



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

FRANCISCA GABRIELA BANDEIRA PINHEIRO

**MÉDICOS, POLÍTICOS E CATÓLICOS: tensões e disputas em torno do combate à
lepra no Ceará (1918-1951)**

Recife

2021

FRANCISCA GABRIELA BANDEIRA PINHEIRO

**MÉDICOS, POLÍTICOS E CATÓLICOS: tensões e disputas em torno do combate à
lepra no Ceará (1918-1951)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em História.

Área de concentração: Sociedades, Culturas e Poderes.

Orientador: Prof Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª. Zilda Maria Menezes Lima

Recife

2021

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

P654m Pinheiro, Francisca Gabriela Bandeira.
Médicos, políticos e católicos : tensões e disputas em torno do combate à lepra no Ceará (1918-1951) / Francisca Gabriela Bandeira Pinheiro. – 2021.
198 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda.
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Zilda Maria Menezes Lima.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em História, Recife, 2021.
Inclui referências.

1. Ceará - História. 2. Hanseníase. 3. Medicina. 4. Saúde pública. 5. Religião. I. Miranda, Carlos Alberto Cunha (Orientador). II. Lima, Zilda Maria Menezes (Coorientadora). III. Título.

981.31 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2021-203)

FRANCISCA GABRIELA BANDEIRA PINHEIRO

**MÉDICOS, POLÍTICOS E CATÓLICOS: tensões e disputas em torno do combate à
lepra no Ceará (1918-1951)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em História.

Área de concentração: Sociedades, Culturas e Poderes.

Aprovada em: 20/08/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a. Ana Beatriz Ribeiro Barros Silva (Examinador Externo)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Pedro Felipe Neves de Muñoz (Examinador Externo)
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Cristiano Luis Christillino (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Wellington Barbosa da Silva (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe e minha irmã por sempre acreditarem na minha capacidade e vibrarem a cada conquista.

Ao meu companheiro Victor Bruno pelo apoio e compreensão durante o processo de escrita deste trabalho.

Ao meu orientador Carlos Alberto Cunha Miranda pela compreensão nas dificuldades encontradas ao longo da escrita, pelas leituras atentas e ideias compartilhadas mesmo que a distância. Serei sempre grata pelo orientador atencioso e competente que tive.

A Zilda Lima pelo acompanhamento e dedicação durante toda a minha trajetória acadêmica. Sou muito grata por todos os anos de orientação, conversas e troca de experiências.

A Cláudia Freitas de Oliveira pelas contribuições e leitura da versão final desse trabalho.

Aos membros da banca de qualificação Pablo Porfírio e Zilda Lima pelas contribuições valiosas.

Aos membros da banca de defesa Ana Beatriz Silva, Cristiano Christillino, Pedro Muñoz e Wellington da Silva pela disponibilidade.

Aos meus amigos Brayan Correia, João Marcos, Mario Neto e Camila Mota pelos momentos de alegria e distração que tornaram tudo mais leve.

A Gabriela Chalegre, Phagner Ramos e Amora por me receberem em sua casa nas várias idas a Recife.

A Patrícia Marciano pela companhia durante as intermináveis viagens de Fortaleza a Recife. Você tornou os caminhos mais leves e divertidos.

A Luiza Rios e Anderson Sousa pela ajuda prestada antes e durante o doutorado com conselhos e estratégias para tornar esse processo mais fácil.

A todos os Professores do Programa de Pós-graduação em História da UFPE, em especial aqueles com quem tive a oportunidade de interagir nas disciplinas.

A todos os locais de pesquisa que foram fundamentais para a produção empírica desta tese.

As forças superiores que me deram saúde mental e física suficiente para concluir este trabalho.

A CAPES, fundamental para a conclusão do doutorado e realização da escrita da tese pela concessão da bolsa de estudos.

RESUMO

A presente pesquisa busca estabelecer alguns níveis de compreensão sobre o combate à lepra no Ceará durante os anos de 1918 a 1951, destacando as ações médicas, políticas e religiosas e como elas influenciaram nos caminhos que o cuidado com essa doença tomou no estado cearense. A lepra surge como um problema social no Ceará ainda no final do século XIX, mas foi no início do século XX que começou a receber maior atenção da sociedade cearense, sendo tratada como uma doença que deveria ser combatida com a segregação compulsória dos acometidos por ela. Esse contexto gerou a elaboração do primeiro plano de combate à lepra do estado no ano de 1918, porém, o referido plano teve poucas ações colocadas em prática, o que ocasionou um interesse da imprensa escrita em divulgar constantemente o problema da lepra, cobrando maior ação por parte das autoridades públicas. O jornal O Nordeste, de orientação católica, e a revista Ceará Médico foram periódicos que se destacaram nesse cenário, o que ocasionou o envolvimento de católicos e médicos em discursos e práticas de combate à lepra. Devido a pouca atuação pública, a doença foi combatida através das ações privadas, direcionando a forma que a doença foi tratada no estado. Essa situação começa a sofrer alterações em meados da década de 30, momento em que as autoridades públicas passaram a dedicar mais atenção aos assuntos relativos a essa enfermidade, tornando a lepra um assunto público, deixando as ações privadas em segundo plano. Esse cenário trouxe uma nova perspectiva para o combate à lepra, com mais investimentos e, somado a isso, os avanços científicos proporcionaram mudanças na forma de tratar a doença, culminando nas primeiras altas oficiais de doentes de lepra no Ceará, em 1951.

Palavras-Chave: Lepra; Medicina; Saúde Pública; Religião.

