra todos aqueles identificados como prováveis portadores de um grande mal. No momento em que se rompe a compreensão de uma doença, para além de um fator biológico, e passa a ser classificada também como fenômeno social, entende-se que ela é uma construção e pode ter papel decisivo sobre a dinâmica dos próprios acontecimentos. Dessa forma, é entendida quase sempre como “um elemento de desorganização e de reorganização social” (REVEL; PETER, 1976, p. 144).

Como pontuaram as autoras Nascimento e Carvalho (2004) o estudo sobre as doenças pode ser um instrumento para esclarecimentos sobre as articulações e mudanças sociais:

Desse modo, como objeto de estudo, a doença possibilita o conhecimento sobre estruturas e mudanças sociais, dinâmica demográfica e de deslocamento populacional, reações societárias, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças, processos de construção de identidades individuais, constituição de campos de saber e disciplinas. (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 14).

A lepra foi uma doença que interferiu nos processos de organização e desorganização social e esteve marcada pelas demonstrações físicas da doença¹⁰.

¹⁰ A doença manifesta-se através de sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos que podem levar à suspeição diagnóstica da doença. As alterações neurológicas, quando não diagnosticadas e

A partir das novas descobertas acerca do seu tratamento, em 1940, em virtude do desvendamento sobre as sulfas¹¹ e do aprimoramento no conhecimento da etiologia da enfermidade, houve uma reelaboração em seu significado (FRANCO; NOGUEIRA; MARLOW, 2017, p. 300). As autoras Silveira e Nascimento (2004) apresentaram, a partir da ideia de Rosemberg (1995), a doença como “uma construção intelectual complexa”, pois envolve tanto a natureza biológica, como os sentidos que lhes são atribuídos pelas sociedades. Esses sentidos são evidentes nos documentos brasileiros elaborados até a primeira metade do século XX:

A lepra é considerada mais do que uma Moléstia: um opróbrio, uma condenação por um mal que a vítima não cometeu. Da crença de sua contagiosidade e incurabilidade, nasceu o medo de contraí-la e sofrer todos os males, dentre os quais, possivelmente, o de ficar estigmatizado. Daí a repulsa que ela causa e o rigor observado para com êsses réprobos sociais. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 65).

Classificada como doença incurável e representada por forte estigma, a lepra sustentou questões importantes para sua definição no imaginário social. Como discute Sontag (2007, p. 12), uma enfermidade que não é conhecida, tida como mistério e temida, será considerada moralmente, se não literalmente, contagiosa. E buscando compreender essa denominação e estigma construído em torno da doença, considerada mais do que uma moléstia, é importante analisar a trajetória da estigmatização do termo “lepra”, que surgiu com a tradução da Bíblia para o latim, e estabeleceu a doença em interpretações “[...] como algo degradante, sujo e impuro, e como tal se espalhou por todo o mundo cristão” (MONTEIRO, 2012, p. 88). Desse modo, o imaginário cristão personificou os leprosos como sujeitos pecadores, o “mal biológico passou a ser visto como uma forma de desígnio divino, afligindo o corpo infrator, [...] e que por meio do arrependimento viria a cura” (MONTEIRO, 2012, p. 89).

Após ser excluído pelo pecado, evidente em suas deformidades físicas, o doente também passou a ser visto pela Igreja como um caminho que testava a compaixão e caridade. Assim, se assumiu uma discussão ambivalente a respeito do

tratadas adequadamente, podem causar incapacidades físicas que podem evoluir para deformidades. Disponível: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf >.

¹¹ Sulfa é a designação de uma família de fármacos do tipo sulfanilamida. Em meados da década de 1940 inicia-se o emprego de quimioterápicos como a sulfona, o que se deve a um momento de confirmação de tratamento químico para doenças epidêmicas ou endêmicas. A sulfona começou a ser empregada no tratamento da lepra e, acabou se transformando no primeiro medicamento eficaz no combate à doença. Cf. DAMASCO, 2005.

imaginário sobre o que era ser leproso, apresentado, ora como impuro e digno de exclusão, ora digno de solidariedade e piedade:

Por um lado, tinha-se a doença atrelada à ideia de pecado, impureza, punição de Deus; e nesta o doente aparecia, com frequência, associado com a criminalidade e o mal. Por outro lado, constata-se o aparecimento de postura diametralmente oposta: nela, o leproso aparecia como objeto de compaixão e a incidência da doença como demonstração de santidade [...], e que o sofrimento que os afligia aqui na terra já os habilitaria para os céus. (MONTEIRO, 2012, p. 93).

A ideia sobre a doença passou a transitar entre dois campos distintos: um era a concepção da existência do doente como portador de um grande mal e, o outro, mostrava o leproso como instrumento utilizado por Deus para inspirar na coletividade cristã, a caridade (MONTEIRO, 2012). Resquícios da segunda característica foram encontrados no discurso de Isaiás Alves¹², durante o encerramento da Campanha de Solidariedade¹³ no ano de 1939, em Salvador:

A campanha que hoje vai terminar teve também essa virtude de fecundação das almas. Tirou de casa em casa, um pouco de recursos, de auxílios e de economias em benefício dos lázaros, mas deixou também, de casa em casa, o renascimento espiritual, pela idéia e pelo sentimento altamente cristão do melhor carinho pelos semelhantes, de maior solidariedade entre os homens de mais perfeito entrelaçamento de ideais e de aspirações. (ALVES, 1939, p. 140).

Percebemos que a prática da caridade e acolhimento aos doentes, influenciadas pelo costume cristão, se manifestava nas ações sociais e se manteve por muito tempo. Alves (1939) insistiu, em sua fala, que as doações foram importantes tanto para os doadores, que exerciam suas funções cristãs, como para os leprosos: “[...] que vão receber o conforto do bem que suaviza as máguas, que assegura a fé, e que mantém na alma do penitente a esperança do lenitivo celeste aos seus tormentos sôbre a terra” (ALVES, 1939, p. 144). E assim, sofreriam menos tendo a oportunidade de viver em ambientes que ofereceriam boas condições e o

¹² Isaiás Alves de Almeida (1888-1968) nasceu na cidade de Santo Antônio de Jesus. Fez o curso primário em sua terra natal, preparando-se, na Capital, no Colégio carneiro Ribeiro, para ingressar na Faculdade Livre de Direito, em que obteve, em 1910, o diploma de bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais (Direito). Integrou o Conselho Superior do Ensino, criado pelo Governo do Estado da Bahia, foi Diretor Geral da Instrução do Estado da Bahia, Sub-Diretor técnico da instrução Pública, na Capital Federal, Assistente Técnico do Departamento Nacional de Educação, Secretário de Educação e Saúde do Estado da Bahia, entre outras funções e cargos exercidos, além de membro do Conselho Nacional de Educação (1931 a 1958). Disponível em: <http://www.academiadeeducacao.org.br/pat_isaiasalves.htm>. Acesso em: 25 abr. 2018.

¹³ As Campanhas de Solidariedade foram eventos organizados pelas Sociedades de Assistência aos Filhos dos Lázaros, aconteceu em diferentes lugares pelo Brasil e tinha como foco principal, arrecadar verbas para a construção ou manutenção de preventórios e leprosários.

mínimo de conforto para pessoas que já apresentavam seus destinos atravessados pela tristeza e exclusão social.

As metáforas sobre a lepra foram se constituindo ao longo do tempo, diante de diferentes representações e enraizada de tal forma que atravessou todo o período da Idade Média e continuou apresentando resquícios durante o século XX, Segundo Cabral (2013, p. 27), A medicina medieval associava a origem da lepra a uma diversidade de fatores, num complexo quadro de causas que incluía alimentação, clima, topografia e predisposição. Em 1927, na tese de doutoramento¹⁴ defendida pelo médico Absalão Pereira de Almeida, é possível perceber como os elementos culturais, políticos e sociais produziram concepções a respeito da lepra. Assim, compreender como o biológico e os impactos morais estiveram relacionados à doença, isolamento e diagnóstico:

De qualquer ponto que se encare a lepra, vemol-a a abater physica e moralmente sua victima. Imprime-lhe uma physionomia brutal e horrenda, desenha-lhe no rosto a mascara da ferocidade, grava no pensamento do leproso as ideias mais macabras, os sentimentos mais bestiaes, quando não o torna impassivel, macambuzio, pensativo e cobarde. (ALMEIDA, 1927, p. 5).

Em alguns casos, após ser identificado o diagnóstico positivo, o temor e escárnio do sujeito através do olhar social, sustentado pelo estigma constituído desde tempos mais antigos, causava o afastamento do doente leproso sem necessidade dos instrumentos de repressão para o isolamento. Mesmo depois do desenvolvimento dos saberes médicos e da evolução terapêutica, as ideias associadas a determinadas representações sociais e concepções morais continuaram.

A construção histórica e social que ligou a lepra às manifestações de pecado, também provocou atitudes de discriminação e exclusão, o que refletiu no afastamento forçado para a margem do convívio social muitos daqueles considerados leproso. Houve momentos em que o doente se auto isolava, situação produzida pela construção estabelecida em torno do medo do estigma que viria a sofrer. Essa atitude de isolamento passou a ganhar forças à medida em que foram se estabelecendo políticas. No Brasil, por exemplo, as ações e intervenções para o

¹⁴ Tese defendida na Faculdade de Medicina da Bahia, pelo estudante Absalão Pereira de Almeida, em 30 de outubro de 1927, intitulada *Estado actual da therapeutica da lepra*, a fim de obter o grau de doutor em ciências médico-cirúrgicas.

controle da lepra representam, na historiografia, o destaque que a doença passou a receber após ser identificada como problema sanitário.

Anterior à criação e organização das políticas sanitárias de 1920, não existiram códigos ou leis que determinassem o controle da lepra ou de qualquer outra doença de forma sistêmica em todo o país. Havia ações esporádicas, realizadas localmente e as determinações nem sempre eram cumpridas. Na Bahia do período colonial, a estigmatização e a falta de políticas públicas tornou a exclusão principal profilaxia da lepra e de outras doenças. Em uma publicação no Tratado de Leprologia de 1950, foi apresentado que no período colonial existiam muitos leprosos na cidade de Salvador e, como não havia uma estrutura sanitária, essas pessoas permaneciam desassistidas pelo estado, estigmatizadas pela influência das religiões cristãs e confinadas a situações criadas por essas atitudes:

Em razão das circunstâncias creadas para o doente de lepra evitado ou repellido pelos sãos e, não raras vêzes até pelos seus familiares, e na impossibilidade de prover à sua subsistência com o seu próprio trabalho, que lhes era geralmente defeso, recorriam, os hansenianos, habitualmente, à mendicidade. São freqüentíssimas as referências aos leprosos mendigos no Brasil. Pode-se dizer que em quase todos os Estados e em tôdas as épocas, surgia alarme tôdas as vêzes que um leproso aparecia esmolando e parece mesmo, que a simples presença desses desgraçados era o bastante para se exagerar seu número pelo pavor que eles causavam. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROLOGIA, 1950, p. 68).

Circunstância que gerou outros problemas de impacto social e influenciou em situações de vulnerabilidade, como, por exemplo, no impedimento de doentes que não conseguiram emprego, ou até mesmo foram excluídos do círculo familiar. O médico Octávio Torres apontou essas situações como explicação para o início de atitudes de cuidado com esses doentes: “Daí provinham a maioria das medidas tomadas para abrigá-los, ou outras disposições mais enérgicas” (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROLOGIA, 1950, p. 68), e assim foi constituindo-se a necessidade do isolamento compulsório no Brasil. No caso da Bahia, Souza Araújo (1937, p. 126-127) apresentou, em seu mapeamento de organizações anti-leprosas, que desde 1762 existia “[...] um pequeno lazareto que por muitos annos recolhia os morpheticos que vagavam pelas ruas e os que vinham d’Africa”. A partir desse relato é possível compreender que pessoas pobres e negras foram os primeiros perfis de doentes isolados na Bahia.

A assistência aos doentes baianos, em um período que não se considerava necessidade do estado amparar a saúde da população, ficou a cargo,

principalmente, das associações religiosas e atitudes filantrópicas. Como na organização do Hospital dos Lázaros, em 1787, pelo Governador Cap. General D. Rodrigo José de Menezes: “adquirida por elle com dinheiros angariados de esmolas” (ARAUJO, 1937, p. 127). Essa ação foi responsável pelo encerramento das atividades do pequeno lazareto, construído em 1762. Esse estabelecimento ficaria conhecido como Hospital D. Rodrigo José de Menezes, em homenagem ao seu fundador:

Em 1762, o Conde dos Arcos projetou construir na Bahia, um Asilo melhor do que o que alí encontrara, entretanto, não o conseguiu por falta de meios. (72) Só mais tarde, em 1784, o Governador General D. RODRIGO JOSÉ DE MENEZES, que era filho do Marquês de Marialva, fidalgo da Casa de Portugal, removeu os leprosos que alí encontrara, para a fortaleza do Barbado, e dalí fê-los internar a 21 de Agôsto de 1787, no Convento dos Jesuitas, vago pela expulsão dos mesmos e arrematado em hasta pública por seis contos, quantia essa, conseguida por êle com esmolas. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 81).

O quadro da falta de assistência por parte do Estado permaneceu inalterado até 1920, período marcado pela organização dos serviços sanitários que criou a IPLDV, como parte das atribuições do DNSP¹⁵. Anterior às novas políticas sanitárias, propostas pelo DNSP, o isolamento de doentes esteve associado à preocupação em manter a sociedade sã, livre do contato com as principais vias de transmissão, que era o sujeito leproso, e deixou de lado ofertas que garantissem alguma situação de bem estar ou tratamento para o doente. Com Getúlio Vargas na presidência, em 1930, foram instituídas ações que objetivaram a centralização e uniformização das políticas sanitárias, o que se reverteu em um controle maior sobre o combate e assistência aos acometidos da lepra. Porém, mesmo com o avanço dos saberes médicos e a institucionalização de políticas sanitárias, a lepra continuava impregnada de interpretações metafóricas.

A partir das crenças, símbolos e representações, se construiu uma rede de informações que, entre o ponto de vista biológico e os esquemas interpretativos sociais, reproduziu uma compreensão geral a respeito da doença, produzindo o convencimento, até mesmo dos próprios doentes, sobre a importância de proteger os sãos de uma moléstia cujos agentes etiológicos se desconheciam. Absalão Almeida (1927, p. 21) descreveu em sua tese, a partir do avanço da medicina do

¹⁵ A discussão sobre o processo de reestruturação e modernização das políticas sanitárias, pós 1920, será aprofundada no segundo capítulo dessa pesquisa.

século XX, sobre as novas descobertas terapêuticas e demonstrou entusiasmo com a possibilidade de cura: “[...] experimentações foram se sucedendo, apesar das trevas densas que se atolhavam no caminho, até que nos nossos dias não é utopia nem chimera a curabilidade do mal de Hansen” (1927, p. 22). A possibilidade de cura foi colocada pelo estudante como essencial na quebra dos estigmas, o que consecutivamente causaria impactos positivos na vida social do leproso, vítima das teorias de uma doença constituída como incurável e que apresentava fortes características físicas. Situações que refletiam diretamente no impacto moral e que influenciou na ideia da necessidade de exclusão social do sujeito considerado leproso:

A lepra, pesar dos progressos da sciencia, que já desanuviou sua prophylaxia; estudou seu agente responsavel; fez enfim sua biologia, ainda continua como a mais terrivel das molestias, a mais temerosa e horripilante de quantas entidades mórbidas, pelo cunho que imprime no physico e na moral do doente. (ALMEIDA, 1927, p. 4).

Dilma Cabral (2013, p. 46-47) avaliou as alterações da lepra, a partir dos paradigmas científicos, quer seja no contexto pré-pastoriano ou sob a medicina bacteriológica¹⁶. Argumentou que a partir de cada etapa da história da doença foram adicionados novos elementos ao material simbólico precedente e, assim, o significado social da lepra esteve alterado e apresentado como uma categoria que não se manteve permanente ou presa a uma percepção unívoca.

Perceber as ações de assistência e combate a lepra no processo histórico, leva a compreender a importância que a doença estabeleceu em meio as relações sociais e políticas. Como apresenta Dilma Cabral (2013, p. 34), as “políticas e o consequente investimento material na sua execução indicam o peso, real e simbólico, de que determinada doença reveste-se socialmente”, e para entender é necessário localizar no centro da análise a separação entre população doente e população sã. A partir da compreensão de que a lepra era uma doença hereditária, transmitida geneticamente de pais a filhos, por mais que não houvesse consenso

¹⁶ Antes da bacteriologia as doenças eram explicadas a partir do conceito humoral, que justificava um sujeito doente a partir da combinação de diferentes elementos, como o clima, alimentação, topografia, estações do ano ou qualidade do ar (CABRAL, 2006 p. 148). E a partir do avanço da medicina e das pesquisas que procuravam relacionar microrganismos e doenças, com destaque as pesquisas de Pasteur, a bacteriologia ganhou evidencia e desempenhou papel fundamental. Sendo possível compreender que as doenças são causadas por agentes diferentes (bactérias, vírus) e que cada uma pode ser transmitida de forma diferente, Isso facilitou, por exemplo, a diferenciação da lepra antes confundida com várias dermatoses e doenças venéreas, especialmente a sífilis, sendo muitas vezes considerada uma variedade ou um diferente estágio dessa enfermidade (CABRAL, 2013, p. 76).

entre os médicos em torno de sua etiologia, o plano norueguês¹⁷ foi forjado e apresentado como exemplo de destaque. E assim, consolidou o isolamento como principal ação de controle da lepra, a partir de concepções que abarcaram “importantes elementos da simbologia política do país, ao agregar questão sanitária e nacionalismo político” (CABRAL, 2013, p. 34). O isolamento passou a ser justificado por argumentos que apresentavam o doente isolado como necessário para o bem da população, ideia que foi ganhando força e também passou a ser reproduzida no Brasil.

Após as descobertas de Amauer Hansen sobre o bacilo da lepra, em meados de 1874, um isolamento mais rigoroso foi imposto e justificado com a argumentação de que o direito da comunidade estava acima do direito do indivíduo. No Brasil, pós-1920, com a instituição de políticas sanitárias que objetivaram melhorar o atendimento hospitalar no país, a lepra tornou-se uma questão sanitária nacional com ações de uniformização para todos os estados. O século XX foi de extrema importância nas transformações da assistência aos leproso brasileiros, iniciadas com a IPLDV e instituídas de forma mais intensa com as políticas sanitárias do pós 1930, período que delineou a institucionalização de ações pautadas na notificação obrigatória, no exame periódico dos comunicantes e no isolamento do leproso (FRANCO; MARLOW; NOGUEIRA, 2017, p. 297).

1.2 A CIDADE DE SALVADOR E O CONTEXTO SANITÁRIO DO INÍCIO DO SÉCULO XX

Salvador, nas primeiras décadas do século XX, era uma cidade com altas taxas de morbidade e mortalidade. Doenças como a disenteria, a difteria, a febre tifoide, o beribéri, a febre amarela, a peste, a malária, a tuberculose, entre outras, acometiam os soteropolitanos com frequência, em alguns casos, assumindo caráter quase endêmico (SOUZA, 2009, p. 52). A assistência médico-hospitalar não era eficaz no período e era oferecida basicamente por meio das instalações da Santa Casa de Misericórdia da cidade, associação responsável desde as primeiras ações de assistência à saúde no período colonial. Segundo Chaves (2013, p. 84), durante

¹⁷ A luta contra a lepra na Noruega foi prontamente assumida pelo Estado e adquiriu o status de cruzada pela melhoria das condições de vida da população camponesa, entrelaçando à doença o discurso nacionalista e a construção simbólica da nação (CABRAL, 2013, p. 34).

a Idade Moderna a assistência hospitalar não era vista como dever ou obrigação do estado, estando a cargo dessa função as associações religiosas e filantrópicas, cujo objetivo era o de proporcionar auxílio espiritual e material aos necessitados. Essas instituições constituíram papel importante e se mantiveram no período de organização das políticas públicas associadas à complementação das ações do estado.

A crise financeira enfrentada ao longo da Primeira República também contribuiu para que a cidade de Salvador apresentasse uma infraestrutura precária. Situação que se arrastou até meados de 1925, ano em que os serviços de água, esgotos e instrução primária passaram para a esfera estadual. Segundo Santos (2001, p. 99), a situação enfrentada pelos moradores da cidade, principalmente os que pertenciam às camadas populares, proporcionou uma inquietação generalizada produzida pelas difíceis condições de vida da população. Casos de grandes surtos epidêmicos, como o da gripe espanhola que teve seu ápice em 1918, serviram de instrumento para grupos políticos que disputavam o poder no estado (SOUZA, 2005, p. 95).

Enquanto o estado se via sem recursos financeiros para executar ou consolidar políticas públicas, os imóveis mal conservados e instalações precárias favoreciam a propagação de moléstias, “as doenças contagiosas se espalhavam rapidamente por todo o quarteirão, pelo bairro, atingindo, finalmente, toda a cidade” (SOUZA, 2009, p. 42). A partir de um recorte de classe, é possível compreender como as enfermidades agiam de forma distinta entre a população. Segundo Christiane Souza (2009), nas primeiras décadas do século XX, a população pobre de Salvador estava em situação propensa ao adoecimento. Questões como o saneamento, o desemprego ou as longas e pesadas jornadas de trabalho, a corrosão salarial, a escassez e o alto preço dos gêneros de primeira necessidade, a insalubridade e a superlotação das moradias, foram preponderantes na disseminação do grande número de doenças na cidade.

Até então, a hospitalização não era regra, os membros da elite da sociedade eram tratados em casa, sob supervisão do médico da família. O hospital era o lugar dos que não tinham recursos para tratar da própria saúde ou dos que colocavam a saúde da população em risco (SOUZA, 2013, p. 61). Mas dentro de um contexto de crise econômica, fome, precárias condições de saneamento e o grande número de

mortes e adoecimento entre os trabalhadores, começaram a ser reivindicadas atitudes dos governantes, principalmente, quando essa situação começou a atingir as classes mais altas da sociedade soteropolitana. Como apresentou Souza (2005, p. 79): “Nessas circunstâncias, era preciso preservar a cidade, local por excelência das transações comerciais, pois qualquer ameaça aos negócios repercutiria nos setores dominantes da sociedade baiana”.

Com a mobilização dos diferentes segmentos da sociedade e a contribuição do movimento sanitarista, na segunda década do século XX, as doenças foram percebidas como sinais de preocupação para a população brasileira. A partir de manifestações públicas e divulgação de informações, pelos sanitaristas, sobre a realidade das pessoas que viviam afastadas das capitais do Brasil e principalmente nos sertões, foi possível forjar uma “consciência sanitária” entre as elites (HOCHMAN, 1998). Assim, foi possível o surgimento das primeiras políticas de saúde e saneamento nacional, além da cobrança em relação às instituições políticas para o aumento da responsabilidade do poder público em nível federal, visto que a maioria dos estados não tinha condições técnicas e financeiras para implantar políticas de saneamento e saúde pública (HOCHMAN, 1998). Em um texto publicado no periódico *Gazeta Médica da Bahia*¹⁸, em 1920, o médico Alvaro de Carvalho abordou a desconfortável situação de uma intervenção federal no estado da Bahia, que teve o objetivo de combater o surto de febre amarela:

O acto do governo federal, decretando a intervenção sanitaria contra a febre amarella, na Bahia, é desses que se recebem com a ansia e a surpresa das coisas que acontecem, até ontem julgadas impossiveis. Temos vivido sempre, no particular, dançando a dança do S. Guido. Os governos estaduaes, que nunca podem (coitados!) supportar os pesados encargos de um serviço sanitário sério, tambem não querem, por se julgarem diminuídos, pedir, abertamente, socorro ao governo federal. (CARVALHO, 1920, p. 31).

O texto deixou evidente o contexto de delicada relação com a interferência federal. Existiu uma relutância em assumir a necessidade de tal situação. Na continuação do texto, Carvalho (1920, p. 31) apresentou críticas às tentativas anteriores de combate as enfermidades e apontou, como reflexo das políticas falhas, o aumento das doenças no estado: “Dahi este resultado macabro para a saúde

¹⁸ Primeira revista médica brasileira, estritamente voltada às publicações científicas, foi a *Gazeta Médica da Bahia* (GMBahia), tendo entre os seus fundadores sete ilustres médicos da cidade da Bahia e o estudante de Medicina Antonio Pacifico Pereira. A revista circulou regularmente entre 1866 e 1934, depois entre 1966 e 1972, com um número avulso em 1976. Disponível em: < <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia> >

pública bahiana. As nossas auctoridades sanitarias cortam sempre o nó das nossas epidemias e endemias com a espada dos decretos”. Comemorando o fim das políticas de decretos que buscavam solucionar problemas relacionados a saúde, ele encerrou o texto demonstrando satisfação com as novas mudanças sanitárias propostas na organização da saúde pública de 1920.

As ações sanitárias do estado e o entendimento das divisões entre público-privado foram alterados a partir das novas reformas propostas em 1920. O interesse no desenvolvimento sanitário, articulado entre os estados e a União, levou a Bahia a firmar acordo em 1921, sendo renovado, em 1924, por mais cinco anos. No processo de modernização da saúde pública baiana que visava a organização dentro do padrão de centralização e uniformização nacional, foram criados, em 1925, a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública e o Código Sanitário da Bahia (BATISTA, 2017, p. 30). Havia apenas oito anos que o último processo de reorganização dos serviços de higiene tinha sido implantado. As novas mudanças sanitárias, dentro de curto período, demonstram uma intensificação das iniciativas referentes à melhoria da saúde, na tentativa de alterar a realidade sanitária baiana (BATISTA, 2017, p. 81).

A investida federal iniciada com as políticas sanitárias nacionais de 1920 se intensificou a partir da Era Vargas, pós 1930, inaugurando um momento novo de atenção no campo da saúde e educação, com objetivo de prosseguir o modelo de saúde centralizada e uniformizada em todos os estados da federação (SANTOS, 2006, p. 87). Como apresentou Isaias Alves (1939, p. 13-14), Getúlio Vargas foi responsável por “[...] trazer à vida brasileira uma política de trabalho construtivo, de organização, de sistematização e de disciplina, pondo têrmo a anarquia dos paridos políticos que enfraqueciam, que dividiam, que desorganizavam”. Demonstrando total satisfação com as novas organizações políticas, ele continua:

Eu me sinto perfeitamente a gôsto para dizer que o sr. Presidente Getúlio Vargas transformou o caos liberal do Brasil num novo cosmos que se está criando afim de absorver o estrangeiro, [...] de disciplinar o serviço das estradas de ferro, de reorganizar o exército, de modificar o regimen político, de engrandecer o ensino, de metodizar a educação superior, de firmar os princípios da unidade e garantir a integridade nacional enfim, para fazer do Brasil, em vez de um conjunto de retalhos estaduais, uma nação forte e respeitada pelas outras nações. (ALVES, 1939, p. 12-13).

O Estado Novo foi apresentado, em sua argumentação, como mecanismo para mostrar que o Brasil se tornaria uma nação forte e respeitada pelas outras nações, principalmente, a partir de uma modificação do regime político. A Primeira República havia sido marcada pela estrutura política que centralizava o poder entre os partidos políticos de São Paulo e Minas Gerais, e com o movimento revolucionário de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder, alterou essa situação e foi estabelecida uma nova organização política. Na área da saúde, especificamente na assistência e combate a lepra, a ascensão de Vargas marcou um momento de ações sistêmicas mais efetivas pelo Estado. Segundo Santos (2003, p. 422) a organização federal consistiu em três pontos principais: a pesquisa e censo de leprosos em todo o país; a administração dos serviços, com destaque para a importância da profilaxia e da terapêutica; a vigilância sanitária e o armamento anti-leproso que se constituía pelos leprosários, dispensários, preventórios e órgãos de educação sanitária das massas.

No pós-1930, os leprosário-colônias, os dispensários e os preventórios formaram o modelo tripé do sistema de enfrentamento à doença. Como parte da política oficial de profilaxia da lepra, o leprosário abrigava os pacientes já diagnosticados, o preventório era utilizado para internação dos filhos dos infectados e o dispensário para cuidar e acompanhar o quadro de saúde das pessoas que manteve contato com os doentes (DAMASCO, 2005). Porém, por mais que houvesse uma política que institucionalizava e orientava as ações de combate à lepra, não existiu garantia para que todos os estados seguissem as recomendações. Em alguns casos a situação era bastante complexa, pois, a instrumentalização e a construção dos espaços aconselhados pelo “modelo tripé” envolveram gastos e poucos tiveram condições de arcar.

No caso da Bahia, por exemplo, não existiu dispensário que cuidava especificamente de doentes leprosos, Souza Araujo (1937, p. 128) em sua pesquisa sobre as organizações anti-leprosas do Brasil, comentou: “Infelizmente as autoridades sanitarias bahianas não fallam na criação do Dispensário anti-leproso da capital”, e concluiu ser essa demanda uma das medidas indispensáveis no controle da doença. Porém, a falta do setor específico não podia ser apontada como deficiência nas ações, ou omissão de compromisso com a proposta de saúde, pois,

mesmo não tendo seguido a risca a política sanitária, a questão ficou a cargo do dispensário que atendia doentes de sífilis, previsto no art. 47 do código sanitário:

realizará o tratamento nos dispensarios, dos doentes de syphilis e enfermidades venéreas, atendendo principalmente aos portadores de lesões contagiosas e ministrando-lhes os conselhos necessarios para uma cura definitiva. (BAHIA, 1925, p. 22).

A implementação de ações, durante o período em que Vargas esteve na presidência, reorganizou toda a estrutura sanitária. Segundo Batista (2017, p. 202), por mais que a Bahia tenha enfrentado processos descontínuos em alguns momentos, “o processo centralizador do pós-30, especificamente com o Estado Novo, foi fundamental porque, através dele, estruturas e procedimentos ganharam uma organização sistêmica e centralizada”.

1.3 ENTRE A CURA DO BIOLÓGICO E A PERPETUAÇÃO DO ESTIGMA SOCIAL

A partir do impacto de transformações e reações sociais, causados por determinada doença, as ações do cotidiano político, econômico, social e cultural são capazes de revelar características que podem definir a compreensão de uma sociedade. Os significados adquiridos pela enfermidade emergem do contexto humano em que ela ocorre. Ao analisar essas questões, Silveira e Nascimento (2004, p. 29) apresentaram as enfermidades como elementos que têm dimensões sociais, e considerar “a saúde e a doença como realidades orgânicas independentes tanto do espaço e do tempo, quanto das características dos indivíduos e dos grupos atingidos por uma doença, é restringi-las à leitura exclusiva do saber médico”. Sendo assim, a situação do corpo saudável ou doente deve ser entendida como um fenômeno que ultrapassa a realidade orgânica.

A relação entre o biológico e o social deve ser preponderante na análise de uma doença, pois, “ao se nominar um fenômeno como doença, é atribuído um sentido a ele. Dessa forma, a dor e os sintomas são definidos, dotados de significação e socialmente rotulados” (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004, p. 29). Na análise sobre o impacto causado pelos nomes e rótulos das doenças, Sontag (2007) discute a importância de retificar o conceito da enfermidade e desmistificá-lo, ao invés de tentar ocultar ou colocar a doença como tabu. Apresentando as implicações

sociais de uma pessoa diagnosticada com câncer, por exemplo, Sontag (2007, p. 14) aponta que “pode ser um escândalo que põe em risco a vida amorosa, as chances de uma promoção ou mesmo o emprego”.

Relação que não esteve distante da realidade de pessoas diagnosticadas com lepra em Salvador. Em sua tese de doutoramento, Salvador de Castro Barbosa (1924, p.24) comparou os impactos que a lepra e a tuberculose causavam e concluiu que, devido às deformidades que a lepra produzia; “obrigando as suas victimas a trazerem esteriotypadas no rosto os seus terriveis estragos”, tornou-a muito mais temida, se comparada com a tuberculose, no período em que ainda era considerada incurável:

Uma doença deformante, é considerada duas vezes molestia, e, quando a face de traços tão perfeitos se deturpa por meio duma requintada maldade, a enfermidade parece ainda mais tristemente feroz.

Si não entrasse em jogo a influencia da esthetica, não saberiamos comprehender o modo tão differente pelo qual o homem encara a lepra e a tuberculose.

Fossem as transformações que esta opera no pulmão, reflectidas no rosto, elle há seculos ja, teria iniciado contra essa molestia, uma campanha intensiva fundamentada no mesmo rigor social que em outras epocas justificou a lucta contra a lepra. (BARBOSA, 1924, p. 24).

A partir de características metafóricas, que associavam a lepra ao pecado, à impureza ou a uma vida desregrada, se estabeleceu uma teia de valores que localizou a enfermidade como algo que desmoralizava o sujeito doente e sustentava uma ideia de punição. Em alguns casos, o doente não era tratado como um ser digno de piedade. A doença era o símbolo que demonstrava a culpa que aquele sujeito deveria carregar. Outra questão que também implicou em forte destaque para a desmoralização desse doente está relacionada às deformidades físicas provocadas pelo estágio mais avançado da doença. Como descreveu Absalão Almeida (1927, p. 11): “Estes sintomas variam segundo a forma clinica da lepra, ao contrario dos symptomas precoces que são mais ou menos communs para qualquer uma delas”. Uma outra questão, não menos importante e com responsabilidade, que definiu a importância da exclusão dos doentes, foi o seu caráter de incurabilidade. Como discute Sontag (2004, p. 12): “Qualquer enfermidade tida como um mistério e temida de modo bastante incisivo será considerada moralmente, se não literalmente, contagiosa”. A lepra esteve como uma dessas enfermidades, revestida de características sociais e sujeita a uma variedade de explicações metafóricas para sua etiologia.

Explicações que, a partir do conhecimento sobre as possíveis vias de transmissão, também passaram a fixar normas de comportamento. Por exemplo, as orientações divulgadas em uma tese de doutoramento que julgava o simples “habito de contar dinheiro e folhear livros, humedecendo os dedos com saliva (cousa commum), não deve ser praticado pelo perigo contagiante que oferece” (MARQUES, 1924, p. 62). Segundo as conclusões do médico Arthur Nunes Marques (1924, p. 59) em sua tese de doutoramento¹⁹, as normas, não deveriam se estender apenas aos doentes, elas também se referiam aos sãos:

Quando um individuo são tiver de tratar com outro attingido pela lepra, deve observar (discretamente) algumas regras, que lhe poderão ser uteis de alguma sorte. Durante a conversação, deve o individuo são conservar certa distancia, mais ou menos, a coberto dos perdigotos do lazaro, porque no processo da eliminação bacillar pela bocca, a contaminação pode se fazer. (MARQUES, 1924, p.62).

Arthur Nunes Marques (1924), também comentou que a situação sobre a compreensão dos males, e da maneira que se devia combater o mal de lázaro, só passaria a se estabelecer a partir das instruções estabelecidas pelo governo:

E, para que um governo obtenha de um povo boa vontade indispensavel ao progresso, é necessario que este mesmo povo tenha relativa instrucção, ou venha a ser um gráo de desenvolvimento intellectual, capaz de entender e comprehender os dictames esclarecidos dos departamentos officiaes. (p. 39-40).

Como é possível perceber, os profissionais da saúde entendiam que não era apenas a exclusão do doente que diminuiria os riscos de novas infecções. Era necessário um trabalho de educação e orientação de toda a população brasileira. Porém, para que essa questão fosse entendida, seria necessário seguir as orientações de criação dos censos, que funcionaria como instrumento de controle dos números e avanço da moléstia, bem como, a divulgação sobre os riscos instituídos pela doença em todo o território nacional. O médico Durval Moreira da Silva Lima (1926) apresentou, em sua tese²⁰, alguns fatos observados em Salvador, durante as primeiras décadas do século XX. O estudante apontou que sua intenção

¹⁹ Tese defendida na Faculdade de Medicina da Bahia, pelo estudante Arthur Nunes Marques, em 30 de outubro de 1924, intitulada *da PROPHYLAXIA DA LEPROSA*. A fim de obter o grau de doutor em ciências médico-cirúrgicas.

²⁰ Tese defendida na Faculdade de Medicina da Bahia pelo médico Durval Moreira da Silva Lima, em 30 de outubro de 1926, intitulada *DA LEPROSA NA BAHIA (NOTAS E FACTOS)*. A fim de obter o grau de doutor em ciências médico-cirúrgicas.

era divulgar parte da realidade, já que muitos acreditavam que os leprosos da Capital se encontravam internados no Leprosário Rodrigo de Menezes:

Muitos do que aqui citamos apresentam-se nos mesmos lugares que frequentamos, bonds, igrejas, etc.

Há cerca de uns 2 mezes, constantemente encontrávamos á tarde, em um dos bonds procedentes da Barra, um joven leproso, [...] acompanhado de uma normalista, abraçados no mais intimo colloquio, de regresso do Pharol, onde diariamente permaneciam juntos algumas horas. Este leproso frequentava os nossos salões e casas de diversões e era empregado em uma casa comercial, em cuja o balcão attendia a freguezes.