ABSTRACT

This research seeks to establish some levels of understanding about the fight against leprosy in Ceará during the years 1918 to 1951, highlighting medical, political and religious actions and how they influenced the paths taken by care for this disease in the state of Ceará. Leprosy emerged as a social problem in Ceará at the end of the 19th century, but it was in the beginning of the 20th century that it began to receive greater attention from Ceará society, being treated as a disease that should be fought with the compulsory segregation of those affected by it. This context led to the elaboration of the first leprosy combat plan in the state in 1918, however, this plan had few actions put into practice, which caused an interest in the written press to constantly publicize the leprosy problem, demanding greater action by public authorities. The catholic newspaper O Nordeste and the magazine Ceará Médico were periodicals that stood out in this scenario, which led to the involvement of Catholics and doctors in discourses and practices to combat leprosy. Due to little public action, the disease was fought through private actions, directing the way the disease was treated in the state. This situation began to change in the mid-1930s, when public authorities began to devote more attention to issues related to this disease, making leprosy a public issue, leaving private actions in the background. This scenario brought a new perspective to the fight against leprosy, with more investments and, added to this, scientific advances provided changes in the way of treating the disease, culminating in the first official discharges of leprosy patients in Ceará, in 1951.

Keywords: Leprosy; Medicine; Public health; Religion.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OS PRIMEIROS DISCURSOS E AÇÕES DE COMBATE À LEPROSA NO CEARÁ.....	19
2.1	O combate à lepra no mundo e no Brasil e suas ressonâncias no Ceará.....	19
2.2	O primeiro plano de combate à lepra no Ceará: a construção de uma defesa a favor do isolamento compulsório.....	34
2.3	Igreja, Estado e Medicina: a cobrança católica e médica por maior ação política no combate à lepra.....	45
2.4	“O benefício não é para alguns, é para todos”: a caridade como estratégia de combate à lepra.....	59
3	EDIFICAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO LEPROSÁRIO ANTÔNIO DIOGO.....	66
3.1	Mudanças na saúde pública nacionais e as influências na organização do combate à lepra no Ceará.....	66
3.2	Quem vai cuidar dos leprosos? A ação médica e religiosa no leprosário Antônio Diogo.....	81
3.3	O leprosário em funcionamento: problemas, ações, rebeliões e disputas.....	91
4	LEPROSÁRIO ANTÔNIO JUSTA: AS MODIFICAÇÕES NO TRATO COM A LEPROSA.....	111
4.1	Mudanças na saúde pública nacional e as influências na organização do combate à lepra no Ceará.....	111
4.2	Uma nova fase para o combate à lepra: o novo aparato antileprótico cearense.....	127
4.3	Antônio Diogo x Antônio Justa: mudanças e permanências no combate à lepra através da análise das duas instituições.....	137
5	MUDANÇAS NO TRATO COM A LEPROSA: CIÊNCIA, SULFONOTERAPIA E ALTAS.....	148
5.1	Lepra e ciência: novas perspectivas para o tratamento da lepra.....	148

5.2	A sulfonoterapia em destaque: o novo tratamento para a lepra e as implicações da nova medicação no combate à doença.....	157
5.3	A sulfonoterapia no Ceará e as primeiras altas: uma nova esperança para a lepra.....	169
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
	REFERÊNCIAS.....	183

1 INTRODUÇÃO

O campo historiográfico que se refere ao estudo da saúde e das doenças está em destaque entre os trabalhos de graduação e pós-graduação brasileiros, posto que as pesquisas em torno das enfermidades e das políticas de saúde são componentes importantes para a compreensão de uma sociedade. Revel e Peter (1995) entendem o fenômeno da doença como um elemento que gera desorganização e reorganização social, pois quando uma doença atinge uma sociedade ocorre um momento de crise, pois, geralmente, esta não está preparada para recebê-la. A reorganização acontece quando a sociedade começa a buscar meios de combater a doença, o que pode ser feito por meio de políticas públicas ou de ações particulares. Ao longo da história, muitas doenças foram elementos de desorganização social e a lepra¹ foi uma delas. Arlete Farge (2011) também discorre sobre como uma situação de sofrimento afeta uma sociedade, e ainda afirma o quanto os historiadores estão cada vez mais interessados em estudar essas situações, devido a grande variedade de fontes produzidas e também em virtude da desestruturação que causa no meio social, possibilitando alcançar aspectos mais profundos sobre essas sociedades. Dessa forma, são nos momentos de crise que se pode conhecer de modo mais profundo determinada sociedade, e as doenças, em sua totalidade, são consideradas produtoras de crises em qualquer local.

No Brasil, a produção na área já é bastante vasta. Um exemplo disso é a produção, dos livros da coletânea da Uma história brasileira das doenças. Neles é possível perceber o quanto esse campo está se tornando cada vez maior em nosso país, já que é perceptível uma grande variedade de pesquisas que estão sendo desenvolvidas na área em todo Brasil. O estudo da hanseníase e os impactos sociais gerados por essa doença é um desses temas figuram entre o estudo histórico da saúde e da doença.

Atualmente conhecemos a lepra como hanseníase, devido à mudança de nomenclatura ocorrida em 1976. A hanseníase é uma doença entendida pelos médicos como de fácil tratamento, o qual é oferecido por meio de comprimidos e de modo gratuito em qualquer unidade de saúde pública. O diagnóstico precoce é considerado fundamental para evitar sequelas e incapacidades que podem ser causadas pela doença, caso não seja tratada. A transmissão é realizada:

¹A lepra hoje é denominada de Hanseníase, que é uma doença infecciosa causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae*. A doença é curável, mas se não tratada pode se agravar. O tratamento é oferecido gratuitamente e existem várias campanhas para a erradicação da doença. A transmissão do *M. leprae* se dá através de contato íntimo e contínuo com o doente não tratado. Apesar de ser uma doença da pele, é transmitida através de gotículas que saem do nariz, ou através da saliva do paciente. Não há transmissão pelo contato com a pele do paciente. Cf. (HANSENÍASE, 2021).

Através de gotículas de saliva eliminadas na fala, tosse ou espirro de pessoas não tratadas e em fases mais adiantadas da doença. Com o início do tratamento, a transmissão é interrompida. A maioria das pessoas têm resistência à bactéria - a cada dez, apenas uma adoece. Em geral, é preciso uma relação próxima e frequente para que a doença se instale, por isso todas as pessoas que convivem com o doente devem ser examinadas. O contato com a pele ou objetos não transmite a doença (HANSENÍASE, 2021).