[...]

Ha algum tempo tivemos oportunidade de presenciar um facto que, sobremodo, nos chocou:

[...] aguardando um bond. Quando este se aproximava, a doente coçou com a mão direita um leproma ulcerado, que pouco antes viramos no seu braço esquerdo e com esta mão, segurou o balaustre do bond, em que tantas outras pessoas deveriam depois pegar, com a mão, provavelmente humidecida pela secreção da ulcera em que tocara e de certo cheia de bacillus, passou o dinheiro ao condutor, que por sua vez a outros o entregou. (LIMA, 1926, p. 10-11).

A divulgação das informações sobre doentes na capital e o detalhamento das ações que acreditava-se contribuir para a transmissão, marcam os parágrafos apresentados acima, tornando evidente o posicionamento do estudante sobre a necessidade do isolamento compulsório de todos os doentes encontrados na cidade de Salvador. Segundo Tronca (2000, p. 11); “O discurso médico-científico sobre as doenças tem sido uma das armas mais empregadas com o intuito de colocar nosso medo ancestral num registro controlável”. E os novos conhecimentos sobre a lepra, no século XX, fizeram a medicina reelaborar e, em alguns momentos, até mesmo reforçar, alguns sentidos sociais que a doença apresentava.

Diante da compreensão sobre a importância de consequências produzidas pelos sintomas neurológicos, que podem causar incapacidades físicas ao doente leproso, e os sintomas dermatológicos, que ocasionam manchas na pele e alteração de sensibilidade. É possível perceber a complexa função cultural das representações sobre a doença e o doente, principalmente, a partir do momento em que o discurso científico reforçava o perigo do contágio. Como afirmou Almeida (1926), sobre a indiferença no perigo de contaminação representado pela lepra, que:

Não respeita climas: alastra-se tanto sobre os povos das regiões equatoriais, onde o sol é inclemente, como sobre os habitantes das regiões frigiditas da Groelandia e da Islandia.

[...]

É-lhe indifferente a condição social, a raça, o gráo de civilização e o costume e se parece ter predilecções, pelas raças inferiores e pelos

desprotegidos da fortuna, tem que se attender mais às condições de hygiene e miseria do que propriamente a uma constituição mais propicia ao desenvolvimento do agente responsavel' (Aguiar Pupo). (ALMEIDA, 1926, p. 4).

A intenção de utilizar recortes geográficos e de classe para demonstrar que a lepra poderia ser transmitida para qualquer pessoa, carregou intenções. Segundo Souza (2005), o discurso construído acerca da “democracia da doença” é intencional e visa mobilizar os diferentes segmentos da sociedade. Outra questão que também foi bastante explorada pela medicina, e se torna evidente quando Tronca (2000) discute sobre as manobras discursivas que constroem e reconstroem as imagens da doença, pode ser entendida a partir da questão sobre a incubação dos bacilos de Hansen, como podemos observar:

Na lepra não ha propriamente um periodo de incubação; ha antes um periodo de infecção e um periodo de silencio do germe, podendo durar vários annos, no mínimo dous no máximo 15. Não são raros os casos de 30 a mais annos. Talvez seja por esse motivo negada a contagiosidade do mal de Lazaro. E por isso mesmo attribua-se a lepra menos contagiosa que a tuberculose, sabendo-se que se de uma parte os tuberculosos perambulam livremente pelas ruas, doutra parte num leproso são diversas as vias de eliminação do bacilo. (ALMEIDA, 1927, p. 6-7).

É evidente a preocupação apresentada no paragrafo acima, sendo possível perceber que a todo o momento o discurso médico tentou denominar as características biológicas da doença a partir de construções científicas e que acabavam dialogando com o imaginário social, pois, “tanto o pensamento quanto a prática médica contribuem para a construção social da doença” (FRANCO; MARLOW; NOGUEIRA, 2017, p. 300).

Durante a primeira metade do século XX, no que diz respeito à lepra, se manteve como principal foco das pesquisas médicas a busca pela cura, ou redução dos danos. Também se discutiram os perigos da transmissão e as opiniões em relação à hereditariedade, apresentados em teses de doutoramento como principal ponto de discórdia entre os dermatologistas e mesmo os leprólogos. Segundo Arthur Marques (1924, p. 45); “Dizer a priori que a lepra é ou não hereditária, é anteceder os factos e andar em terreno incerto”. O médico também apresentou em sua tese que a conclusão ou negação desse fato envolvia a questão matrimonial entre os doentes leproso. Fonseca (2013, p. 31), discute que desde o século passado nos “debates sanitaristas que se alastravam pelo mundo, o comportamento sexual dos portadores de ‘lepra’ se apresentava como um problema para o planejamento de

políticas populacionais”. Principalmente por conta de comprovações sobre a reincidência da lepra entre os descendentes de uma família, na qual já existia diagnosticado algum doente. Como apresentou Salvador Barbosa (1924):

É assim que nas localidades onde ella existe, numa tal família reputada leprosa, evita-se o matrimonio por causa da tara hereditária, visto a observação demonstrar que de tempos a outros a lepra hereditária reaparece nos descedentes dessas famílias suspeitas. (BARBOSA, 1924, p. 27).

A partir do destaque apresentado por Salvador de Castro Barbosa (1924), podemos observar que a lepra não reincidia em todos os filhos de leprosos. Cabral (2013, p. 49-50) apresenta que a teoria da hereditariedade desempenhou destaque durante o século XIX, mas, com a descoberta do bacilo, que seria o agente efetivo da lepra, Hansen conseguiu descartar a hipótese hereditária ainda no mesmo século. Arthur Nunes Marques (1924) apresentou em sua pesquisa uma discussão mais aprofundada em comparação a Salvador Barbosa (1924). Baseado em outros autores, o médico concluiu que a lepra não era transmitida pela hereditariedade, e o que mascarava essa questão seria a predisposição, ponto vulnerável entre os filhos de leprosos: “A predisposição á infecção, é uma herança que permite a facilidade de contaminação na primeira infância” (MARQUES, 1924, p. 48). E feita essa consideração sobre a transmissão, Arthur Marques também apresentou o relato de um doente internado no leprosário Rodrigo de Menezes, em Salvador, para afirmar que o contato sexual também poderia ser uma via de contágio:

O contacto sexual é considerado como um dos meios de contagio da bacillose de Hansen. A literatura medica do assumpto cita casos da transmissão da lepra de um conjunto ao outro.

No Hospital de Lazaro, observei L. A. G., pardo, bahiano, com 31 annos de idade que me informou adoecer de lepra, depois de ter relações sexuaes com uma mulher que tinha caroços, feridas e as orelhas volumosas. (MARQUES, 1924, p. 72).

A partir das justificativas tanto do contato íntimo quanto do perigo da hereditariedade, manteve-se em pauta o casamento entre leprosos como problema que deveria ser resolvido sob o ponto de vista profilático. Em sua tese de doutoramento, defendida em 1926, Durval Moreira da Silva Lima utilizou a fala do médico Azevedo Lima²¹ para apontar outros motivos de preocupação sobre o avanço da doença e sua ligação com o “enfraquecimento da energia” que, segundo

²¹ A fala de Azevedo Lima foi apresentada no Congresso de leprologistas, reunido em Berlim no ano de 1897. (LIMA, 1926).

ele, oferecia relação direta sobre a predisposição que filhos de leprosos apresentavam:

‘E não é só para temer o numero de victimas, nem as consequencias economias que dahi derivam; devemos ter muito em conta a inferioridade consecutiva no desenvolvimento physico da raça, acompanhando-se de modificações importantes do caracter, do enfraquecimento da energia, do empobrecimento moral e intellectual’. (LIMA, 1926, p. 3-4).

No entanto, mesmo com as discussões entre dermatologistas e leprólogos, que defendiam a proibição dos casamentos entre os doentes leprosos, não existiu nenhuma lei, em âmbito nacional, que proibisse o casamento no Brasil. Pelo contrário, no Decreto nº 14.354, de 15 de Setembro de 1920, que aprovou o regulamento para o DNSP, apresentou, no Art. 396, que nenhum obstáculo deveria ser posto aos conjugues:

e) não deverá ser opposto obstaculo á vida commum dos esposos que nisso consintam, sujeitando-se o conjugue são á mais restricta vigilancia medica. Nestas condições, ou quando ambos forem doentes, poderão cohabitarem em departamentos especiaes do estabelecimento. (BRASIL, 1920b).

Contudo, Fonseca (2013. p. 31) discute que, para a população de doentes leprosos, a reprodução em si era vista como problemática e tornou-se praticamente consenso entre os médicos, por causa do perigo de contágio, que os pais não deviam cuidar de seus filhos sadios. E essa questão também esteve presente no Art. 396 do regulamento do DNSP:

f) os filhos de leprosos, embora um só dos progenitores seja doente, serão mantidos em secções especiaes, annexas ás areas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde serão transportados logo depois de nascidos. (BRASIL, 1920b).

O que mais tarde será denominado como preventório, e que se tornará uma das principais políticas profiláticas de combate e contra da lepra, principalmente após as reformas sanitárias propostas por Getúlio Vargas, em 1930, que instituiu políticas mais sistematizadas e reforçou o isolamento compulsório. Isaías Alves, em um discurso feito no ano de 1939, apresentou a situação de uma jovem leprosa, que segundo ele tinha herdado a doença do seu pai, e com um texto que aparentemente buscava sensibilizar e influenciar a sociedade na responsabilização do cuidado com os filhos dos leprosos, que não deveriam carregar a culpa e estigma de uma doença herdada pelos pais:

Não nos esqueçamos que os homens são cureis aos lázaros [...] oeste baiano, nas paragens longínquas de Santa Rita do Rio Preto, uma donzela desventurada sofre sobre a repulsa deshumana do meio, porque a herança desafortunada de um pai leproso veio acordar os rancores da sociedade e, pô-la inteiramente desabrigada, na iminência de encontrar por teto apenas as choupanas abandonadas, e de morrer no meio das inclemências da natureza. A essa donzela que a sorte tão dolorosamente destinou ao sacrifício de todos os ideais da juventude, o novo leprosário-colônia, com sua sucessão de labor e de espiritualidade, será uma reintegração à vida social, que a desditosa enferma perdeu, [...] e onde se consumou o martírio do pai desventurado, que na inciência da grandeza do mal, herdou à filha sadia e inocente a contaminação insidiosa da chaga horripilante. Eis porque não é justo, não é humano, não é do espírito cristão que a vida dos lázaros modernos seja transformada numa sucessão mecânica de atos puramente materiais, sem alegrias, sem aspirações, sem esperanças, sem caridade e sem Deus. (ALVES, 1939, p. 147).

A conclusão de que não seria justo aos filhos dos leprosos carregarem o estigma de uma doença, herdada pelos seus pais, fez inserir a ideia da responsabilidade por parte da sociedade. Que a partir do espírito caridoso-cristão deveria intervir e oferecer garantia para que as crianças sofressem o mínimo, já, tão estigmatizadas por carregarem o peso de uma doença tão grave. Em um contexto de desassistência do estado era necessário a sociedade se articular e rearranjar as práticas assistenciais, que segundo Castel (2010, p. 57), também se faz pela interferência da sociedade sobre si mesma.

Em relação aos casamentos e uniões entre uma pessoa, ou os dois, que apresentassem o diagnóstico positivo para a lepra, não foram encontradas muitas informações, sendo apenas uma fotografia que apresenta a cena de um casamento no leprosário Rodrigo de Menezes, realizado no ano de 1945, disponível em uma publicação de Souza Araújo, de 1948, o volume II do livro *História da Lepra no Brasil*, que traz fotos de quase todas as organizações anti-leprosas do país. Comprova-se que, ao menos nesse período, o casamento entre doentes poderia acontecer e acontecia dentro do próprio leprosário.

Figura 1 – Casamento de internados no Leprosário Rodrigo de Menezes.



Fonte: ARAUJO, 1948, p. 151.

Na figura 1, é possível perceber a presença dos noivos ao centro, rodeados pelos convidados, que se apresentam bem vestidos, algumas mulheres usam chapéus, o que poderia ser apontado como significado de status. Outra coisa que também chama a atenção na imagem é a banda localizada no canto esquerdo da fotografia. Pode-se supor que seja a Banda João Felix, composta pelos próprios doentes internos e que é citada em algumas documentações do Leprosário Rodrigo de Menezes (BAHIA, 1936, p. 11; PONDE, 1948, p. 288; SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 101).

CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA À LEPROSA EM SALVADOR

2.1 ASSISTÊNCIA À LEPROSA: PRIMEIRAS MUDANÇAS

Na passagem do século XIX para o XX a lepra alcançou lugar de destaque entre as doenças que acometiam os brasileiros. O movimento sanitarista, das primeiras décadas do século XX, levou ao conhecimento nacional a situação de vida da população que vivia nos sertões do país e, através de denúncias e pressões, buscou-se “implantar uma política nacional de saúde que pudesse, a despeito do regime federalista, combater as endemias num plano mais amplo” (BATISTA, 2017, p. 27). Esse movimento foi determinante para promulgação do decreto n.º 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que propôs a reorganização dos serviços de saúde pública no Brasil.

A partir da reorganização dos serviços sanitários, foi criado o DNSP que substituiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), responsável pelos serviços sanitários desde 1897. A nova legislação abrangeu a profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis determinando como uma das atribuições o “serviço de prophylaxia contra a lepra e contra as doenças venereas em todo o paiz” (BRASIL, 1920a). Como discute Cabral (2013, p. 241) a doença se fazia acompanhar pela miséria e pelo abandono, passando a existir a necessidade de uma intensa politização da saúde pública. Consequentemente, a lógica do combate à lepra acompanhou a instituição gradual de um aparato que tornou o problema da saúde pública um assunto coletivo, com os partícipes do pacto federativo partilhando os custos e as responsabilidades pela sua transformação em um bem público.

Schweickardt e Xerez (2015) analisaram as dificuldades de natureza técnica e política para o enfrentamento da lepra, porque não havia, até o final da década de 1920, uma estrutura adequada para a assistência aos doentes. Na cidade de Salvador-BA não foi diferente. A filantropia esteve como uma das principais formas de assistir aos acometidos pela doença, que não possuíam meios de se prover. Cita-se, como exemplo, o Hospital dos Lázaros, fundado em 1787, pelo Governador Cap.

General D. Rodrigo José de Menezes: “adquirida por elle com dinheiros angariados de esmolas” (ARAÚJO, 1937, p. 127).

Para pensar no contexto em que a doença estava inserida e sua principal política profilática, antes dos regulamentos específicos, a análise de Laurinda R. Maciel (2007) sobre a assistência aos doentes, no século XIX, é importante. A autora apresentou que as Santas Casas de Misericórdia e instituições ligadas à Igreja eram as únicas responsáveis pelo atendimento aos doentes de toda a natureza no Brasil. Maciel (2007, p. 35) também discutiu que, até início do século XX, todos os hospitais de lázaros e asilos existentes no país eram de manutenção particular, inexistindo instituição para leproso que fosse de responsabilidade do Estado, situação que se modificou apenas a partir da reorganização da assistência.

O período de modificação dessa configuração social está localizado entre a virada do século XIX para o XX. Sanglard e Ferreira (2014) consideraram a filantropia como complementar a ação do Estado, principalmente no período de vigência do Estado mínimo, em que os órgãos de saúde só atuavam nos casos de grandes calamidades. Ao longo da década de 1920, a ideia de assistência médico-social que deveria reunir os setores público-privado, objetivando melhorar o atendimento hospitalar no país, ganhou mais força, cabendo à filantropia as ações pontuais enquanto o Estado se responsabilizava pelas ações mais gerais.

Segundo Castel (2010) as práticas de auxílio aos pobres e desvalidos estavam relacionadas à ideia de que a ação assistencial resultava de uma interferência da sociedade sobre si mesma. Desde o período colonial, a irmandade da Santa Casa de Misericórdia foi uma das mais importantes instituições caritativo-filantrópicas de gestão no Brasil e no Império Português, e coube a ela os primeiros cuidados à saúde, o que a fez permanecer em lugar de destaque durante muito tempo. A filantropia, segundo Gisele Sanglard e Luiz Ferreira (2014, p. 73), exerceu influência na própria construção e manutenção de instituições de saúde até o início do século XX, período em que ainda estava se construindo a delimitação entre os espaços público e privado.

Por mais que essas ações apresentassem caráter religioso e devocional, Maria Renilda Barreto (2011) afirma que pensar essa articulação apenas por esse viés é empobrecer a análise. A autora coloca que a filantropia também esteve como espaço de figuração e negociação entre a riqueza e pobreza, bem como afirmação

de poder e prestígio social das oligarquias em uma sociedade demarcada por hierarquias²².

Em relação à lepra, o estado baiano só passaria a assumir maior responsabilidade no tratamento e cuidado com os doentes, antes desenvolvido por organizações filantrópicas e religiosas, a partir da criação da IPLDV, que constituía parte das atribuições do DNSP, instituído com a reforma sanitária de 1920²³, e promoveu a reorganização e centralização do sistema sanitário:

A reforma no sistema sanitário almejava a ampliação da atuação do Estado no campo da saúde e utilizava como principal instrumento uma legislação de caráter nacional em contraposição ao regime federalista implantado com a República, que dava maior autonomia aos estados e municípios para gerir recursos e decidir sobre assuntos de diversas esferas, a exemplo das políticas sanitárias. (BATISTA, 2017, p. 18).

Mesmo com uma intervenção maior do Estado no campo da saúde, as instituições de caráter filantrópico continuaram desempenhando papel importante na assistência. No caso da lepra, as associações civis foram essenciais para amparar as necessidades dos doentes como, por exemplo, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, fundada em São Paulo no ano de 1926, por Alice de Toledo Tibiriçá²⁴, e que se tornou uma das precursoras de outras sociedades criadas no Brasil. “Em outros Estados, a partir de 1927, fundaram-se várias sociedades, todas elas destinadas a amparar os leprosos” (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 92). Essas organizações assistenciais passariam a vincular suas ações com a Federação, em 1933, mesmo ano em que foi fundada a Sociedade Bahiana de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra em Salvador-BA, na qual prestaram importantes serviços aos leprosos do Hospital D. Rodrigo José de Menezes:

²² Tanto a caridade quanto a filantropia estão ligadas à questão das doações e assistência aos pobres. Mas existem algumas diferenças entre elas. A caridade, por exemplo, está ligada a cultura cristã e é uma ação que visa doações sem a exposição da pessoa que doou. Já a filantropia parte de uma intenção de institucionalizar doações, com o reconhecimento público do doador, também contribuindo para o apoio e manutenção de diversas instituições que possam assistir pessoas carentes.

²³ As novas políticas sanitárias só passam a ser inseridas no estado da Bahia a partir do ano de 1921, quando o estado firmou acordo com a União.

²⁴ Alice Tibiriçá (1886-1950) projetou-se a categoria de pessoas notáveis pela sua vida dedicada às lutas em favor das grandes causas político-sociais e da saúde pública no Brasil. Sua obra em prol da profilaxia da lepra representou um momento importante de transformação e modernização da campanha sanitária contra essa doença. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000200013 >

[...] prestou reaes serviços aos doentes internados no Leprosario, assim como ás suas famílias cumprindo o que estabelece os seus estatutos e as obrigações a que ficaram responsaveis todas as instituições filiadas á Federação das Sociedades de Assistencia aos Lazaros e Defesa Contra a Lepra – depois da conferencia para uniformização da campanha contra Leprose, reunida no Rio de Janeiro, em setembro de 1933. (BAHIA, 1936, p. 1).

Antes das novas políticas sanitárias propostas pelo DNSP, o isolamento de doentes esteve mais preocupado em proteger a sociedade sã dos infectados ao invés de oferecer alguma garantia de bem estar, cura ou tratamento para o doente leproso. Somente a partir da Lei de 1920, que institucionalizou a IPLDV, é que surgiu uma atenção maior com a profilaxia da lepra. Nas primeiras décadas do século XX, a evolução da medicina e a modernização e aparelhamento técnico brasileiro foram fundamentais na reelaboração da assistência a leproso no Brasil. Novas ações, como a preocupação com o impacto que o diagnóstico iria causar na vida do doente e o aconselhamento sobre as formas de transmissão da doença, também fizeram parte desse processo, sendo possível observarmos em um dos artigos da Profilaxia Especial da Lepra, de setembro de 1920:

Art. 384. O medico que examinar individuo doente ou suspeito de lepra deverá scientificalo, para os objectivos de prophylaxia, do character contagioso da doença, com a necessaria prudencia, de modo a não abater-lhe o moral, devendo ainda, quando julgar preciso, levar o facto ao conhecimento da familia. Além das recommendações que julgar convenientes relativas aos meios de evitar a transmissão fornecerá ao cliente os conselhos impressos, para tal fim organizados pela Inspectoria de prophylaxia da lepra. (BRASIL, 1920b).

Podemos notar três questões importantes nesse artigo. A primeira é que existia uma preocupação em deixar o indivíduo ciente da sua condição, para que pudesse, ele mesmo, auxiliar na profilaxia da doença. Outra coisa é que, este indivíduo não seria diretamente isolado de suas redes de sociabilidade e, em alguns casos, o isolamento acontecia com o conhecimento da situação do doente pela família. A terceira questão é que a família poderia ser utilizada como instrumento de controle e certificação de que aquela pessoa, assim que diagnosticada, seria isolada. É possível concluir que essas definições, propostas pelas ações de combate à doença, contribuíam para uma rede de controle social do doente leproso muito mais extensa e eficaz.

O regulamento que tratava especificamente sobre a lepra foi organizado por Eduardo Rabello²⁵, e criava um “órgão central para coordenar e implementar a luta profilática em todo país, como também estabelecia as diretrizes básicas – e muitas vezes minuciosas – que deveriam orientá-la” (CUNHA, 2010, p. 941).

A criação desse regulamento específico representou um importante progresso no reconhecimento da lepra como problema sanitário, nas ações para seu controle e combate e na assistência aos doentes e seus familiares:

Passou a ser encarado como um problema sanitário complexo, cuja solução exigia todo um sistema de medidas profiláticas: recenseamento de doentes, medidas para efeito de isolamento nosocomial ou a domicílio, tratamento, vigilância dos que não ficavam internados, o exame sistemático dos comunicantes, a preservação da prole do leproso e a educação sanitária. Essas providências não tardaram a produzir resultados concretos, tanto na criação de leprosários, proventórios, organismos centrais para a orientação da campanha, como para despertar a consciência do povo, no tocante à gravidade da endemia e o interesse em cooperar com os poderes públicos. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 114).

A reforma iniciada em 1920 e o interesse nas ações de desenvolvimento sanitário articuladas entre os Estados e a União, levaram a Bahia a firmar acordo em 1921, sendo renovado em 1924, por mais cinco anos. E, em 1925, nesse processo de modificação da saúde pública baiana, foi criada a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública e o Código Sanitário da Bahia (BATISTA, 2017, p. 30), que visavam equiparar a política sanitária do Estado com a proposta nacional. Em um texto publicado em 1920, no periódico *Gazeta Médica da Bahia*²⁶, o escritor Álvaro de Carvalho parabenizou os acordos iniciados com a intervenção federal e afirmou que essa política de centralização traria grandes benefícios à Bahia, e, que:

Não param, ahi, entretanto, as esperanças da Bahia. Mais amplos são os propositos do governo da Republica, que nos promete, sem tardança, a prophylaxia rural, beneficio inestimavel que Estados outros, mais felizes e mais práticos, já lograram alcançar. (CARVALHO, 1920, p. 32).

Nesse período, o entendimento dos riscos sociais, políticos e econômicos que as doenças poderiam representar, encontrava maior presença entre as ideias dos

²⁵ Nascido em 1876, doutorou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1903. Nomeado Inspetor de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, quando lhe coube redigir a primeira legislação antivenérea no Brasil. Disponível em: < http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=294 >

²⁶ A *Gazeta Médica* foi a primeira revista médica brasileira que se voltou para publicações científicas. Entre os seus fundadores estiveram sete médicos ilustres da cidade e o estudante de medicina Antônio Pacífico Pereira. Sua circulação se deu entre 1866 e 1934. Posteriormente, circulou entre 1966 e 1972. Cf. <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia>>.

governantes e nenhum estado pretendia ser apontado como atrasado ou tornar-se destaque pelas doenças presentes em sua comunidade. Segundo Cabral (2013, p. 247), uma Inspeção específica para o combate à lepra apresentava “compreensão de que o Estado brasileiro alargava a oferta dos serviços de saúde sob sua responsabilidade”. Assim, a doença e a assistência aos doentes, bem como a de seus familiares, começava a se tornar essencial nesse processo. E como Álvaro de Carvalho (1920) apresentou em seu texto no *Gazeta Medica da Bahia*, alguns estados já executavam as políticas de modernização propostas no âmbito nacional. E apresentar a Bahia como participante desses melhoramentos foi de extrema importância.

2.2 A MODERNIZAÇÃO DA SAÚDE NA BAHIA E O PERIGO DA LEPROSA

A saúde pública só se tornou responsabilidade dos estados brasileiros a partir da Constituição de 1891, na Primeira República, mas até ser totalmente entendida a importância de sua ação, a União esteve responsável apenas pelas ações sanitárias na capital federal, ou em casos de epidemias. A oferta de serviços sanitários pelos estados, em um período que a maioria não possuía condições financeiras ou políticas para mantê-la, tornou a atenção à saúde presente apenas nos estados mais ricos, enquanto outros sofriam com o aumento das doenças. Christiane Souza (2013) discutiu sobre o destaque que a saúde ganhou na Primeira República e salientou que a hospitalização não era regra nesse período, “[...] O hospital era o local das pessoas que não tinham recursos para tratar da própria saúde ou dos que colocavam a saúde da população em risco” (SOUZA, 2013, p. 61).

No caso dos leprosários, sua função principal era proteger a sociedade sã dos riscos de contágio, deixando evidente o cumprimento de seu papel de isolamento forçado aos doentes, principalmente a partir da institucionalização pela lei. Tornar a lepra uma enfermidade causadora de grandes riscos à saúde da população brasileira gerou debates e discussões, que contribuíram para circunscrever o lugar de cada estado na conjuntura de progresso e civilização. A cobrança por medidas que combatessem a enfermidade colocou, como elemento principal, a exclusão dos leproso.

Em Salvador, por exemplo, as regras de exclusão social estiveram presentes muito antes da instituição da República. O Leprosário D. Rodrigo José de Menezes manteve uma série de normas desde a sua inauguração, em 1787:

O Inspector, logo que tiver noticia, que em alguma parte onde a distância o permita, há pessoa doente daquele mal, mandará o Médico e Cirurgião examinar se está confirmado nele, e sendo verdade, o fará recolher ao lazareto, sem excepção de pessoa ou admitir-se escuza alguma; porque seria malograr o effeito do dito hospital, se conservasse doentes daquele mal onde pudesse grassar o seu contágio; e se qualquer dos doentes recolhidos, for rico, e quizer tratar-se a sua custa, o poderá fazer, mas sempre dentro do hospital, assim como nenhum será despedido dele sem que esteja perfeitamente bom. (BAHIA, 1787).

Normas que se fizeram presente não só no estado baiano, mas no âmbito nacional, principalmente a partir das políticas pós 1920. Uma das primeiras ações aplicadas pelo governo público na intenção de combater a doença de forma conjunta constituiu na criação da IPLDV, que tinha como principal função superintender e orientar os serviços de combate a essas doenças em todo o território nacional. Com o acordo entre a Bahia e a União, a lepra ganhou maior destaque e políticas específicas, em meio a outras enfermidades que acometiam a população baiana.

Um dos mecanismos utilizados para o controle e isolamento dos doentes era a produção de censos e pesquisas como parte do mapeamento das organizações de estatísticas demografo-sanitárias e a publicação dos respectivos boletins (BRASIL, 1920a). Por mais que a lepra apresentasse ênfase estando presente no nome da Inspetoria, o destaque que as ações contra a sífilis recebeu, na Bahia, talvez tenha sido bem mais sistemático do que em relação à lepra. Como exemplo, podemos citar, uma das orientações do DNSP que determinava a abertura dos postos sanitários para que os estudantes de medicina adquirissem conhecimento prático sobre a sífilis. Como consequência dessa abertura, teses de doutoramento eram elaboradas e serviam de instrumento para o tratamento da doença na Bahia (BATISTA, 2017, p. 131).

Um aspecto importante a respeito do destaque da lepra, entre as doenças que estavam no centro das atenções no Brasil, no início do século XX, foi a atuação dos leprólogos na produção de estatísticas. Os censos e pesquisas foram essenciais para influenciar a criação de novas políticas públicas e cobrar ações mais efetivas por parte do Estado. Essas novas ações e divulgação das informações fizeram parte das atuais intenções de uma saúde administrativa mais transparente, pós 1920,

demonstrando também, as reais intenções de assistência que o governo pretendeu oferecer:

Isso indica que nossa política administrativa está mudando, para melhor, pois já não se cogita mais de esconder uma <desgraça> que todos estamos vendo ou sentindo; e indica também que o Governo esta empenhado em dar-lhe remédios, ainda que, em parte, por mãos inexpertas. (ARAUJO, 1937, p. 113).

Em 1925, com a lei nº 1.811, foi criada a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia e tinha a seu cargo todos os serviços de Higiene e Saúde Pública. Junto a ela, criou-se o Código Sanitário “sendo revogados, desde então, todos os dispositivos anteriores sobre Hygiene e Saúde Pública contidos nas leis e regulamentos estaduais” (BAHIA, 1925, p. 10). Essa nova mudança no sistema sanitário tinha intenções de realizar um processo de modernização, centralização e uniformização das ações de saúde pública do estado baiano. Em relação à lepra, esteve em continuidade o processo de políticas de controle e, como parte de suas atribuições, a organização de estatística demógrafo-sanitária da Capital e dos municípios do estado (BAHIA, 1925, p. 17). Na Figura 2, apresentam-se dados censitários de leprosos no Brasil, publicados entre 1923 e 1936:

Figura 2 – Progresso do censo dos leprosos no Brasil.

Censo	1923	1927	1934	1936	Estimativas de Souza Araujo		
					1924	1933	1936
Acre	—	—	234	400	100	700	700
Amazonas	272	828	1.436	1.250	1.000	3.000	3.000
Pará	1.452	2.540	3.612	4.000	3.000	4.000	4.000
Maranhão	450	680	848	1.100	1.200	1.500	1.700
Piauhy	20	46	50	200	100	200	250
Ceará	141	457	524	800	1.000	1.000	1.000
R. G. do Norte	5	89	181	150	100	150	250
Parahyba	13	29	121	200	100	200	300
Pernambuco	131	355	427	1.000	1.000	1.350	1.350
Alagoas	35	32	23	100	100	100	200
Sergipe	18	9	8	10	100	100	200
Bahia	37	82	80	300	200	300	400
Espirito Santo	8	22	390	450	150	800	982
Estado do Rio	44	84	330	295	400	800	1.150
Dist. Federal	456	1.607	1.414	1.569	1.200	1.500	1.200
Minas Geraes	601	601	8.751	8.690	5.000	10.000	14.000
São Paulo	3.128	4.620	7.236	8.000	7.000	10.000	13.000
Paraná	285	380	417	1.010	700	1.200	1.272
Santa Catharina	78	106	—	500	250	600	1.336
R. G. do Sul	2	64	164	600	300	1.500	1.500
Matto Grosso	50	97	—	100	700	700	350
Goyaz	2	2	—	—	300	300	300
Totales	7.224	12.730	26.296	30.754	24.000	40.000	48.440

Fonte: ARAUJO, 1937, p. 157.

Souza Araujo (1937, p. 158) afirmava que: “A experiencia quotidiana vae mostrando quão falhos são esses censos”. O médico, por sua vez, desconsiderou o quadro censitário e acrescentou que as três ultimas colunas referem-se às suas estimativas. Como justificativa ele disse ter utilizado os métodos adotados entre os maiores leprólogos do mundo: “Por esse processo os magistrados costumam dobrar sempre os casos <certificados> como leprosos para obterem o total aproximado” (ARAUJO, 1937, p. 159). Os resultados concluídos pelo médico são bem mais altos, por exemplo, fazendo um comparativo entre as duas estimativas na Bahia no ano de 1936. A diferença era de 100 leprosos a mais.

Outra coisa evidente na Figura 2 é o avanço entre o número de doentes. Na primeira parte, entre os anos 1923 a 1936 foram 263 doentes a mais, em um espaço de apenas treze anos de diferença. Isso nos leva a pensar em duas possibilidades. A primeira, é que os casos de transmissão, supostamente, tivessem crescido nesse período, devido à falta de uma terapêutica específica que realmente apresentasse resultado. E a segunda possibilidade, mais plausível, é que finalmente as políticas de recenseamento e controle, pós-1925, bem como a interiorização das ações sanitárias, poderiam ter surtido efeitos e conseguido mostrar números mais próximos da realidade do estado a respeito dos doentes que possuíam lepra.

Mas há uma brecha nesses resultados, ou ao menos Souza Araújo nos faz pensar que ela exista, quando apresentou suas estimativas na parte final do quadro. O médico complementa: “A verdade ha de mostrar, infelizmente, que essas estimativas estão muito aquém da realidade” (ARAUJO, 1937, p. 160). Independente da falta de concretude nas estatísticas é, evidente que os números tiveram papel significativo nesse período, como são até hoje, pois as estatísticas funcionam como indicador para se pensar as políticas públicas. O mapeamento oportunizou conhecer números de doentes que antes o estado não assistia ou se quer sabia da existência, bem como o implemento de políticas segregacionistas de maior controle. Mas isso não quer dizer que as famílias estiveram dispostas, obrigatoriamente, a colaborar com o sistema segregacionista proposto como método profilático. As concepções relativas ao imaginário da lepra e o estigma que os doentes carregavam, tornava todas as pessoas que fizeram parte do seu circulo de relacionamento, até que fosse comprovado o contrário, um “potencial” de contágio.

Observa-se em um dos artigos, apresentado na lei n. 14.354, como se dava o processo com companheiros de pessoas diagnosticadas com lepra e podemos supor o possível constrangimento ao qual a família era submetida ao: “prestar-se aos exames necessarios para verificar se estão contaminadas, principalmente si tratar-se do cônjuge são do leproso ou de creanças” (BRASIL, 1920b). E enquanto a notificação não estivesse concluída, o suspeito ficava sob vigilância de autoridades sanitárias, como é descrito no art. 381. “Quando fôr notificado um caso de lepra, apenas suspeito, ficará o enfermo sob vigilância da autoridade sanitaria, devendo o medico assistente confirmar a notificação logo que tenha positivado o diagnostico” (BRASIL, 1920b). Podemos supor que na intenção de fugir dessas situações de constrangimento, as famílias optassem por esconder seus doentes leproso ao invés de avisar ao sistema sanitário. E talvez, por perceber essa brecha, os mecanismos de autoridade da lei indicavam o auxilio da polícia para que o exame acontecesse: “Si a pessoa notificada negar-se ao exame será requisitado auxilio da policia para execução dessa providencia e para o respectivo, doente ou suspeita, ao exame destinado a verificar o diagnostico da lepra” (BRASIL, 1920b).

A necessidade de documentar as ações de saúde e assistência fez parte da política de 1925, que na Bahia, instituiu como atribuição da Diretoria de Demografia e Educação Sanitária: “organizar a estatística demographo-sanitaria da Capital e de todos os municipios do Estado” (BAHIA, 1925, p. 17). Como apresentou o médico Octavio Torres, então diretor do Leprosário Rodrigo de Menezes, em 1936: “Cumprindo um dos artigos do Codigo Sanitario, em vigor, que determina sejam feitos relatorios annuaes, no mez de Janeiro, pelos Directores dos diversos serviços do Departamento de Saúde Pública da Bahia” (TORRES, 1936, p. 3). Torres também acrescentou que não podia ser julgado como desnecessário ou inútil o cumprimento da obrigação dos artigos nos regulamentos, e apontou essa documentação como necessária, seja para consulta, ou para escrita de uma história “verídica” comprovada por fontes:

Disposição esta do Codigo Sanitario, das melhores, a nosso ver embora nem sempre os relatórios sejam lidos e as medidas lembradas nelles por seus auctores, sejam levadas na devida consideração, ora por inexequíveis, ora pela allegação de falta de verbas, ora por todas ellas não serem julgadas de utilidade. No mínimo para aquelles que foram educados no cumprimento do dever, eles representam a realização deste dever, o trabalho escripto, que fica para qualquer tempo. (TORRES, 1936, p. 3).

O Código Sanitário da Bahia adequou à legislação sanitária baiana à legislação nacional. O Art. 12 discutiu que seria revisto, a cada dois anos, as partes técnicas do Código: “de modo a acompanhar os progressos da sciencia, sendo então adoptadas aquellas medidas que a technica sanitaria tenha consagrado como proveitosas” (BAHIA, 1925, p. 11), o que tornou evidente a preocupação da saúde pública, oferecida pelo estado, no que dizia respeito à perpetuação dos processos de modernização.