Mesmo com todas essas informações ainda existe certo receio de algumas pessoas de conviver com os acometidos pela enfermidade, gerado pela desinformação, principalmente sobre a forma de transmissão, já que a crença de que a doença é extremamente contagiosa ainda se faz presente, o que não é verdade: “Ela [enfermeira] conta que a transmissão da enfermidade só ocorre quando o doente não faz o tratamento adequado e tem um convívio intradomiciliar (mora ou convive na mesma casa) com uma pessoa saudável por um tempo superior a dois anos” (NAZÁRIO, 2021).

Esse cenário de preconceito com a hanseníase é mais agravado quando é feita a relação entre ela e a lepra. Dessa forma, a enfermidade ainda carrega a herança da lepra, o que gera problemas para os portadores de hanseníase, que enfrentam dificuldades de aceitação, atrasando o diagnóstico, o que pode levar a sequelas mais graves, causando sérias incapacidades aos acometidos por essa doença. Dessa forma, mesmo diante dos avanços científicos, o estigma que a enfermidade carrega acaba sendo mais forte, dificultando o tratamento dos doentes.

Se atualmente, com tantas informações disponíveis, os acometidos pela doença ainda passam por tantos problemas, em tempos mais remotos, quando a hanseníase ainda era conhecida como a lepra, a situação era ainda mais delicada e desesperadora para aqueles que se viam sem alternativa ao receber um diagnóstico de lepra ou até mesmo para quem era considerado um caso suspeito, modificando radicalmente a vida da pessoa que se via nessa situação. Toda essa visão sobre a lepra foi construída ao longo de anos de exclusão social a que eram submetidos os acometidos pela enfermidade.

Essa construção da forma de ver e sentir a lepra teve início ainda em registros bíblicos, que tratam a doença como um castigo divino oriundo do pecado que os indivíduos acometidos haviam realizado. Essa visão contribuiu para a construção da lepra como algo que precisava ser afastado e combatido, já que representava o pecado materializado. Chegando até o período medieval, a visão da doença como pecado ainda se fazia presente, de modo que a lepra passou

a ser vista como um mal e o doente como um pária social, pois carregava uma doença extremamente contagiosa, visão que também se fazia presente nesse contexto.

Dessa forma, estratégias segregacionistas foram utilizadas para afastar o doente do convívio com a população sã, de modo que os enfermos eram submetidos à exclusão social da sociedade em que viviam, sendo obrigados a viver em instituições de isolamento ou vagando em áreas distantes dos centros urbanos. Em alguns casos, o doente conseguia viver isolado em sua casa ou levava uma vida no campo, mas, mesmo assim, não estava isento de sentir o peso que ser um doente de lepra trazia para a sua existência. Assim, de uma forma ou de outra, o doente era afastado da sociedade e levava uma vida permeada pela exclusão, seja pelo medo do pecado ou pelo medo do contágio.

Todo esse cenário medieval, infelizmente, não ficou restrito ao período citado, pois acabou ultrapassando as barreiras do tempo e chegando até a contemporaneidade, agora pautado cada vez mais em uma ideia da alta contagiosidade da enfermidade. Desse modo, a lepra continuou a ser vista por meio da ótica do medo e as ações para combatê-la permaneceram parecidas com as do período medieval, posto que a falta de conhecimento médico-científico sobre as causas da doença e sua forma de transmissão, somado a dificuldade de encontrar uma terapêutica para a doença, o que impossibilitava a cura ou o controle da enfermidade, acabou fazendo da lepra uma doença desconhecida e, portanto, muito temida. Susan Sontag (2007) aponta que, quanto mais desconhecida é uma doença, mais temida ela se torna, e acaba permeando o imaginário daqueles que passam a enxergar a enfermidade como sinônimo de perigo.

No Ceará não foi diferente e um dos primeiros registros sobre a lepra já trazia uma visão temerosa sobre as consequências que a doença poderia trazer futuramente para o estado. Barão de Studart, em 1898, faz um dos primeiros alertas para a situação da lepra no estado, já trazendo a ideia de que em poucos anos a doença se tornaria um grave problema de saúde pública (STUDART, 1898).

Mas, foi no ano de 1918, no estado do Ceará, que a atenção à lepra se tornou mais evidente, sobretudo por meio do médico Carlos Ribeiro, responsável por elaborar um plano de combate à lepra no estado. Foi a primeira vez que a doença foi alvo de uma organização que tinha como objetivo elencar estratégias para realizar o cuidado da doença de modo mais efetivo no estado. A elaboração desse plano advém do momento em que Carlos Ribeiro estava à frente da Diretoria Geral de Higiene, que era o órgão até então responsável pelas questões de saúde pública no Ceará. Mesmo sendo um projeto pioneiro, poucas ações propostas pelo plano saíram do papel e esse pode ser considerado um dos poucos momentos em que as

autoridades públicas cearenses deram atenção ao problema da lepra, mesmo que de modo mais teórico que prático (RIBEIRO, 1918).

A partir da inação dos órgãos estaduais, a lepra no Ceará ficou sem estratégia de combate específica, gerando muitas incertezas para quem era acometido pela doença. Sem contar com o estigma que a doença sofria no contexto em tela, que remontava aos tempos da Idade Média, nos quais a lepra era considerada feia, hedionda e que causava pavor de todos por onde passava. Devido a isso, os acometidos pela enfermidade sofriam um processo de exclusão, gerado pelo medo que a população possuía e a crença na incurabilidade da lepra (SOURNIA; RUFFIE, 1984).

Apesar do cenário descrito no parágrafo anterior se relacionar ao período medieval, essa forma de ver a doença, como já pontuamos, chegou até o nosso contexto de análise, sendo responsável pela construção de uma visão estigmatizadora sobre o doente, de modo que a solução encontrada não só pelo Brasil, mas também por outras partes do mundo foi isolar os enfermos de lepra, com a justificativa de evitar o contágio e proteger a população sã. Todo esse processo acarretou e ainda acarreta problemas naqueles que foram vítimas dessa forma de combate que tinha como foco a segregação.