2.3 O ISOLAMENTO COMO INÍCIO, MEIO E CONTINUAÇÃO DE OUTROS PROBLEMAS

As ações de controle, assistência e combate à lepra fizeram parte dos problemas sociais e políticos presentes na sociedade brasileira, e se reelaboraram no pós-1920. Naquele momento, passou a ser compreendida que a exclusão do doente do meio social não era a solução para o fim de todos os problemas, pois esses doentes teriam filhos e filhas, poderiam contribuir no sustento de suas famílias e isso constituiu no surgimento de novas redes de assistência e amparo, não só do doente, mas de todos aqueles que dependiam dele. Observa-se isso em alguns artigos da Profilaxia Especial da Lepra de 1920, por exemplo:

Art. 402. O isolamento do leproso, tratando-se do chefe da familia ou pessoa responsavel pela sua propria manutenção, será communicado ás autoridades administrativas ou judicarias para os fins de direito ou de equidade. (BRASIL, 1920b).

E no que diz respeito aos filhos e filhas de leproso internados, além de disposições já determinadas observa-se a seguinte condição no Art. 396:

f) os filhos de leproso, embora um só dos progenitores seja doente, serão mantidos em secções especiaes, annexas ás areas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde serão transportados logo depois de nascidos; g) essas mesmas creanças não deverão ser nutridas ao seio de uma ama e não serão amamentadas pela propria mãe si esta fôr leprosa. (BRASIL, 1920b).

Outra questão tocada por um dos artigos diz respeito à escassez de recursos. O art. 403 dizia que: “as autoridades sanitarias procurarão assegurar auxilio ou assistencia temporaria ás pessôas da familia do leproso isolado.” (BRASIL, 1920b). Isso demonstrou os novos problemas ocasionados pelo processo de combate à lepra. Como discute Castel (2010), a assistência faz parte de um

conjunto diversificado de práticas numa estrutura comum determinada pela existência da necessidade de atender certas categorias de populações carentes. As ações provocadas pela doença representaram muito além do simples isolamento do leproso, principalmente, após os acordos para centralização e uniformização do sistema sanitário de grande parte dos estados brasileiros.

Com a reforma de 1925, observa-se, no Art. 47 do Serviço de Profilaxia da Sífilis, Lepra e Doenças Venéreas, que houve uma distinção sobre os perfis dos doentes. Apontados como “indigentes” e “não indigentes”, cada perfil passou a ser enquadrado em uma forma de isolamento:

d) effectuará a segregação dos morpheticos indigentes, em Leprosários do typo colonia agricola, onde os doentes permaneçam naturalmente isolados da parte sã da população e possam dedicar-se aos misteres da vida do campo e ao exercicio de suas profissões sem constituírem ameaça a saúde collectiva. (BRASIL, 1925, p. 22).

Por outro lado, foi definido que: “vigiará o isolamento domiciliario dos leprosos não indigentes, o qual sómente será permittido, quando possivel assidua vigilancia e si a habitação a isto prestar, a criterio da autoridade sanitaria” (BRASIL, 1925, p. 22). A partir do momento que se propôs a observação dos leprosos não indigentes que possuíam condições para adaptar suas habitações, seguindo os critérios da autoridade sanitária, surgiu uma distinção que assimilava um recorte de classe e étnico-racial evidente entre os leprosos.

É possível fazer uma leitura das figuras 3, 4 e 6, apresentadas abaixo, nas quais percebem-se a predominância de pessoas negras, provavelmente também pertencentes as classes economicamente subalternas²⁷. Dentro do Leprosário estariam as pessoas que não possuíam condições de equipar suas casas, diferente das elites econômicas, que poderiam fazer as modificações previstas e serem isoladas dentro de suas próprias residências. Diante das imagens apresentadas, é possível questionar se o isolamento, na Bahia, também poderia funcionar como mecanismo de “higienização” da sociedade, no processo de embranquecimento proposto pela eugenia, que se manteve em vigor até a década de 1930.

Ricardo Batista (2017) destaca as ideais de eugenia e degeneração da raça presentes nas representações médicas da Bahia, na década de 1920. E, entre estas concepções, apresenta a tese de doutoramento do médico Oliveira, que, definia a

²⁷ Nas figuras 5 e 7, apresentam-se o refeitório dos homens e o gabinete de Octavio Torres.

eugenia em três formatos. O primeiro seria basicamente uma eugenia positiva, pautada na educação dos jovens para o matrimônio. O segundo, uma eugenia negativa, que visava evitar ou limitar o nascimento de sujeitos doentes ou degenerados. E, por último, a eugenia preventiva, que tinha como objetivo combater o analfabetismo e a melhoria da “raça” (BATISTA, 2017, p. 125). A eugenia preventiva teria tido maior relevância na sociedade baiana. O pensamento eugênico foi perdendo força em meados de 1930, período em que a medicina e a legislação já apresentavam mudanças devido às novas descobertas sobre tratamentos e meios de transmissão das doenças.

Figura 3 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Enfermaria de homens.



Fonte: BAHIA, 1930.

Figura 4 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Enfermaria de mulheres.



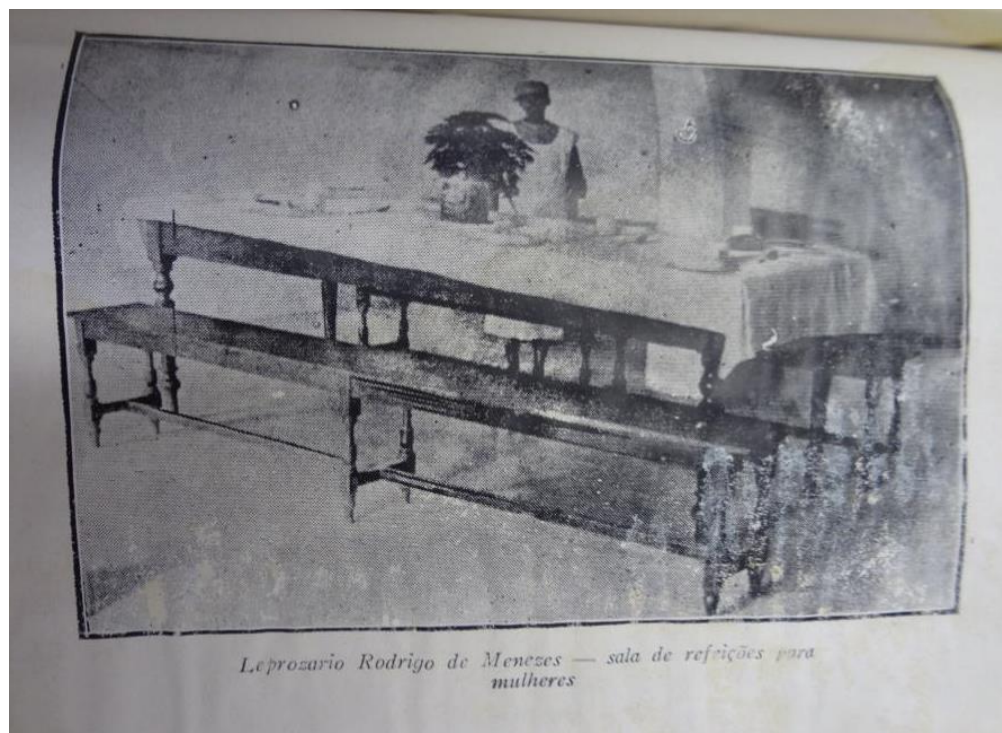
Fonte: BAHIA, 1930.

Figura 5 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Refeitório dos homens.



Fonte: BAHIA, 1930.

Figura 6 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Sala de refeições para mulheres.



Fonte: BAHIA, 1930.

Figura 7 – Leprosário Rodrigo de Menezes – Gabinete do médico.



Fonte: BAHIA, 1930.

No relatório da Secretária de Saúde e Assistência Pública de 1927²⁸, Antônio Luís C. A. de Barros Barreto, chefe sanitário da Bahia (1925-1930/ 1934-1937), fez uma análise sobre o novo órgão sanitário e o comparou com a antiga organização sanitária do estado, anterior a 1920. Ele comentou sobre a necessidade da reforma, que se justificava por si só, com a evolução da ciência sanitária e o aperfeiçoamento de seus métodos:

O longo período de 1917 a 1925, durante o qual a sciencia sanitaria evoluiu sensivelmente em seus preceitos e aperfeçoou consideravelmente os seus methods, bastaria, por si só, para justificar plenamente a necessidade imperiosa da reforma que estava a reclamar a dependencia da publica administração incumbida de cuidar da saude do povo. (BARRETO, 1927, p. 1).

O Leprosário D. Rodrigo José de Menezes também esteve dentro das ações do processo de modernização da saúde baiana, iniciada desde o acordo de 1921. A incorporação do ideal sanitarista da década de 1920, e a partir da “investida federal numa proposta própria de intervenção sanitária contribuiu para a centralização do modelo de saúde que começava a se delinear” (BATISTA, 2017, p. 51-52). O relatório da Secretária de Saúde e Assistência Pública do ano de 1929 informou que: “Prestes a serem concluidos os melhoramentos iniciados o anno passado no Hospital dos Lázaros, virão proporcionar um pouco mais de conforto aos infelizes atacados do mal de Hansen” (BAHIA, 1930, p. 215). Durante esse processo de modernização, Octavio Torres assumiu a administração do leprosário, que teve seu nome alterado em homenagem ao fundador D. Rodrigo José de Menezes em 1787:

Em 1929, o hospital estava em más condições higiênicas, quase em estado de ruina. Após um grande movimento em benefício de sua reforma o Dr. Barros Barreto remodelou-o, passando então a denominar-se "HOSPITAL D. RODRIGO JOSE' DE MENEZES". Sob a direção do Professor Otávio Torres, deixou de ser o que era, um simples depósito de doentes. Em 1937, abrigava 50 doentes. Os doentes trabalham em diversos officios e criam animais domésticos. As crianças estudam. Existe, para recreio dos internados, banda de música, orfeão e bilhar. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPRO, 1950, p. 101-102).

Essa reforma fez parte de uma das atribuições do Código Sanitário da Bahia de 1925, que obrigava a adoção de determinações técnicas e garantia o custeio das despesas de manutenção asseguradas pela União. Em relação ao Serviço de Profilaxia da Lepra, o Código também orientava que o local onde o doente ficaria

²⁸ Em 1927 a Sub-secretaria se transforma em Secretaria e ele permanece na liderança sanitária. Cf. Batista (2017).

recluso deveria oferecer boas acomodações para que: “possam dedicar-se aos misteres da vida do campo e ao exercício de suas profissões sem constituírem ameaça a saúde colectiva” (BAHIA, 1925, p. 22). Entretanto, será a partir de 1930 que as ações de combate e assistência à lepra se tornaram mais efetivas por parte do Estado.

Segundo Santos (2006), a administração pública varguista, iniciada com a Revolução de 1930, esteve responsável pela instituição de políticas de caráter intervencionista, centralizadora e burocrata. A nova ordem política proporcionou mudanças importantes no campo da saúde pública, Vargas considerava saúde e a questão do trabalho, um dos grandes problemas nacionais que necessitavam de solução²⁹. Ainda em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), que passaria a ser implementada através de numerosas agências e unidades de serviços (SANTOS, 2006, p. 87). O autor, também conclui que os primeiros anos, pós Revolução de 1930, foram marcados por um período de instabilidade política, devido aos interesses divergentes das elites regionais que defendiam o federalismo, e dos tenentes, partidários da centralização.

Em 1934, novas mudanças foram introduzidas através da criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social, órgão responsável pela orientação, coordenação e fiscalização de todos os serviços de saúde pública e assistência médico-social, executados pela União ou em cooperação com outros poderes administrativos (MACIEL, 2007, p. 89). Em julho de 1934, através do decreto nº 24.814, foi detalhado as atribuições da recém-criada Diretoria, segundo Maciel (2007, p. 89) na nova organização ministerial, a IPLDV “não apareceu como órgão executor nem coordenador das atividades de atenção à doença, entretanto não está explicitamente colocado ou sugerido neste decreto que ela foi extinta”. Porém as políticas contra a lepra ficam sem um órgão específico para coordenar sua diretriz.

Diante deste quadro, a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República se tornou responsável pelas atividades relativas ao combate à lepra e estas passaram a ser desempenhadas pela Inspeção dos Centros de Saúde, no Distrito Federal, e pelas Diretorias dos Serviços Sanitários, nos Estados, que procurariam dirigir e executar as ações de prevenção à doença, como também proporcionar condições favoráveis ao

²⁹ Para uma discussão mais aprofundada, ver: SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Entidades Filantrópicas e Políticas Públicas no Combate à Lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945). Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências. Rio de Janeiro, 2006.

isolamento dos casos comprovadamente contagiantes. Isto até a criação do Serviço Nacional de Lepra em 1941. (MACIEL, 2007, p. 90).

Nesse mesmo ano, Getúlio Vargas foi eleito de maneira indireta para a presidência da República e Gustavo Capanema assumiu a titularidade do cargo de Ministro da Educação e Saúde Pública. Logo após Gustavo Capanema deu início à nova reforma dos serviços de educação e saúde, para que estivessem mais centralizados e afinados com a política social do governo Vargas. Em relação as políticas de combate à lepra, esse momento foi de muita importância, visto que um novo direcionamento foi dado a partir da formulação do 'Plano Nacional de Combate à Lepra', que em acordo com as esferas estaduais e municipais de saúde marcaria uma nova fase de profilaxia da doença, já que introduziu o modelo tripé e pretendia também elaborar pesquisas, realizar censos, reforçar as ideias de isolamento, além de uniformizar nacionalmente a administração dos leprosários (MACIEL, 2007).

Na Bahia, as medidas centralizadoras do Governo Vargas e o fortalecimento gradual do MESP, pós-1935, contribuíram para modificações na estrutura assistencial do estado. Segundo Batista (2017, p. 176), o decreto nº 7.337, de 27 de março de 1931, seis anos após a última reforma, reorganizou os serviços de saúde pública e modificou a legislação sanitária do estado baiano, no qual criou a Diretoria Geral de Saúde e Assistência Pública, em substituição a Secretaria de Saúde e Assistência Pública. A lepra, nesse contexto continuou em destaque. Batista (2017), a partir das ideias de Fonseca (2007), apontou que a antiga estrutura de postos de profilaxia rural, anteriormente construídos em vários lugares do país, ampliou-se e contemplou com serviços federais sete doenças: tuberculose, lepra, febre amarela, malária, peste, câncer e doenças mentais.

Também foi possível perceber, em relação à profilaxia da lepra, as alterações nesse período a partir do relatório de 1934, do médico Octavio Torres (1936), que comentou sobre grandes modificações feitas na parte administrativa, econômica e na organização hospitalar do Rodrigo de Menezes. Torres apresentou as atividades realizadas nos últimos três anos em que esteve na direção do Leprosário. Afirmou que as melhorias apresentadas só poderiam ser reconhecidas por quem conheceu o sistema atrasado, falho e deficiente em quase tudo do Hospital dos Lázaros. Comentou sobre as oficinas e atividades ofertadas aos doentes, como: "officina de sapateiro", "officina de carpinteiro", "officina de costura", "os cabellos das doentes e a barba e cabellos dos doentes têm sido cortados pelo barbeiro do Leprosario, na sua

excelente officina” (TORRES, 1936, p. 53). E também apresentou as produções dos últimos anos nas oficinas: Sapateiro “51 sapatos”; “na officina de carpinteiro fôram feitas: 1 meza, 1 lastro de cama, 1 armario pequeno, 1 grande, 2 bancos”; “na officina de costura: 28 blusas, 29 calças, 79 camisas para homens e mulheres, 24 lençóes, 68 lenços, 68 cuecas, 66 fronhas, 50 cobertas, 9 saccos, 35 concertos em roupas estragadas” (TORRES, 1936, p. 53).

Comparando as imagens do relatório de 1929, elaborado por Barros Barreto, e o resultado das produções nas oficinas apresentadas por Octavio Torres, é possível supor, por exemplo, que a mesa e os dois bancos produzidos pelos internos são os mesmos apresentados nas figuras 4 e 5. Assim como, nas figuras 2 e 3, que apresentam as enfermarias masculina e feminina, observa-se uma padronização das roupas de cama, a maioria com lençóis brancos, um cobertor mais escuro dobrado embaixo de um travesseiro. A quantidade de material produzido na oficina de costura foi de “24 lençóes, 66 fronhas, 50 cobertas” (TORRES, 1936, p. 53). Portanto, é possível que os objetos apresentados nas imagens tivessem sido produções dos próprios doentes isolados.

Octávio Torres também divulgou como a administração realizou essas melhorias na organização hospitalar, ao relatar que:

De facto, grandes modificações foram introduzidas no Leprosario, quer na parte propriamente administrativa, quer na parte material economica, quer ainda na organização hospitalar, na distribuição dos serviços dos diversos empregados, na alimentação dos doentes e dos funcionarios, emfim, modificações em tudo que lá existia, com o pomposo nome de Leprosário D. Rodrigo José de Menezes – e que não era mais do que um simples deposito de doentes. (TORRES, 1936, p. 5).

A divulgação dessas informações compreende a preocupação e os avanços que a Bahia passaria a promover na assistência da saúde pública. Principalmente estando dentro de um contexto de uniformização que passaria a ser desempenhado entre todos os estados brasileiros. Segundo Batista (2017, p. 201-202) “não se pode negar que as medidas adotadas pelos baianos integraram um processo que, mesmo descontínuo em alguns momentos, convergia para o desenvolvimento de assistência à saúde”, e tornou as ações sanitárias adotadas, entre 1930 e 1945, integradas ao plano nacional.

2.4 ENTRE A ASSISTÊNCIA E A FILANTROPIA, AS AÇÕES DA SOCIEDADE BAHIANA DE ASSISTÊNCIA AOS LÁZAROS

O isolamento foi institucionalizado à medida que o doente leproso passou a ser entendido como o principal agente responsável pela transmissão da doença. Sem perspectiva de cura e após a conclusão de Hansen, no século XX, que expôs a lepra como “uma doença específica que representava uma entidade nosológica com etiologia claramente definível, e não uma doença sistêmica ou uma degeneração que resultava de várias causas” (CABRAL, 2013, p. 43), abriu possibilidades para a ideia de um tratamento que reforçava a necessidade do isolamento, pois, o contato com o doente era apontado como principal meio de transmissão.