O contexto de produção desse plano, ou seja, o ano de 1918 é o momento escolhido para o início temporal da nossa pesquisa, pois consideramos esse marco como importante para os rumos que o combate à lepra vai tomar no estado, já que as poucas medidas realizadas mesmo com um plano tão complexo dão indícios que o governo estadual não estava investindo de modo satisfatório no cuidado a essa doença, abrindo espaço para que a ação de outros grupos passasse a figurar como relevantes para o processo de combate à lepra, sobretudo a iniciativa privada, liderada pela atuação constante dos católicos do estado.

Dessa forma, no Ceará, mesmo com as poucas ações públicas, o primeiro leprosário foi inaugurado em agosto de 1928, sendo considerado um momento importante pela sociedade cearense, que sonhava em se ver livre dos leprosos que viviam nos principais pontos da cidade. A instituição foi edificada por meio da iniciativa privada, motivada pela ação dos católicos, que, no jornal O Nordeste, relataram o incômodo que a lepra representava, cobrando mais ação das autoridades públicas e pedindo a população que doasse para solucionar o problema do combate à lepra devido à ausência de verbas governamentais. O referido periódico tinha uma forte orientação católica, o que acabou contribuindo para que esse grupo ganhasse grande destaque no combate à lepra.

Portanto, os católicos, até meados dos anos 30, tomaram para si o combate à lepra, sendo responsáveis pela organização de campanhas que visavam arrecadar fundos para

edificação do leprosário e, posteriormente, para a sua manutenção. Destacamos a figura de Monsenhor Tabosa, que exerceu funções de destaque no combate a essa doença. Assim, a falta de atenção por parte dos órgãos públicos fez com que, inicialmente, a enfermidade fosse combatida mais através de ações particulares do que públicas, gerando destaque para os grupos que com ela se envolviam, sobretudo os católicos e, em menor grau, os médicos, que eram considerados autoridades no assunto e acabavam desenvolvendo discursos sobre a doença.

Dessa forma, entre os anos de 1918 e 1934, o Ceará viveu com um combate à lepra liderado por grupos particulares, o que acabavam influenciando na forma que a enfermidade era tratada. Apesar de no período o Ceará já contar com órgãos de saúde pública, a atuação dos políticos foi irrisória, sendo resumida a verbas pontuais e a promessas que não foram concretizadas, o que deixava, cada vez mais, os católicos no controle da situação.

Na década de 30, a saúde pública começa a sofrer alterações causadas pelo início da Era Vargas que, com a fundação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), proporcionou uma maior centralização federal nos assuntos que envolviam a saúde pública. Conseqüentemente, a lepra passou a receber mais destaque através do Plano Nacional de Combate à Lepra, que intensificou o repasse de verbas aos estados e a construção de leprosários, preventórios e dispensários pelo Brasil (CUNHA, 2005).

Todo esse novo cenário inicia um novo momento para o combate à lepra no Ceará pautado em uma transição das mãos particulares para as públicas, posto que com um repasse maior de verbas, as autoridades públicas federais e estaduais passaram a desempenhar maior atenção ao assunto, tomando para si o controle e a orientação do cuidado à lepra no Ceará. Nesse novo contexto foi fundado um novo leprosário, que recebeu o nome de Antônio Justa, o primeiro preventório do Ceará foi inaugurado, o leprosário Antônio Diogo foi encampado pelo estado e foi criado Serviço de Profilaxia da Lepra do Ceará (SPL), que passou a ser órgão responsável pela doença no estado.

Assim, a partir de meados da década de 30, as autoridades públicas tomaram para si o combate à lepra, tornando o cuidado a enfermidade um assunto que agora seria tratado através de ações públicas, relegando as iniciativas particulares ao segundo plano. Essa transformação trouxe mais investimentos e uma influência cada vez maior dos debates médicos e científicos ocorridos dentro e fora do Brasil no Ceará. Um exemplo disso é a chegada da sulfonoterapia, que inaugurou um novo contexto para a terapêutica antileprótica, e conseqüentemente, para o combate à lepra.

Na segunda metade da década de 40, o trato com a doença passou por uma grande mudança. Desde o início do século XX, o óleo de chaulmoogra era a medicação mais utilizada na terapêutica antileprótica, pois na falta de uma mais adequada, a opção encontrada foi aplicar o medicamento que fazia algum efeito, mesmo que paliativo. Porém, em 1943, esse cenário começou a mudar com o uso das sulfonas, em Carville, nos EUA. A medicação logo chegou ao Brasil e depois ao Ceará, em 1947. Com o uso da medicação e os benefícios que ela trouxe para os doentes, as primeiras altas no estado finalmente aconteceram em 1951, mas a visão estigmatizadora sobre a doença permaneceu, fazendo com que os doentes ainda tivessem que lidar com pessoas que não aceitavam a reintegração dos ex-internos na sociedade comum. Dessa forma, muito ainda precisava ser percorrido para que o isolamento de leprosos deixasse de ser uma prática amparada por lei no Brasil, algo que só aconteceu em 1962.

Mesmo as altas não significando o fim do isolamento compulsório ou do estigma que a lepra carregava, consideramos esse evento como importante, pois possibilitou que muitos internos pudessem tentar a vida fora das colônias. Além disso, pode ser entendido como um pontapé inicial para as mudanças que ainda estavam por vir durante os anos seguintes no que se refere ao combate à lepra. Assim, por esse motivo, encerramos a análise desse trabalho no ano de 1951.

Diante disso, esse trabalho tem como objetivo compreender as ações de combate à lepra no Ceará, buscando compreender como as ações privadas e públicas estabelecidas durante os anos de 1918 a 1951 orientaram a forma que a lepra foi tratada no estado.

Iniciamos a análise na atuação privada, liderada por católicos e médicos, passando pelo momento no qual a lepra começou a ser vista e combatida como um problema de saúde pública federal e estadual, motivando ações por parte dos políticos brasileiros e cearenses, principalmente de cunho médico-científico, como a sulfonoterapia, que modificou a vida dos internos e possibilitou as primeiras altas, marco final deste trabalho.

Assim, buscamos mostrar que a lepra, inicialmente, foi combatida através de uma organização prioritariamente local e particular, já que os órgãos de saúde pública federais e estaduais foram omissos e não influenciaram na forma que a enfermidade foi combatida. Posteriormente, as mudanças nacionais foram definidoras da forma de combate à lepra no estado, gerando uma rede pública para lidar com a enfermidade, o que acabou deixando a ação particular em segundo plano.

Acreditamos que tanto as ações públicas, como as particulares não aconteceram sem interesses ocultos, afinal liderar o combate a uma doença que causava tanto medo entre a

população devido à falta de conhecimento sobre suas causas e tratamentos adequados, acabava por gerar prestígio para aqueles que nela demonstrassem algum tipo de dedicação. Portanto, toda a rede de combate à lepra foi construída em torno de ações, tensões, disputas, cooperação, inação e interesses que também são relevantes para a compreensão do combate a essa enfermidade no Ceará.

Os trabalhos de Zilda Lima (2007) e Antônio Ferreira (2011) são bibliografias importantes para a construção dessa pesquisa e pioneiros na produção acadêmica sobre a endemia leprótica no Ceará, além da minha dissertação (PINHIRO, 2016). O trabalho aqui em tela inicia a partir das discussões travadas por Lima, Ferreira e Pinheiro, mas busca ir mais além, focando na transição da lepra como assunto privado seguindo até o momento que se torna um problema público, no papel de médicos, católicos e políticos nessa empreitada e finalizando com um recorte espacial mais abrangente para compreender o impacto da chegada das sulfonas no Ceará.

Para conseguir responder adequadamente ao objetivo proposto, a quantidade de fontes precisou ser proporcional à temática abordada. Dentre os documentos escolhidos, as fontes hemerográficas merecem destaque, já que ajudam a perceber como ocorreu a atuação pública desses grupos, principalmente de médicos e católicos, pois ambos possuíam periódicos específicos, esses são a revista Ceará Médico e o jornal O Nordeste. Por meio da revista Ceará Médico foi possível compreender o pensamento dos médicos cearense a respeito da lepra, além de perceber a forma como lidavam com a doença na prática médica.

Já no jornal O Nordeste foi possível analisar as críticas que as autoridades públicas sofreram no estado devido à falta de ação no combate à lepra, além de perceber o papel que os católicos desempenharam na organização das ações privadas de cuidado à doença. Além desses dois periódicos, também utilizamos o jornal O Povo e A Razão.

Com relação às ações públicas, as fontes oficiais, como mensagens de governo e relatórios da Inspeção de Higiene, foram de fundamental importância para este trabalho a fim de compreender o que os órgãos públicos tinham a dizer sobre o combate à lepra e realizar um comparativo das ações que, segundo essas fontes, as autoridades públicas faziam com as críticas presentes nos jornais.

Algumas leis federais e estaduais no que se refere à *lepra* também tiveram relevância na construção empírica dessa pesquisa, sobretudo aquelas que se referem a mudanças significativas no combate à doença, como a oficialização do isolamento compulsório, a criação de novos órgãos antilepróticos e a regulamentação das primeiras altas.

Os artigos publicados na Revista Brasileira de Leprologia, que era o grande referencial no quesito lepra no Brasil nesse contexto também foram utilizados, já que trazia artigos dos médicos brasileiros, que demonstraram suas opiniões sobre os avanços médicos-científicos e também publicaram os resultados de suas práticas médicas, sendo possível perceber os resultados dos primeiros usos das sulfonas no Brasil.

Os prontuários médicos, que se encontram disponíveis para consulta no Centro de Convivência Antônio Diogo, em Redenção-CE, também se mostraram fundamentais para a problemática proposta, principalmente para perceber a atuação médica no leprosário e também para analisar o público interno na instituição. Por fim, além das fontes já citadas, o diário do médico Antônio Justa, livros de memorialistas, fotografias, almanaques, artigos de revistas, boletins e manuais médicos também contribuíram para a melhor compreensão do objeto proposto.

O livro de Francisco Lima (1988) é bastante utilizado no decorrer dessa pesquisa e se trata de um conjunto de memórias e de fatos históricos sobre a primeira instituição de isolamento de leprosos no Ceará. Além disso, também dispensa espaço para a transcrição de alguns documentos relevantes para a pesquisa e que ajudaram no diálogo historiográfico.

Cada tipologia de fonte citada possui uma metodologia específica que leva em conta, principalmente, todo o processo de produção do documento, lembrando sempre que existe um indivíduo ou um grupo responsável por essa produção que não são isentos de intencionalidade. Ou seja, todo documento foi feito com uma intenção, que varia de acordo com quem estava à frente da produção daquele material, algo que levamos em consideração no decorrer da produção deste trabalho.

Para responder a problemática central proposta optamos por uma divisão em quatro capítulos interligados entre si, em ordem cronológica e de igual importância. O primeiro capítulo intitulado “**Medicina, política e religião: os primeiros discursos e ações de combate à lepra no Ceará**” destaca os primeiros discursos produzidos sobre a lepra no estado e as ações ainda incipientes de combate à doença. Com uma divisão em quatro tópicos, a proposta, de um modo geral, é compreender como os debates internacionais influenciaram no combate à lepra no estado, destacando a atuação pública e a ação privada nos anos iniciais de cuidado com a doença no Ceará, sobretudo a atuação dos católicos e dos médicos nesse período, diante da falta de ação das autoridades de saúde pública.

O segundo capítulo intitulado “**A edificação e funcionamento do leprosário Antônio Diogo**” tem como proposta realizar uma discussão sobre o processo de construção e os anos iniciais de funcionamento do primeiro leprosário do Ceará. O capítulo foi dividido em três

tópicos, que buscam mostrar a função da iniciativa privada para a construção e manutenção da instituição que, inicialmente, pouco contou com a atuação pública, o que gerou cobranças e disputas por parte das autoridades particulares envolvidas para ver quem ficaria responsável pela organização do combate à lepra no estado.

O terceiro capítulo, intitulado “**Leprosário Antônio Justa: as modificações no trato com a lepra**” tem como objetivo analisar a construção e manutenção do segundo leprosário cearense, destacando o processo de mudanças que o combate à lepra começou a sofrer no estado, principalmente devido à maior interferência pública na enfermidade, que relegou ao segundo plano a iniciativa privada e colocou os órgãos públicos no controle da enfermidade. A edificação do leprosário Antônio Justa é um exemplo disso, já que foi construído com verbas estaduais e federais.