A partir da ideia de ameaça que os doentes representavam, colocados como risco na garantia da saúde de pessoas consideradas sãs, foi estabelecido um forte aparato legal. Na Noruega, o século XX foi marcado como início da instituição de ações mais rigorosas. O isolamento hospitalar, por exemplo, fez a experiência norueguesa se destacar como modelo a ser seguido (CABRAL, 2013)³⁰. A construção de um aparato que pudesse assegurar o isolamento dos leprosos demandou criação de políticas específicas e construção de espaços em que mantivessem as pessoas consideradas doentes isoladas do restante da população. Mas, a manutenção e construção desses espaços demandou dinheiro e criou uma situação de cobrança em que muitos países não tiveram condições de manter.

No Brasil, a assistência aos leprosos ou acometidos de qualquer outra doença, esteve durante muito tempo a cargo dos filantropos, associações religiosas ou leigas e a população em geral. Castel (2010, p. 47), assinala que são evidentes as formas particulares de assistência em cada formação social. No caso da brasileira, esteve revestida pelo caráter ocidental cristão. Situação que só passou a ser alterada a partir da organização sanitária pós 1920, alteração que não causou tantas mudanças na relação da assistência, pois o Estado continuou dependente de

³⁰ “[...], é importante chamar a atenção para o fato de que os procedimentos adotados após 1877 foram, de fato, mais severos em relação à realidade anterior, em que a base da profilaxia era a hereditariedade, e não o contágio. No entanto, Hansen jamais conseguiu colocar em prática o isolamento compulsório na Noruega conforme defendia, já que seus opositores argumentavam sempre ser a lepra uma doença de baixa contagiosidade. O isolamento na Noruega foi obrigatório apenas para os doentes graves e aqueles que não queriam ou não podiam atender essas recomendações” (CABRAL, 2013, p. 45-46).

algumas atitudes não estatais como complemento das ações que objetivava uma melhor atenção médico-hospitalar.

“As idéias tornam-se fôrças quando alcançam, as camadas medias da sociedade, e chegam a esclarecer os rumos da vida humilde dos construtores anônimos da Pátria” (ALVES, 1939, p. 5). O fragmento apresentado foi retirado do prefácio de Educação e Brasilidade³¹. A partir dessa frase é possível perceber a importância exercida pela filantropia e como a classe média desempenhava papel fundamental na assistência às pessoas que não possuíam condições de se prover. Isso leva-nos a concluir que a manutenção e o apoio às diversas instituições que assistiam pessoas carentes contribuía para a ideia de sustentação de uma “Pátria” desenvolvida.

A lepra foi uma das doenças que manteve destaque entre as ações filantrópicas. Atingiu o ápice com a federação e ampliação por todo o país das ações promovidas pelas Sociedades de Assistência aos Lázaros no governo varguista, mais especificamente na gestão ministerial de Gustavo Capanema. Segundo Saul Santos (2006), na Primeira República aconteceram importantes mudanças no sistema sanitário, as relações entre as entidades assistenciais e os poderes públicos foram uma das questões apresentadas pelo autor como marco desse novo momento. A filantropia estava sendo pensada como complementar à ação do Estado, principalmente no período em que ele só atuava nos casos de grandes calamidades, a ideia de assistência médico-social, desde a virada entre o século XIX e XX, desenvolvia intenções de unir os setores público-privado e, deste modo, aperfeiçoar o atendimento hospitalar no país (FERREIRA; SANGLAR, 2014, p. 75).

As associações civis passaram a ser entendidas como essenciais no amparo das necessidades aos doentes leprosos, como por exemplo, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, fundada por Alice de Toledo Tibiriçá, em São Paulo no ano de 1926, e que se tornou uma das precursoras de outras Sociedades criadas no Brasil³². De acordo com Santos (2006, p.59), “[...] a Sociedade optou por intensificar as campanhas de conscientização acerca da lepra e estimular a criação de outras sociedades com objetivo de ampliar o número de

³¹ O livro é um manuscrito produzido por Isaías Alves, e nele foram compilados alguns discursos, palestra, relatos sobre conferências em que o mesmo fez parte em diferentes eventos pela Bahia no contexto do Estado Novo. Nesse período Alves é membro do Conselho Nacional de Educação (1931-1958).

³² A discussão foi brevemente apresentada no tópico 1 “Assistência à lepra”, desse mesmo capítulo.

adeptos e atingir maior abrangência territorial”. Esse estímulo foi influenciado a partir dos atritos produzidos pelos diferentes posicionamentos a respeito do combate a lepra no estado de São Paulo. Chocavam-se especialmente humanitários como Alice Tibiriçá, que recomendavam o isolamento domiciliar, com os isolacionistas, representados pelos principais políticos e atores sociais do projeto anti-leproso e que defendiam o isolamento obrigatório em espaços como leprosários e colônias (SANTOS, 2011). As Sociedades Assistenciais tiveram como principais objetivos:

[...] amparar os doentes de lepra, quer construindo-lhes asilos, quer auxiliando suas construções, mantendo-os depois. Dirigia os já existentes, mandando fazer melhoramentos em obras, tais como pavilhões de diversões, enfermarias, oficinas, igrejas, etc.

Algumas sociedades, cuidaram também, de amparar as famílias, zelando e mantendo os filhos dos doentes, construindo preventórios e escolas profissionais ou granjas agrícolas, e por fim, concedendo-lhes pensões e auxílios. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 93).

A princípio, seguiam os ideais autônomos de ação preconizados por Alice Tibiriçá, mas foram perdendo força gradualmente e se alinhando com o modelo de saúde promovido pelo Governo Vargas, implementado de forma mais sistemática após a posse de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1934. Em 1935, período em que Eunice Weaver foi eleita presidente da Federação, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra teve inaugurada uma nova fase de relações mais estreitas com o Governo Federal (SANTOS, 2006, p. 62). E, então, assumiu outro posicionamento.

Como apresentou Santos (2006, p. 66), o “posicionamento de Alice Tibiriçá deve ser destacado como contraponto à gestão de sua sucessora na Federação, pois Eunice Weaver buscou sempre o apoio estatal”. A aproximação da Sociedade de Assistência e o Estado, também esteve evidente na mudança da sede para o Rio de Janeiro, o que proporcionou vantagens com a proximidade do Governo Federal.

Assim, as atividades desenvolvidas pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros passaram a ser compreendidas como parte integrante da política governamental de combate à enfermidade (SANTOS, 2006, p. 66), sendo orientadas a seguir o plano nacional de uniformização voltado principalmente para a atenção aos filhos dos leproso e na construção de preventórios:

[...] no intuito de orientar tôdas as atividades das Sociedades existentes coordenando-as para a execução de um programa nacional, dirigiu seus esforços, sem descuidar dos outros problemas da campanha, para a criação de preventórios, destinados ao abrigo de filhos dos lázaros, um dos pontos

mais importantes da campanha, e onde, mais útil e eficientemente poderia ser aproveitada a cooperação particular, salvando, atualmente, do contágio certo, inúmeras crianças, que amanhã, constituirão úteis elementos humanos para a prosperidade da Nação. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 132-133).

É dentro dessa orientação que surgiu uma das principais organizações de assistência aos leprosos na cidade de Salvador-Ba. Instalada em 1933, após a conferência para uniformização da Campanha contra Lepra, reunida do Rio de Janeiro, a Sociedade Bahiana de Assistência aos Lázaros deveria cumprir um estatuto e obrigações que eram submetidos a todas as instituições filiadas à Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Um deles, por exemplo, era a responsabilidade pela assistência aos doentes internados no leprosário e a suas famílias (BAHIA, 1936, p. 01). A Sociedade Bahiana de Combate a Lepra foi fundamental na organização do auxílio aos doentes leprosos, entre suas principais funções e serviços promovidos estiveram:

Serviços prestados aos lázaros do Hospital D. Rodrigo de Menezes. Construiu oficinas e fez outros melhoramentos nesse Hospital. Cuidou de construir um preventório em Aguas Claras. Construiu uma granja agrícola para filhos de doentes em idade juvenil, inaugurada em 16/5/33, em terreno doado pelo prefeito de São Salvador. Promoveu festividades. (SERVIÇO NACIONAL DE LEPROSA, 1950, p. 95).

Ela também esteve responsável por organizar campanhas filantrópicas, como a que aconteceu no ano de 1936, considerado o ano de maior atividade da Sociedade. Com o apoio das senhoras que fizeram parte da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, D.D. Eunice Weaver, América Xavier da Silveira e Olga Teixeira Leite³³, foi organizado uma grande Campanha de Solidariedade na cidade de Salvador, que, durante seis dias arrecadou verbas suficientes para a compra de uma fazenda que estruturou o preventório para o filho sadio do hanseniano baiano. Um relatório desse mesmo ano, produzido pela Diretoria da Sociedade Bahiana de Combate à Lepra, apresentou a campanha e outras informações como a uniformização do estatuto ao das Sociedades Federadas, apresentado como atitude vantajosa:

³³ Eunice Weaver, presidente. América Xavier, 1ª vice presidente. Olga Teixeira Leite, tesoureira. Compuseram a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Percorreram por vários estados brasileiros promovendo campanhas como no caso da Bahia, em 1936, que arrecadou verbas para a construção do preventório dos filhos sadios dos lázaros. (BAHIA, 1936, p. 2)

Ainda em consequência da visita das Exmas. Senhoras representantes da Diretoria da Federação tivemos depois de um accordo com a Directoria e em sessões de Assembléa Geral, de fazer a discussão, a adaptação e ao mesmo tempo uniformização dos nossos estatutos ao das Sociedades Federadas, não se podendo contestar a vantagem da uniformização das instituições, que trabalham com o mesmo fim. (BAHIA, 1936, p. 10).

Nessa mesma reunião também foi estabelecido que a atual direção entregasse a administração à nova direção eleita, “toda ella feminina e escolhida entre o nosso escól social, desde que fossem recebidas as quantias arrecadadas durante a Campanha de Solidariedade” (BAHIA, 1936, P. 10). Segundo Santos (2006), as mulheres sempre estiveram em posições de comando das Sociedades de Assistência aos Lázaros, principalmente, as que pertenciam as elites locais.

O dinheiro arrecadado na campanha da cidade de Salvador seria destinado à construção do Preventório para os filhos sadios dos lázaros na Bahia e fez parte de um plano maior entre outras campanhas promovidas pelas Sociedades em todos os estados do país. A construção do preventório³⁴, no que dizia respeito à assistência aos leprosos e seus familiares, marcou como um momento de grande importância para o estado baiano. Com o título *Uma grande obra, em benefício da raça*, o jornal *Diário de Notícias* do ano de 1936, divulgou uma foto destacando os principais responsáveis pela organização da Campanha na Bahia. Foram eles o Secretário Geral Octávio Torres, que também ocupava a função de Diretor do Leprosário Rodrigo de Menezes, o Dr. Barros Barreto, Secretário de Educação e Saúde Pública e as representantes da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, D^a. Eunice Weaver que ocupava o cargo de Presidente, D^a. América Xavier da Silveira, Vice-presidente, e Olga Teixeira Leite que ocupava o cargo de Tesoureira:

³⁴ “A criação e manutenção dos preventórios (instituições que cuidavam dos órfãos sadios provenientes de famílias com casos de lepra) ficou a cargo das Sociedades” (SANTOS, 2006, p. 48).

Figura 8 – Comissão de organização da Campanha de Solidariedade na cidade de Salvador-BA.



Fonte: BAHIA, Diário de Notícias, 31 de Março de 1936.

Com grande repercussão na sociedade baiana, a Campanha de 1936 era noticiada na imprensa com a intenção de divulgação e de conseguir mais doações. Na mesma página em que o Diário de Notícias publicou a foto é apresentado um texto que proporciona a partir do discurso, a dimensão dos interesses ao mostrar que as campanhas passavam a ganhar destaque no Brasil:

A obra de assistência aos lazarus, a campanha salutar que se vem realizando em todo o País, em prol dos infelizes atingidos pelo mal de Hansen, vai obtendo a mais franca adesão, o mais eficaz auxilio de todas as villas ou capitaes, até onde teem chegado os appelos das almas bem formadas que se interessam por minorar o soffrimento do proximo. (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 31 de março de 1936).

Além de demonstrar o caráter de sucesso das campanhas em benefício dos filhos dos lázaros pelo país, a matéria expôs o avanço e a participação dos estados, cidades e municípios como reflexo da “beleza moral da alma brasileira” e também apresentou a ação como importante na relevância social e na significação patriótica em benefício do aperfeiçoamento da raça (*Diário de Notícias*, 31 de março de 1936). O texto deixou evidente o caráter eugênico das campanhas, que permaneceu mais preocupada com a salvação da raça ao invés de se preocupar com uma profilaxia que realmente oferecesse a cura ao doente leproso.

As ações da Sociedade de Assistência aos Lázaros representaram uma tentativa de construção de uma sociedade sem a presença da lepra, mesmo que isso implicasse na separação entre filhos e pais: “[...] uma geração forte, livre das influências maléficas da lepra” (*Diário de Notícias*, 31 de março de 1936). Segundo Santos (2006, p. 69), entretanto, o discurso usado para legitimar a ação preventorial e mostrar que a separação dos filhos de leproso do seio de suas famílias beneficiaria a criança, não se adequava à realidade, pois o estigma as acompanhava por toda a vida, obrigando-as a esconder sua ascendência.

Em outra campanha, datada de 1939, Isaias Alves, no discurso de encerramento, apresentou o caráter de importância das Campanhas de Solidariedade e evidenciou a preocupação com as futuras gerações, discussão muito presente nesse período, já que as crianças eram consideradas responsáveis pelo futuro do país:

[...] em benefício dos lázaros, foi uma bênção para as novas gerações, foi um chamamento à consciência das gerações maduras, foi um despertar de pensamento construtivo que habilitará os baianos a compreenderem como se fazem os movimentos que elevam a sociedade, que organizam as instituições, que disciplinam as classes que constituem a Pátria. (1939, p. 143).

As atenções sobre aqueles que poderiam depender do sujeito leproso fizeram parte das ações desde a IPLDV, criada com a política sanitária de 1920 e encerrada na Bahia em 1930 (Cf. Batista, 2017). Porém, ganhou proporção maior no período varguista, principalmente no que dizia respeito aos filhos e filhas dos doentes. A assistência passaria a ser compreendida como uma teia que deveria, também, atender aqueles que dependiam do sujeito leproso. No entanto, a intenção de cuidar dos que ficariam desassistidos com o isolamento de um doente que contribuía no sustento da família, também fez parte da tática para manter o sujeito doente internado, pois se entendia que, sem preocupações com seus familiares, os doentes internos não teriam motivos para fugir do internamento. Então a assistência passou a ser defendida de forma mais ampla e sem restringir-se apenas ao doente, como podemos perceber a partir do fragmento de uma matéria do jornal *Diário da Bahia*:

Não basta, porém, para a campanha que actualmente se move no Paiz contra o mal de Hansen, o isolamento dos leproso. É mister que conjunctamente se combatam as suas dôres physicas e moraes. É preciso que longe da família, o leproso tenha a certeza de que nada lhe falta e de que seus filhos estão amparados. Não é outro o grande problema social que

ora tanto preocupa os abnegados protectores das victimas da lepra. (*Diário da Bahia*, 1 de abril de 1936).

Talvez, por perceber isso como preponderante no controle dos doentes, essa questão foi integrada às ações das Sociedades filiadas à Federação e apareceu como um dos critérios na conclusão da 1ª Conferência Nacional de Assistência Social aos Leprosos, em 1939³⁵:

10.º - Para execução da assistencia moral e material á familia do lazaro – o que concorre favoravelmente para mante-lo no isolamento - deverão ser empregados todos os meios possiveis, principalmente os seguintes:
a) - recolhendo e mantendo em estabelecimento adequados os filhos menores e sadios dos doentes de lepra. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AOS LEPROSOS, 1939, p. 432).

Caso o doente não cumprisse as exigências sanitárias ou fugisse do isolamento, sua família perderia a assistência promovida pela Sociedade de Assistência aos Lázaros, como é apresentado em uma outra questão na conclusão da Conferência: “Salvo casos especiaes, não devem ser auxiliadas as famílias dos lazarus foragidos dos hospitais ou aquelas que não se submeterem ás medidas de vigilância e profilaxia determinadas pela autoridade sanitaria” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AOS LEPROSOS, 1939, p.433). Outra medida importante, que poderia ser utilizada como mecanismo para manter os doentes isolados, seriam as reformas nas instalações dos leprosários, tendo em vista o oferecimento de um local confortável e atraente. Mas, para conseguir verbas suficientes e manter os investimentos nas instalações era necessário convencer as pessoas da necessidade da contribuição a partir de doações. Assim, médicos e integrantes das Sociedades de Assistência utilizavam argumentos que amedrontavam e buscavam sensibilizar:

É na maioria dos casos, a atitude dos pobres morféticos presos no Leprosário. Enquanto dispersos pela sociedade, poderão êles tudo fazer para fugir à disciplina do recolhimento. Seguirão, talvez, credices e mitos, que lhes dêem a esperança na cura, na contaminação dos semelhantes, Terão desejos satânicos de transmitir o mal, para deles se verem libertos. Mas ao transporem os penetrais do hospital, adquirem uma nova mentalidade, um novo sentimento humano [...] ambiente regenerador [...] Os lázaros fazem-se amigos e querem apenas que a sociedade deles se não esqueça, e que lhes traga, para dentro dos muros, que alguns de fora

³⁵ Foi realizado no Rio de Janeiro a 1ª Conferência de Assistência Social aos Leprosos, promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, com a finalidade de Coordenar a Ação Social das Sociedades filiadas à Federação dentro da moderna orientação de Combate a Lepra (CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AOS LEPROSOS, 1939, p. 425).

consideram paredes de cemitério de vivos, um pouco de alívio em meio de suas provações, algum lenitivo que os faça esquecer o seu perene sofrimento. (ALVES, 1939, p. 146).

Exercendo papel de grande importância, a caridade também se desenvolveria como sinal positivo para manter os leprosos internos satisfeitos com as instalações bem cuidadas e que oferecia conforto, sem sentirem a necessidade de retornarem para o convívio social e aceitando suas condições de sujeitos leprosos. Situação importante que manteria a saúde das pessoas consideradas sãs em total segurança; “Aqui vamos dar aos leprosos a hora da tranquilidade, do esquecimento do seu próprio mal e de gratidão para os que estão fora dos muros do hospital e que não se esqueceram da sua dor, não olvidaram o seu desconforto” (ALVES, 1939, p. 151).