O quarto e último capítulo, “**Mudanças no trato com a lepra: ciência, sulfonoterapia e altas**”, visa analisar as mudanças que ocorreram no fim da década de 1940 e início da década de 1950 que alteraram a forma que a doença foi tratada no Ceará, sobretudo aquelas relacionadas aos avanços médicos-científicos que, por meio de uma maior intervenção pública, passou a alcançar o Ceará através da chegada das sulfonas no estado. O novo medicamento proporcionou as primeiras altas para internos do estado, modificando, mesmo que de modo incipiente, o combate à lepra no Ceará.

2 OS PRIMEIROS DISCURSOS E AÇÕES DE COMBATE À LEPROA NO CEARÁ.

A história da lepra, em qualquer lugar do mundo, sempre veio acompanhada de uma palavra: segregar. Quem sofria com essa segregação era o doente de lepra, denominado leproso. Seja na Idade Média, seja no Ceará durante o século XX, o leproso representava perigo por onde passava e a solução encontrada era isolar, fazendo com que a sociedade desejasse a construção de locais para o afastamento dos doentes de lepra, esses seriam os leprosários.

Buscamos, inicialmente, analisar as orientações oriundas das discussões internacionais, principalmente as de origem norueguesa e como elas influenciaram no contexto nacional, destacando também em que medida tiveram ressonâncias no Ceará durante o recorte de análise deste trabalho. Posteriormente, analisamos o primeiro plano de combate à lepra no Ceará, mostrando como se construiu a defesa de um isolamento compulsório no estado em consonância com as recomendações nacionais.

Destacamos também as primeiras ações dos grupos que serão analisados neste trabalho para mostrar que eram cobradas medidas de combate à lepra por parte dos políticos, gerando um embate entre os queixosos (médicos e católicos), principalmente através das páginas do jornal O Nordeste, periódico de orientação católica que foi usado como porta-voz da Igreja.

Por fim, analisamos a função da caridade como um modo de amenizar o problema da lepra no Ceará e como tal prática ganhou espaço entre a sociedade cearense, tornando-se uma ação que era cobrada e exercitada entre os ditos cristãos.

2.1 O combate à lepra no mundo e no Brasil e suas ressonâncias no Ceará.

De origem incerta, o termo² lepra tem seus primeiros registros entre os povos mais antigos do atual Oriente Médio, Ásia e África e nesses períodos tão remotos, já existiam mistérios, sobretudo no que se refere à forma de transmissão e ao tratamento adequado. Nos registros bíblicos, a doença denominada como lepra é tratada como um castigo divino, pois existia a forte crença que o indivíduo era acometido por ela devido à prática de ações indevidas, de modo que só alcançaria a cura através do real arrependimento do seu pecado (CURI, 2010).

²Utilizamos “termo” pois não é possível afirmar se a doença denominada lepra nesse período se referia a lepra do século XX ou as diversas doenças de pele. (SOURNIA, RUFFIE:1984).

Sournia e Ruffie, (1984) na abordagem sobre a incidência da lepra na Alta Idade Média, apontam que caso uma pessoa identificasse alguma doença de pele em alguém, mesmo que fosse um familiar, deveria denunciá-la a uma autoridade religiosa. A partir desse momento, o indivíduo seria julgado, a fim de ter um veredito se ele seria um leproso ou apenas portador de uma doença de pele. Esse julgamento era realizado, inicialmente, pelos próprios leprosos, posteriormente era composta uma comissão que possuía um médico ou cirurgião, um representante militar e um religioso que julgariam, de acordo com uma série de testes³, o teor da doença do julgado. O doente tinha direito ao auxílio de um parente ou de um advogado durante o processo. Caso fosse considerado leproso, era permitido recorrer ao tribunal, mas se o veredito permanecesse, o doente não era encaminhado para o tratamento, afinal a lepra era considerada incurável, de modo que eram feitos apenas alguns cuidados paliativos, como a aplicação de aromáticos ou bálsamos nas feridas⁴. Porém, devido à crença na incurabilidade, o *leproso* sofria uma sanção dupla: era excluído da comunidade dos fiéis e da vida social, através do isolamento em *leprosarias*: “Nestes estabelecimentos a vida era austera, o internado trabalhava na medida das suas possibilidades e toda a vida familiar era impossível. Por vezes, os leprosos eram autorizados a sair, à custa de inumeráveis constrangimentos. Algumas cidades fechavam-lhes as portas” (SOURNIA; RUFFIE, 1984: 134).

O descrito no parágrafo anterior corresponde ao retirado por Sournia e Ruffie (1984) da análise da documentação oficial sobre a forma como a lepra deveria ser tratada na Idade Média, já que os autores afirmam que, na vida cotidiana, muitos leprosos eram autorizados a permanecer em suas casas ou viviam em comunidades no campo, outros não eram denunciados e aqueles que eram reclusos, muitas vezes, podiam sair dos leprosários para mendigar, situações essas que variavam de acordo com cada região da Europa. Mas, mesmo com essa clara diferença entre teoria e prática, a forma que o leproso deveria ser tratado merece atenção, pois podemos questionar por qual motivo o doente recebeu uma legislação tão excludente? Sournia e Ruffie elencam algumas possibilidades, como o caráter epidêmico e contagioso (mesmo com uma ideia de contágio cientificamente ainda incipiente), o horror que o aspecto físico dos leprosos causava e a noção da lepra como um castigo divino, que ainda

³Alguns testes descritos pelos autores são: colocar a pessoa nua ao luar para verificar se a pele ficava marcada por diversas cores, caso a afirmativo, era um indício de lepra; colocar cinzas de chumbo na urina do julgado para ver se boiava, pois, o “normal”era afundar no caso da pessoa sã; testes de sensibilidade, como deitar em uma laje de mármore frio sem reagir, nesse caso a pessoa seria considerada leprosa e entre outros.