A construção de um preventório na Bahia passou a ganhar ainda mais força a partir das discussões sobre hereditariedade da lepra e a respeito dos cuidados em que deveriam oferecer aos filhos de leprosos, o leprologista Eduardo Rabello, em uma fala divulgada na matéria publicada no *Diário da Bahia*, em 1936, apresentava ser 80% dos casos de lepra originados a partir do contato íntimo e prolongado do domicílio, o que tornava a criança uma das mais susceptíveis à infecção e, concluiu ser necessária a criação do preventório como solução no impedimento de novas infecções:

[...] todas estas questões prophylaticas attenderá a collocação das creanças nos Preventórios: em primeiro lugar, pelo afastamento do fóco, do individuo mais susceptivel; em segundo protecção que dá justamente aos que estão mais adistrictos ao contacto íntimo e prolongado com o infectado e, finalmente pela possibilidade que traz para os casos latentes de sobrestar ao desenvolvimento ulterior da lepra, [...] e, ainda, sobre as condições de vida anti-hygienica que passara facilitar a explosão da doença. (DIÁRIO DA BAHIA, 1936).

O texto da notícia segue com um discurso favorável à Campanha e apresentou a criação do preventório como indispensável e que; “virá prestar á nossa terra e á nossa gente serviços incalculáveis de uma assistência indispensável e inadiável” (DIÁRIO DA BAHIA, 1936). A matéria encerra com uma espécie de chamado à sociedade soteropolitana que, não poderia ser indiferente a Campanha: “Sigamos o exemplo de outros Estados. Façamos tudo para que o êxito do movimento há pouco iniciado entre nós seja completo e compensador” (DIÁRIO DA BAHIA, 1936).

A cooperação da Federação das Sociedades de Assistência foi de tamanha importância, tanto em níveis estaduais quanto nacional que o presidente Vargas, a

partir do Decreto 1.473, de 8 de março de 1937, declarou de utilidade pública a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra (BRASIL, 1937). As ações de todas as Sociedades federadas passaram a exercer caráter nacional; “obedecendo uma orientação uniforme, a Federação vai coordenando toda a atividade oriunda da ação das diversas unidades existentes por todo o país, evitando a dispersão de esforços” (SERVIÇO NACIONAL DE LEpra, 1950, p. 136).

A Campanha de Solidariedade na cidade de Salvador encerrou-se com verbas suficientes para a compra de uma fazenda que estruturou o preventório, o local foi escolhido pela própria comissão organizadora, como foi apresentado no relatório da Sociedade Bahiana:

Antes de deixar a Bahia aquelas senhoras e o nosso Secretario Geral correram diversos sítios (9 ou 10) nas proximidades da Capital, afim de escolherem o local para o Leprosario e o Preventorio futuros, tendo de todas ellas impressionado melhor a fazenda Aguas Claras, onde ja existe uma vivenda bem installada e que poderá albergar immediatamente umas 30 a 40 crianças. No mesmo terreno, distanciado uns 4 ou 5 kilms. Ficará o leprosario, com a respectiva zona, neutra, para administração. A propriedade visada tem 350 hectares, mais ou menos de extensão. (BAHIA, 1936, p. 7).

Mesmo com o final da campanha, alguns grupos continuaram a arrecadação, segundo o relatório da Sociedade Bahiana (BAHIA, 1936, p. 8), “Um appello foi feito aos prefeitos dos municipios do Interior afim de ver se conseguimos augmentar a quantia para construção e manutenção do Preventorio”, visto que a instituição abrigaria os filhos dos doentes tanto da capital como os do interior. Porém, foi apresentado no relatório, entre 140 ou 150 municípios em que o estado da Bahia estava administrativamente dividido, apenas oito ou dez responderam, dos quais, apenas 4 ou 5 enviaram suas contribuições. Diante da falta de resposta algumas questões foram levantadas no próprio relatório:

Quaes as causas desse silenciamento perguntamos, nós? Será que somente a política tenha valor para os administradores do Interior? Será indiferença pela sorte dos seus administrados? Será por falta de educação social para uma campanha de tal natureza? Teriam recebido os folhetos acima referidos somente os Municipios, que attenderam ao appello da Sociedade? [...], qual razão do silencio não sabemos declarar. (BAHIA, 1936, p. 8-9).

Da mesma forma como foi apresentada na documentação, a resposta para esses questionamentos permanecem sem conclusão. Porém, é possível levantar

algumas hipóteses, pois, talvez não existisse preocupação entre os municípios do interior do estado, ou até mesmo, os gestores não entendessem a necessidade de separação dos filhos dos leprosos na perspectiva que os governantes da capital compreendiam. Havia também a possibilidade desses gestores não considerarem ações promovidas para a saúde coletiva como atitude de responsabilidade pública, visto que essa questão só passou a ganhar maior força na segunda década do século XX.

As obras de construção foram iniciadas apenas em 1939 e, em 1943, o Educandário Eunice Weaver foi inaugurado, localizado na fazenda Águas Clara, na cidade de Salvador-BA. É interessante perceber que o preventório recém-inaugurado foi denominado como “Educandário”, e isso fez parte de uma das reivindicações na Conferência Nacional de Assistência aos Leprosos de 1939, quando Eunice Weaver propôs “a substituição da denominação ‘preventório’ pela de ‘instituição’ para os estabelecimentos destinados a abrigar filhos de doentes de lepra” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AOS LEPROSOS, 1939, p. 431). Segundo Santos (2006), a troca de nomes esteve ligada ao objetivo de livrar do estigma as crianças internadas, mas o autor afirma que, baseado em outras documentações, não existiu grandes mudanças e as crianças continuariam a sofrer as consequências de serem descendentes de leprosos.

Souza Araújo publicou em 1948, o volume II da *História da Lepra no Brasil*, um álbum de retratos que apresentou quase todas as organizações anti-leprosas do país. Entre elas existem fotos do preventório de Salvador no ano de 1945, dois anos após sua inauguração. As fotos foram apresentadas em uma seção de quatro imagens marcadas e descritas como: 1 – Recreio; 2 – Jardim de infância; 3 – Refeitório; 4 – Gabinete dentário onde trabalhava a Cirurgiã-Dentista Sta. Duse Eleonora Barbosa de Amorim:

Figura 9 – Preventório Eunice Weaver.

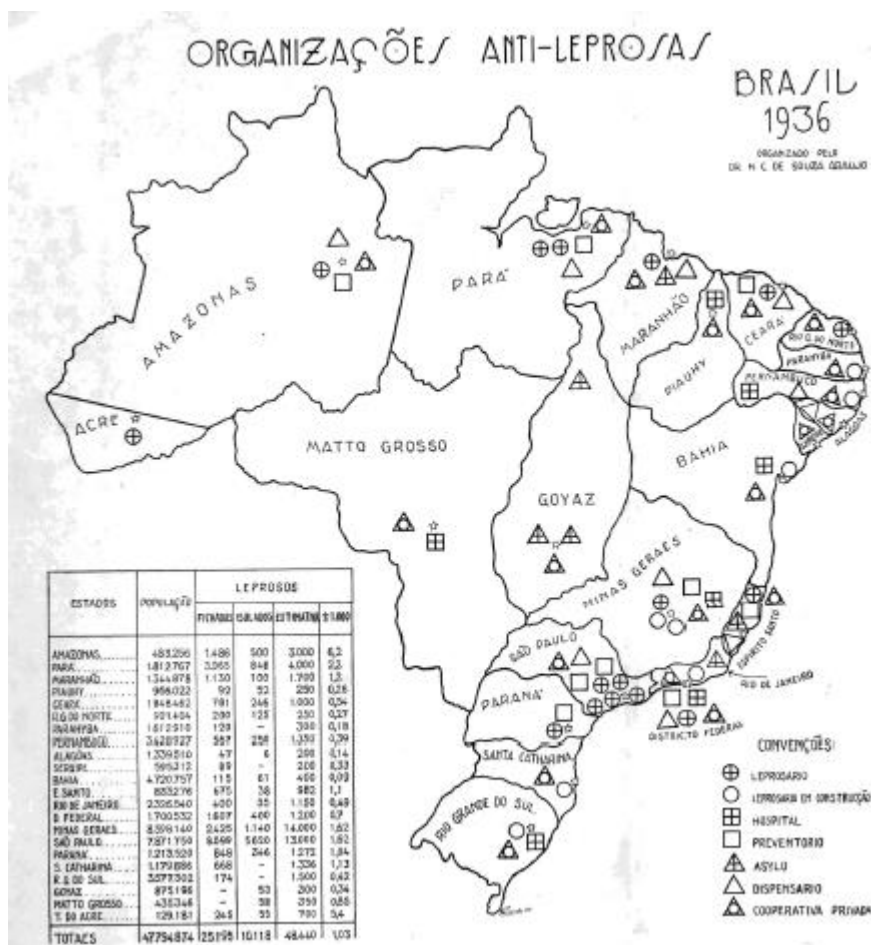


Fonte: ARAUJO, 1948, p. 152.

Nas imagens é possível perceber a organização do ambiente, todas as crianças vestidas com roupas padrão, refeitório e creche com cadeiras e mesas bem posicionadas, a largura das janelas e portas nos ambientes apresenta um aspecto de ventilação e luminosidade. Na imagem três, também é perceptível duas meninas encostadas na parede, aparentemente observavam o comportamento das crianças menores, essa imagem dá a ideia de que talvez alguns serviços prestados no próprio preventório também fossem exercidos pelas crianças de idade mais avançada entre as internas.

As ações publico-privadas oferecidas pela Sociedade Bahiana de Assistência a Lepra foram muito importantes na construção e manutenção de instituições estratégicas para o isolamento de leprosos e dos filhos sãos. Previsto no regulamento das federações, a Sociedade Bahiana também esteve responsável no amparo dos familiares dos doentes e contribuiu para que o estado da Bahia mantivesse, na medida do possível, a mesma organização que os outros estados, como podemos perceber no mapa abaixo:

Figura 10 – Mapa das organizações anti-leprosas do Brasil em 1936.



Fonte: ARAUJO, 1937.

É evidente no mapa, que no ano de 1936, existiu na Bahia um leprosário em construção, um hospital e uma cooperativa privada, sendo referente ao Educandário Eunice Weaver, o Leprosário Rodrigo de Menezes e uma granja agrícola, instalada em um terreno doado pela prefeitura de Salvador e mantida pela Sociedade de Assistência aos Lázarus, assim como as duas anteriores instituições citadas.

2.5 O VELHO CASARÃO E A RESISTÊNCIA ÀS AÇÕES DO TEMPO

Ao seguir o modelo nacional de serviços à saúde, é possível percebermos que o estado da Bahia promoveu mudanças na assistência aos doentes leproso com o passar dos anos. O Leprosário D. Rodrigo José de Menezes protagonizou papel de destaque nesse processo. De início, um lugar que apenas segregou e controlou pessoas consideradas doentes do restante da sociedade e, aos poucos,

se transformou em um espaço de assistência para o cuidado e cura dos acometidos desse mal. Essas mudanças foram reflexos da própria transformação dos serviços sanitários, como podemos perceber, na prescrição de tratamento da sífilis, lepra e doenças venéreas do Código Sanitário de 1925: “ministrando-lhes os conselhos necessários para uma cura definitiva” (BAHIA, 1925, p. 433)³⁶.

O Leprosário Rodrigo de Menezes, assim como a maioria dos leprosários no Brasil, permaneceu por muito tempo sob a responsabilidade das ações filantrópicas. A partir da segunda década do século XX, com a reelaboração da assistência e o compromisso do Estado com a saúde pública, houve algumas intervenções promovidas pelo governo. Com a instituição do Código Sanitário na Bahia, em 1925, cobranças para uma melhor atenção e assistência no combate à lepra, ganhou mais destaque entre os médicos. Nesse mesmo período as instalações do Rodrigo de Menezes estiveram no alvo de diversas críticas. Durval Moreira da Silva Lima apresentou em sua tese, que:

A pedra fundamental de qualquer campanha contra a lepra na Bahia está ou na construção de um leprosario modelo, em local apropriado e com todos os requisitos que a hygiene moderna exige para estabelecimentos que taes, ou na reforma do nosso Hospital de Lazaros, que o habilite, emquanto o Governo não installar a Colonia Agricola que, segundo o Codigo Sanitario, pensa construir, prestar reaes serviços para o exito da campanha, que, quanto antes, desejamos reiniciada na Bahia. (LIMA, 1926, p. 6).

Porém, mesmo com uma lei que orientava a construção e organização dos ambientes em que os leprosos deveriam ser isolados, não foi seguido por todos os estados, como foi o caso da Bahia, que não tinha condições financeiras de arcar com os gastos de manutenção. Durval Moreira da Silva Lima (1926) utilizou comentários nostálgicos para marcar o grande destaque já oferecido pelo antigo leprosário e sobre sua importante função na preservação da saúde coletiva, disse se entristecer vê-lo entregue a própria sorte:

Embora parte do edificio esteja em ruinas, ennegrecidas pelo tempo, o que resta de pé, não obstante muito estragado, bem demonstra nas suas linhas coloniaes, nas suas arcadas, columnas e azulejos que foi um estabelecimento construido a capricho e que tanto honra a epoca e os homens que o edificaram, quanto envergonha e deprime as gerações que o deixaram ficar em ruinas (LIMA, 1926, p. 7).

³⁶ É importante ressaltar que nesse período a cura para a lepra não era algo definitivo. Com o avanço da doença vão surgindo lesões físicas que atingem pele e nervos do doente e por ser um processo difícil de ser revertido o diagnóstico tardio é um alerta presente ainda hoje nos manuais de orientação aos profissionais da saúde. A frase pode ser interpretada como mecanismo de propaganda utilizado por Barros Barreto.

As reformas no Leprosário Rodrigo de Menezes, só foram iniciadas, em meados de 1928, e passou a receber uma atenção maior a partir das reformas sanitárias promovidas pós-1930, quando Getúlio Vargas instituiu um sistema mais centralizado. A criação da Sociedade Bahiana de Assistência aos Lázaros, em 1933, também manteve papel de destaque a partir das ações filantrópicas promovidas. Em uma das notícias publicada no *Diário da Bahia*, em 1936, que apresentou a Campanha de Solidariedade, comentada no tópico anterior, comprova a evidente importância do Leprosário Rodrigo de Menezes, apontado como o primeiro leprosário do Brasil e que prestou importantes serviços, por mais que estivesse na maior parte do tempo “relegado pelo poder público”.

O texto seguiu apresentando que; “O velho casarão da Quinta dos Jesuitas resistiu á acção destruidora do tempo e da incuria dos nossos governantes, acolhendo sempre os exilados da sociedade, victimas do mal de Hansen”. A notícia tentava sensibilizar o leitor, ao mostrar que o leprosário se manteve por muito tempo sem ajuda do estado, mesmo exercendo uma função tão necessária. Concluiu nos parágrafos seguintes, com comentários que solicitava a participação da sociedade baiana para que a campanha se encerrasse com grande êxito.

Com a especialização da medicina, tornou-se cada vez mais frequente os testes e medidas que conseguissem combater ou desvendar a forma de transmissão da enfermidade. Porém, o elemento principal continuou sendo a exclusão dos leprosos, ação que deveria estar associada às medidas sanitárias harmônicas, adotadas no combate à lepra, entre os governos estaduais. Dilma Cabral (2013, p. 240) discute que essas medidas pretendiam evitar que “os leprosos ultrapassassem as fronteiras estaduais, fugindo aos rigores das leis sanitárias adotadas isoladamente ou em busca de melhores chances de tratamento”. Um episódio descrito no Relatório da Diretoria da Sociedade Bahiana sobre o Leprosário Rodrigo de Menezes, de 1936, nos leva a refletir sobre essa questão. De início, o documento descreve uma crise financeira com cortes de verbas, de funcionários e na paralização das reformas que vinham acontecendo:

A sociedade não dispõe dos recursos necessarios para perfeita assistencia ás famílias dos lazaros, mas apesar disto tem feito alguma cousa com os recursos de seus cofres – facilitando remédios, roupas, dinheiro, alimento, etc. – a alguns parentes dos internados e dos mais necessitados. (BAHIA, 1936, p. 18).

Dentro desse contexto de redução das verbas, por parte da Sociedade Baiana, que apontou uma queda na assistência aos doentes e seus familiares, o documento relata sobre dois doentes que fugiram das instalações. Pela descrição, eram pessoas que possuíam algum destaque dentro do leprosário. Um deles se chamava Alceu, tinha iniciado naquele mesmo ano aulas para os doentes que ainda não sabiam ler e também era contramestre de uma banda de música que existia no leprosário. O outro fugitivo era o chefe da oficina de sapateiro. O documento também apresenta suas localizações; “Soubemos, posteriormente, que os dois doentes foram para o Rio – estando um internado no Leprosario de S. Christovam e o outro no Hospital Colonia de Curupaity” (BAHIA, 1936, p. 15).

Esse episódio pode indicar que, a ida desses doentes para a capital, talvez estivesse ligada a possibilidade de encontrar um tratamento mais adequado ou instalações mais confortáveis. E, para afirmar essa possibilidade, é importante destacar a frase que vem logo após a apresentação do paradeiro desses doentes: “A gallinha do vizinho é mais gorda do que a minha, diz o velho dictado” (BAHIA, 1936, p. 15). Dentro desse contexto de uniformização das medidas, Cabral (2013, p. 240) discute sobre a preocupação entre os estados mais desenvolvidos do período e a cobrança de médicos e governantes para que todos apresentassem as mesmas condições de assistência, pois, estava “o temor dos estados de que as modernas leprosarias construídas se tornassem um atrativo para leprosos de outras origens”.

É possível perceber que existiram alguns conflitos entre as ideias apresentadas nas fontes. Algumas delas apresentaram um quadro de renovação e melhoramento do Leprosário Rodrigo de Menezes, como foi apresentado no tópico três desse mesmo capítulo, e, outras, as dificuldades apresentadas pela mesma instituição, em um período curto de tempo. Essas questões podem ser pensadas a partir de uma problematização sobre o lugar de fala de cada sujeito e os possíveis interesses e imprecisões de quem as escreveu. Os locais de assistência aos doentes também foram palco de conflitos, interesses e discussões, como o descrito no relatório da Sociedade Bahiana de Combate à Lepra, em 1936, que criticava manifestações que tentaram deslegitimar as ações de assistência oferecidas aos doentes: “apezar da campanha derrotista, da propaganda contra o hospital e contra a Sociedade, feita por dous ou tres espiritos pequeninos e que não viam com bons olhos a obra de patriotismo” (BAHIA, 1936, p. 7).

Após as atenções da assistência público-privada se voltaram, quase que exclusivamente, para a construção da fazenda Águas Claras. Em meados do ano de 1936 e intensificado a partir de 1939, com o início das obras, ocasionou-se um impacto negativo na estrutura e na oferta da assistência no Leprosário Rodrigo de Menezes:

Desde que ficou resolvida a mudança do Leprosario para outro ponto – deliberou a Sociedade Bahiana de Assistencia aos Lazaros suspender as reformas a que estava procedendo – na cozinha, despensa, etc. – fazendo sómente reparos inadiaveis e que se não fossem realizados imediatamente, determinavam prejuizos muito maiores. (BAHIA, 1936, p. 12).

Quase que em sincronia com as novas demandas de assistência em relação à fazenda Águas Claras, leis e decretos que buscaram seguir os padrões nacionais de uniformização das ações de combate a lepra foram institucionalizadas. Em abril de 1941 foi implementado o decreto n. 1.171, que reorganizou o DNSP, o MESP e deu outras providências, como exemplo a inclusão do órgão de Serviço Nacional de Lepra (SNL). Três anos depois, foi aprovado o Regimento do SNL, que tinha entre suas finalidades: “organizar, em todo o país, o plano de combate à lepra, constituindo-se em centro orientador, coordenador e fiscalizador das atividades dos serviços públicos e privados empenhados nessa campanha” (BRASIL, 1944). Também foi um período em que deram seguimento ao processo de padronização dos serviços de combate à lepra em todo o país, buscando uniformizar os trabalhos e modelos de serviços:

[...] com a Divisão de Obras do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde, na organização de projetos e plantas padrões para colônias, sanatórios, hospitais, asilos, preventórios e dispensários destinados à campanha contra a lepra. (BRASIL, 1944).

Como parte dessa padronização, havia um artigo que buscou aconselhar sobre as estruturas das instalações responsáveis por oferecer a assistência aos doentes, e essas opiniões diziam respeito, por exemplo: “a conveniência de construção, instalação, localização ou funcionamento de estabelecimentos destinados às atividades do programa contra a lepra” (BRASIL, 1944). E o Leprosário Rodrigo de Menezes esteve dentro desse processo de avaliação pelo superintendente do Serviço de Profilaxia da Lepra, Armando Pondé. No Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Secretário de Educação e Saúde, em 1948, o

superintendente apresentou duras críticas à situação do Leprosário. Ao que parece, as críticas foram feitas para incentivar o fechamento do Rodrigo de Menezes e, com isso, receber um possível investimento público para que fosse dado seguimento às obras da Colônia de Águas Claras, até então construída pela iniciativa privada:

Bem avisados andaram, pois, os que, pretendendo dar uma solução ao momentoso assunto se dispuzeram de logo a abandonar a idéia do aproveitamento do velho pardieiro onde vem funcionando o leprosário secular, empenhando-se na construção do moderno Hospital-Colônia prestes a inaugurar-se. (PONDÉ, 1948, p, 285).

Como é possível perceber, o superintendente argumentou ser necessário abandonar as ideias de reformas do leprosário, considerado “pardieiro”. O que nos leva a conclusão de que essa atitude pode ir de encontro à existência de pessoas que ainda pensavam na possibilidade de reforma do espaço. Pondé (1948, p. 285), também acrescentou que: “As precárias condições do Leprosário Rodrigo de Menezes, fato sobejamente conhecido pelos que estão a par do problema da lepra na Bahia, são por sem dúvida maior empecilho a uma assistência eficiente”. Comentários sobre a localização do Leprosário, sobre as instalações, a falta de profissionais, sobre a alimentação, vestuário dos internos, a falta de espaço para diversão e a evasão de doentes também marcaram o relatório:

[...] é tudo quanto pode haver de mais inadequado ao problema. Trata-se de um velho prédio, situado no perímetro urbano, o que é de todo o ponto desaconselhável, em péssimas condições de conservação e asseio, onde, por outro lado, não ha espaço para seleção dos doentes, de acordo com as formas clínicas com as diferenças de nível social e cultural e com a idade de cada um dos internados, que vivem deste geito em acentuada promiscuidade, o que é, a todas as luzes, desaconselhado pela orientação moderna, por que se norteiam os serviços dessa natureza. (PONDÉ, 1948, p. 286).

Críticas a respeito da localização do Rodrigo de Menezes não eram novidade, pautadas desde 1936, a partir da mensagem do governador do estado, Juracy Magalhães, que condenou o leprosário, já marcavam a preocupação em mantê-lo o mais distante possível dos centros e do restante da população que não apresentava a doença: “(Mensagem á Assembléa Legislativa do Estado, em 9-6-36), condenou formalmente pela sua localização e pretende remover para fóra do perímetro urbano” (ARAUJO, 1937, p. 127). Marcia Pinheiro (2008) abordou a função de exclusão social do Leprosário Rodrigo de Menezes analisando sua localização e os

impactos causados com o crescimento da cidade em sua direção, entre finais do século XIX e início do século XX:

A questão da localização afastada dos leprosários foi tão relevante na história social da instituição, que enquanto o crescimento da cidade não chegou a seus arredores, a função de segregar os leprosos esteve assegurada. Contudo, não se podendo barrar o desenvolvimento urbano, esta distância foi ficando cada vez menor, chegando ao ponto de não mais existir. (PINHEIRO, 2008, p. 50-51).

Após a apresentação das “precárias condições do Leprosário Rodrigo de Menezes”, Pondé (1948) apresentou como resultado, o investimento para uma rápida inauguração da Colônia de Águas Claras:

A inauguração do Hospital-Colônia de Aguas Claras virá sem dúvida enriquecer o número de tais realizações. A solução do problema não está, entretanto, a depender da realização exclusiva das obras materiais. Muito pouco teremos conseguido se à solução da presente equação não concorrerem dois elementos fundamentais: verbas suficientes para a sua manutenção; pessoal adestrado para dirigi-lo. (PONDE, 1948, p. 292).

O Leprosário D. Rodrigo José de Menezes ficou ativo até meados de 1947-48, quando foi inaugurada a Colônia de Águas Claras. O fechamento do Rodrigo de Menezes pode ser explicado por meio das novas demandas de modernidade e uniformização das propostas de combate à lepra pelo SNL. As críticas depositadas à estrutura e as dificuldades na assistência oferecidas no Leprosário, talvez, tenham sido frutos da suspensão dos investimentos da Sociedade Baiana de Assistência aos Lázaros, como foi apresentado no Relatório da Sociedade de 1936³⁷. Pelos dados apresentados nas fontes, as dificuldades desse grupo se arrastaram até o momento em que aconteceu a desativação das instalações do Leprosário, e assim:

O Serviço de Profilaxia da Lepra, que até então constituía-se exclusivamente do Leprosário Rodrigo de Menezes, passou a organizar-se desde janeiro em Superintendência, encarregada da supervisão geral daquele Hospital, das atividades epidemiológicas e profiláticas e dos trabalhos de instalação da Colônia Águas Claras, além da assistência técnica do Preventório (TEIXEIRA, 1949).

Embora os acordos pós-1920 tenham proporcionado melhores condições de vida aos doentes, e o estado da Bahia se empenhado em seguir as reformas de modernização do sistema sanitário nacional, é possível observar que o cuidado com a lepra continuou baseado no modelo segregacionista, especialmente para a população pobre, que não possuía condições de adaptar suas casas conforme os

³⁷ Discussão apresentada nas páginas 73-74.

critérios das autoridades sanitárias nacionais. Segundo Damasco (2005, p. 18), “[...] com o tempo foi possível observar que o isolamento dos doentes foi uma iniciativa que não se revelou capaz de controlar a endemia, tendo somente contribuído para aumentar o medo e a repulsa da sociedade”. O modelo segregacionista colocado como profilaxia principal, esteve previsto no Brasil até meados de 1962, quando foi instituído o Decreto 968 de 7 de maio de 1962, que determinou: “sempre que possível, evitada a aplicação de medidas que impliquem na quebra da unidade familiar, no desajustamento ocupacional e na criação de outros problemas sociais”, ação que iniciou o desmonte do modelo segregacionista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das questões apresentadas nessa pesquisa busquei evidenciar, inicialmente, as construções simbólicas que marcaram a lepra e os doentes leprosos. Para que fosse possível essa compreensão tive que recuar no tempo e demarcar as influências cristãs na contribuição da associação entre lepra e pecado, responsável por influências que reforçaram o estigma já apresentado desde o período medieval. Assim, poder pensar a singularidade dessa doença a partir da concepção de construção social, visto que as doenças também são construídas socialmente. Permeando o imaginário social que busca definir os sintomas biológicos daquilo que vai ser identificada como doença e, muitas das vezes, assimilada, revestida e reforçada pelo discurso médico.

No caso específico da lepra, as novas descobertas científicas marcaram sua trajetória histórica com alterações. Sua instituição como entidade clinicamente distinguível estabeleceu-lhe um lugar na agenda científica e transformou algumas concepções em torno dos conteúdos etiológicos da doença, o que evidenciou a falta de unidade ao conceito da lepra e impossibilitou sua apreensão dentro de um modelo preciso e único.

O estudo da lepra em Salvador se mostrou necessário para compreensão dos aspectos sociais e influências diretas na maneira em que a sociedade baiana se organizou para combatê-la. Os conflitos oscilaram entre cobrança de ações por parte do estado, preocupação com a assistência aos doentes e familiares, além da falta de verbas e desinformação sobre a doença. Marcar essa experiência como singular é importante, por mais que estivesse instituído um padrão de política que buscava uniformizar a estrutura sanitária entre os estados, a partir de decretos e leis nacionais.

Todo o crescimento das ações de combate à lepra demonstra o poder simbólico que a doença representou. E o modelo tripé, instituído no governo Vargas, tornou ainda mais evidente essa situação. Porém, a manutenção e construção dos dispensários, leprosários e preventórios nem sempre era possível por parte dos estados, o que levou a filantropia a tornar-se peça chave na organização dessas estruturas. As ações filantrópicas já se faziam presentes no Brasil desde o período colonial e, mesmo após a proclamação da República, que buscou organizar um

sistema sanitário que exigia uma intervenção pública do Estado, continuou com suas ações desempenhando destaque.

No caso específico da lepra, as Sociedades de Assistência aos Lázaros representaram a importância da filantropia no país. Na Bahia, sua função foi responsável pela maior parte da criação de estruturas profiláticas de combate à lepra no pós-1930.

Ao apresentar setores responsáveis pelo isolamento dos doentes, torna-se evidente destacar o Leprosário Rodrigo de Menezes, em Salvador, apontado em documentação como um dos primeiros leprosários do Brasil e que desempenhou papel imprescindível na assistência aos doentes leproso da Bahia, até meados de 1947. A desativação das atividades do leprosário foi justificada pela inauguração da Colônia Águas Claras, considerada modelo mais adequado e que seguia os padrões de modernidade apontados pelo SNL, implementado pelo decreto n. 1.171, e que reorganizou o DNSP e o Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1941, e tinha entre suas finalidades organizar um plano de combate à lepra em todo o país.

FONTES

ALMEIDA, Absalão Perreira. *Estado actual da terapeutica da lepra*. Tese (Doutorado em ciências medico-cirúrgica) - Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1927. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18699>. Acesso em: 25 março 2018.

ALVES, Isaías. *Educação e brasilidade: ideias forças do Estado Novo*. [Rio de Janeiro]: José Olympio, 1939.

ARAUJO, H. C. de Souza. *A lepra e as organização anti-leprosas no Brasil em 1936*. Instituto Oswaldo Cruz e Centro Internacional de Leprologia, 1937.

ARAUJO, Heraclides Cesar de Souza. *História da Lepra no Brasil, período republicano (1889-1946)*. Volume II. Imprensa Nacional. Rio de Janeiro. 1948.

BAHIA. *Lei n. 1.811, de 29 de julho de 1925. Cria a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública*. Salvador, 1925.

BAHIA. *Relatório da Diretoria da Sociedade Baiana de Combate à Lepra*. Salvador, 1936.

BAHIA. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: ano de 1929*. Imprensa oficial do estado. Salvador, 1930.

BARBOSA, Salvador de Castro. *Pequena Contribuição ao tratamento da lepra*. Tese (Doutorado em ciências médico-cirúrgica) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador. 1924.

BARRETO, Antonio Luis C. A. de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde de Assistência Pública*. Salvador, 1927.

BRASIL. *Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1920b.

BRASIL. *Decreto n. 15. 484, de 8 de maio de 1944. Aprova o regimento do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, 1944.

BRASIL. *Decreto n. 3.987, 20 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços de saúde pública*. Rio de Janeiro, 1920a.

BRASIL. *Decreto n. 968, de 7 de maio de 1962. Baixa Normas Técnicas Especiais para o Combate à Lepra no País e dá outras providências*. Brasília, 1962. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/historiadahanseniose/media/Decreto968.pdf> >.

BRASIL. *Decreto nº 1.473, de 8 de Março de 1937. Declara de utilidade pública a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra*. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-1473-8-marco-1937-458678-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 07 mai. 2018.

BRASIL, *Decreto-Lei n. 3.171, de 2 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, 1941.

CARVALHO, Alvaro de. A Bahia e a intervenção Federal. In: *Gazeta Medica da Bahia*, Janeiro de 1920. Salvador, 1920.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AOS LEPROSOS. Rio de Janeiro, 12 a 19 do mês de novembro de 1939. Disponível em: < <http://hansen.bvs.isl.br/textoc/revistas/1939/PDF/v7n4/v7n4conflepro.pdf> >. Acesso em: 17 mar. 18.

Diário da Bahia, Salvador, jan.-dez. 1936.

Diário de Notícias, Salvador, jan.-dez. 1936.

GABINETE DO SECRETÁRIO. *Série: processo referente a uma consulta sobre quitação com o serviço militar de um leproso (retorno do processo)*. Secretária de Educação e Saúde. 1941.

LIMA, Durval Moreira da Silva. *Da lepra na Bahia*. Tese (Doutorado em ciências médico-cirúrgica) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador. 1926.

MARQUES, Arthur Nunes. *Da prophylaxia da lepra*. Tese (Doutorado em ciências médico-cirúrgica) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador. 1924.

PONDÉ, Armando. *Relatório sôbre a situação atual do Hospital Rodrigo de Menezes*. S. Salvador, Bahia. 1948.

SERVIÇO NACIONAL DE LEPROLOGIA, *Tratado de leprologia – Volume I*. Rio de Janeiro, 1950.

TEIXEIRA, Anísio. *Relatório apresentado ao secretário de Educação, Saúde e Assistência no Estado da Bahia em 1948*. Salvador, 1949.

TORRES, Octavio. *Relatório da Inspeção da Lepra e das Moléstias Venéreas: ano de 1934*. Imprensa oficial do estado: praça Municipal, Bahia. 1936.

BIBLIOGRAFIA

BACELLAR, Carlos. *Fontes Documentais: Uso e mau uso dos arquivos*. In: PINSKY, Carla Bassanezi, (Org.). *Fontes Históricas*, 2. ed. – São Paulo: Contexto, 2006.

BARRETO, Maria Renilda Nery. *A Santa Casa de misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX*. In: BARRETO, Maria Renilda Nery; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Minha Editora, 2011.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e Reforma da Saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: EDUNEB, 2017.

CABRAL, Dilma. *Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

CABRAL, Dilma. *A Lepra e os Novos Referenciais da Medicina Brasileira no Final do Século XIX. O Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázarus*. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de; MARQUES, Rita de Cássia (orgs.); autores Anna Beatriz de Sá Almeida... [et al.]. – Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma cônica do salário*. Tradução de Iraci D. Poletti. 9. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CASTRO, Celso. *Lei do Sorteio Militar*. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/LEI%20DO%20SORTEIO%20MILITAR.pdf> . Acesso em: 06 de jun. 2018.

CHAVES, Cleide de Lima. *A assistência à saúde no Sertão Baiano: As Origens da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista (1913-1932)*. In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da Saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013.

CUNHA, Vivian da Silva. *Isolados 'como nós' ou isolados 'entre nós'?: a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra*. v.17, n.4, out.-dez. 2010, p.939-954.

DAMASCO, Mariana Santos. *História e Memória da Hanseníase no Brasil do século XX: o Olhar e a Voz do paciente*. Monografia de Graduação em História, PUC-Rio. Departamento de História, junho de 2005.

FONSECA, Claudia. *Sexualidade, gênero e afeto nos hospitais-colônias de hanseníase*. cadernos pagu (41), julho-dezembro de 2013: 29-40.

FRANCO, Sebastião Pimentel; NOGUEIRA, André; MARLOW, Sérgio Luiz. *A Colônia de Itanhenga (Espírito Santo): edificação e vida em (mais) um leprosário brasileiro*. In: Uma história brasileira das doenças, volume 7. Org. Sebastião Pimentel Franco; Dilene Raimundo do Nascimento; Anny Jackeline Torres Silveira. 1 ed. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2017.

HOCHMAN, Gilberto. *Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 5, supl., p. 217-235, 1998.

LE GOFF, Jacques. *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1985.

MACIEL, Laurinda Rosa. *‘Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade’: uma história das políticas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. Niterói, 2007.

MONTEIRO, Yara Nogueira. *Imaginário sobre a Lepra e a Perpetuação dos Medos*. In: *As Doenças e os Medos Sociais*. Organização Yara Nogueira Monteiro, Maria Luiza Tucci Carneiro. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.

PINHEIRO, Márcia Elizabeth. *Hospital São Cristóvão dos Lázaros: entre os muros da exclusão*. PPGAU_Ano VII_N.1_2008.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. *O corpo: O homem doente e sua história*. In: LE GOFF, Jacques. *História: novos objetos*, direção de Jacques Le Goff e Pierre Nora; tradução de Terezinha Marinho, revisão técnica de Gadiel Perruci. Rio de Janeiro, F. Alves, 1976.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. *Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920)*. Est. Hist., Rio de Janeiro, vol. 27, nº 53, p. 71-91, janeiro-junho de 2014.

SANTOS, Mário Augusto da Silva. *República do povo: sobrevivência e tensão – Salvador (1890-1930)*. Salvador: EDUFBA, 2001.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. *Entidades Filantrópicas e Políticas Públicas no Combate à Lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945)*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências. Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. *Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945)*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011, p.253-274.

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

SCHWEICKARDT, Julio Cesar; XEREZ, Luena Matheus de. *A hanseníase no Amazonas: políticas e institucionalização de uma doença*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p. 1141-1156.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. *A doença revelando a história: Uma historiografia das doenças*. In: *Uma história brasileira das doenças*. (orgs.) Dilene Raimundo do Nascimento; Diana Maul de Carvalho. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 1, p. 77-99, jan-abr. 2005.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *Redes de poder e de solidariedade nos sertões da Bahia em tempos de epidemias*. In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da Saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013.

TRONCA, Italo A. *As máscaras do medo: lepra e Aids*. Campinas, OS: Editora da UNICAMP, 2000.

ZAMPARONI, Valdemir. *Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, jan.-mar. 2017, p.13-39.