⁴ Um outro tratamento que poderia ser aplicado era a castração para tornar o leproso mais “controlável” e evitar a proliferação de uma prole doente. Porém, essa medida foi pouco aplicada, devido às orientações cristãs.

vigorava. De modo geral, o caráter desconhecido e misterioso em torno da doença deve ter contribuído para essa forma de tratamento dos leprosos, de forma que, como Sontag (2007) aponta, quanto mais uma doença é desconhecida, mais é temida. Mesmo com a institucionalização do campo científico em torno da lepra no final do século XIX e início do século XX, Curi (2002) relata que o mistério em torno dessa enfermidade permaneceu, motivando medidas de exclusão e segregação por meio da criação de instituições de isolamento.

Destacamos que, embora existisse uma forte semelhança entre a forma que a lepra foi tratada no medievo com as ações em torno da enfermidade no século XX, a doença do século XX não é a mesma da Idade Média, já que existe certa confusão em torno do nome lepra, que pode ter sido usado erroneamente para se referir a outras dermatoses e até mesmo devido ao contexto que é completamente diferente, no qual já existiam avanços da medicina e das pesquisas sobre a transmissão, profilaxia e tratamento adequado. Embora também se retirasse o leproso medieval do convívio com a população sã, na sociedade moderna esse isolamento era ancorado em justificativas científicas, sobretudo na descoberta da transmissibilidade da doença, o que gerou um forte medo do contágio e muitas dúvidas, diferente do que ocorreu na Idade Média, no qual o leproso era rejeitado principalmente devido às crenças cristãs e o pouco avanço científico da época.

No final da Idade Média, a lepra começou a declinar, ocorrendo casos pontuais. Bénéjac (1997) aponta alguns motivos para a regressão dessa enfermidade na Europa, como as mortes causadas pela tuberculose, que levava as pessoas a óbito rapidamente e a crise demográfica devido à incidência da peste, que reduziu drasticamente a população europeia. Sournia e Ruffie (1984) apesar de concordarem que a diminuição dos casos de lepra coincidiu com o aparecimento da tuberculose acreditam que essa justificativa é muito simplificada para explicar o seu declínio, já que, a doença teve uma permanência considerável na Noruega. A permanência da lepra nesse país contribuiu para o desenvolvimento de pesquisas, tornando o local uma referência nos estudos de lepra no século XIX.

A Noruega, nesse período, tinha o maior índice de leprosos e concedeu real atenção a essa doença, tratando-a como um grave problema de saúde pública que exigia pesquisa científica. Dentre as medidas de combate realizadas pelo governo norueguês, temos a fundação do Hospital Lungegaard, em 1849, que logo se tornou um centro de pesquisa sobre a lepra (CABRAL, 2013).

Com o avançar das pesquisas duas teorias sobre a forma de contrair a lepra ganharam adeptos na Noruega. A primeira era a teoria hereditária, defendida pelos leprólogos Daniel

Danielsen (1815-1894) e Carl Boeck (1808-1875) que foram os responsáveis pela publicação do que hoje se considera o primeiro trabalho científico sobre a lepra; e a teoria do contágio, que tinha como principal adepto Armauer Hansen, (1841-1912) cientista que ficou realmente com os créditos da descoberta do bacilo e que conseguiu provar cientificamente, através da descoberta do *Mycobacterium leprae*, iniciada em 1874, que a lepra era uma doença de contágio, porém, sem conseguir esclarecer totalmente como ele ocorria.

Essa descoberta foi marcada por um processo conturbado que envolveu diversos cientistas, sobretudo Armauer Hansen e Albert Nesser (1843-1910), alemão que visitou Hansen durante certo período em seu laboratório e disputou os créditos da descoberta do bacilo com Hansen, afirmando que havia ajudado para que ela se concretizasse. Hansen nunca aceitou essa reivindicação, negando de modo veemente. Reinaldo Bechler (2012) relata esse processo, demonstrando que embora Hansen tenha sido o primeiro a tratar a lepra como contagiosa e indicar o seu possível agente etiológico, a contribuição de Neisser foi fundamental para o aprofundamento dessa teoria.

Mesmo assim, os créditos da descoberta do *Mycobacterium leprae* foram atribuídos a Hansen que ganhou notoriedade na Noruega. Como ainda era muito difícil comprovar cientificamente a transmissibilidade da lepra, para fazer a sua teoria na contagiosidade ganhar respaldo entre os cientistas, Hansen criticou a teoria da hereditariedade, buscando evidenciar através de pesquisas laboratoriais e de estudo de casos que era impossível essa enfermidade ser hereditária. Essa estratégia realmente teve sucesso e Hansen, além do destaque que recebeu na Noruega, virou referência mundial no estudo da enfermidade (BECHLER, 2011).

Devido ao destaque mundial recebido, Hansen foi nomeado médico-chefe responsável pelos cuidados com a lepra em 1875 e assumiu em 1883 o cargo de chefe do Serviço Nacional da Lepra na Noruega. Através do poder e influência constituídos com esses cargos, Hansen: “[...] alterou o programa norueguês de modo a reforçar o isolamento dos pacientes, utilizando os dados epidemiológicos do Registro Nacional de Lepra mais uma vez como base dessas ações” (CABRAL, 2013, p. 44).

Hansen não acreditava em isolamento brando e de modo pontual, pois defendia que, para ter resultados mais rápidos e eficazes no combate à doença, o isolamento de forma mais severa era essencial, assim Hansen pautou as políticas públicas norueguesas em torno do isolamento de leprosos. Porém, devemos destacar que, mesmo com ação de defesa de Hansen acerca do isolamento compulsório, na prática o isolamento norueguês era outro: “No entanto, Hansen jamais conseguiu colocar em prática o isolamento conforme defendia, já que seus

opositores argumentavam sempre ser a lepra uma doença de baixa contagiosidade” (CABRAL, 2013, p.45).

Semelhante ao que aconteceu na Idade Média, existia uma diferença entre o modelo norueguês teórico e o prático, posto que o teórico era aquele defendido por Hansen nas conferências internacionais da Lepra (1887;1909) e que ganhou destaque mundial através de seus discursos, enquanto o prático era o que foi efetivamente desenvolvido na Noruega, onde o isolamento não era tão rígido e considerado apenas uma das medidas de combate à enfermidade entre tantas.

Enquanto o isolamento que era realmente praticado na Noruega ficou restrito apenas às discussões travadas no país, o modelo teórico ganhava o mundo, adquirindo cada vez mais respaldo devido à defesa de Hansen e a diminuição dos casos de lepra em seu país, causando o interesse dos médicos e cientistas de outras nações, como por exemplo, o Brasil. As políticas públicas norueguesas de combate à lepra influenciaram profundamente o modo como a doença foi combatida em terras brasileiras, sendo importante realizar uma análise mais detalhada desse processo.

Para entender a difusão do isolamento compulsório de leprosos pelo mundo é necessária uma análise das Conferências Internacionais da lepra⁵, no caso, mais especificamente, as duas primeiras, que contaram com a participação de Hansen. Segundo Bechler (2009), o cientista apresentava o isolamento praticado na Noruega como totalmente compulsório, impositivo e punitivo, além de não ter elencado outras medidas de combate à enfermidade, colocando o isolamento como a única alternativa. Esse modelo defendido nas falas de Hansen era o que Bechler denominou de “Modelo Teórico” e se diferia totalmente do “Modelo Prático”, ou seja, aquilo que era realmente aplicado na Noruega, onde além do isolamento de caráter mais voluntário, as medidas sanitárias e educativas também tiveram espaço, criando uma rede mais completa de combate à lepra⁶.

Na I Conferência Internacional, ocorrida em 1897, na cidade de Berlim, a questão do isolamento compulsório surge em pauta e o Modelo Norueguês Teórico é apresentado ao mundo. Com a presença de autoridades médicas e científicas de reconhecido trabalho no que se referia ao combate à lepra, Hansen defendeu o seu modelo de isolamento. O cientista apresentou o isolamento compulsório de leprosos como a solução para a lepra, afirmando que

⁵ As Conferências Internacionais da Lepra foram reuniões entre cientistas e médicos de diferentes partes do mundo com o intuito de discutir aspectos referentes à *lepra*, como etiologia, terapêutica e profilaxia. Ocorreram sete conferências entre os anos de 1897 e 1958 (MACIEL 2007).

⁶ No decorrer desse trabalho utilizamos as nomenclaturas “Modelo Teórico” e “Modelo Prático” para diferenciar as formas de isolamento na Noruega.

a doença passou a regredir na Noruega devido à prática segregacionista e impositiva do isolamento de doentes e, desse modo, recomendava que essa política fosse adotada mundialmente. Para Bechler, (2009) essa diminuição ocorreu devido ao grande número de doenças que ocorreram no período e que levavam os leprosos a óbito mais rapidamente, diminuindo os casos de lepra. Bechler utiliza o discurso de Hansen para embasar isso.

Mesmo o modelo defendido por Hansen tendo prevalecido na conferência e sendo recomendado na sua finalização, isso não quer dizer que fosse totalmente aceito pela comunidade científica. Robert Koch (1846-1910) desenvolveu pesquisas sobre a lepra juntamente com Neisser, sendo a maior referência no período acerca das descobertas bacterianas e em suas pesquisas na Alemanha discordava do pensamento de Hansen, tendo inclusive redigido um artigo anterior a conferência afirmando que os dados noruegueses não eram suficientes para considerar o isolamento compulsório uma solução adequada e defendia um menor gasto financeiro do estado pautado em uma postura mais humana no isolamento de doentes. Porém, Koch não participou da conferência, o que para Bechler (2009) não pode ser visto como apenas uma coincidência, mas como algo politicamente arranjado a favor de Hansen, que ficou conhecido por querer todos os créditos científicos referentes à lepra para si. Assim, mesmo sendo apenas um dos pontos das políticas públicas de combate à enfermidade na Noruega, o isolamento compulsório de leprosos ganhou notoriedade, devido a Hansen e a experiência e notoriedade que a Noruega possuía no tratamento da enfermidade.

Após 12 anos, ou seja, em 1909, a II Conferência Internacional da Lepra ocorreu em Bergen, na Noruega. Hansen, já com idade avançada e vangloriado pelos participantes, tinha o seu modelo de combate à lepra amplamente aceito entre os cientistas, não existindo quase nenhum registro durante a conferência de críticas diretas ao isolamento compulsório, exceto nos escritos de Robert Koch, que foram publicados nos anais da conferência, nos quais o cientista critica timidamente as práticas norueguesas, porém sem muito destaque, provavelmente devido a Hansen ter conseguido legitimar o Modelo Norueguês Teórico (BECHLER, 2009). Nessa conferência, também foi admitida a possibilidade de curabilidade da enfermidade, porém o medicamento específico ainda era desconhecido. Diante disso, a segregação compulsória daqueles que se encontravam enfermos de lepra continuou a principal forma recomendada para tentar conter o avanço da doença. Esse modelo se espalhou pelo mundo, chegando paulatinamente às terras americanas e, conseqüentemente, ao Brasil.

Em 1897, enquanto ocorria a I Conferência Internacional da Lepra, o Brasil também convivia com a enfermidade, já que nas primeiras décadas do século XIX a doença era amplamente debatida entre o corpo médico. Em alguns momentos confundida com outras

enfermidades, como sífilis e dermatoses, a lepra causava discordâncias entre os médicos, sobretudo acerca da terapêutica e diagnóstico adequado, tendo apenas certo consenso sobre sua origem, pois os médicos brasileiros consideravam que era uma doença vinda de fora, ou seja, que não existia em terras americanas antes da chegada dos europeus. Mesmo assim, divergiam sobre a forma que foi introduzida, se pelos europeus ou africanos. Dessa forma, atribuíam a disseminação da doença à miscigenação racial brasileira, teoria que ganhou adeptos e fortaleceu o discurso eugênico⁷. (CABRAL, 2013).

Essa concepção só começou a perder força entre o meio médico-científico quando o médico José Jerônimo de Azevedo Lima⁸, utilizando uma justificativa etiológica, afirma que a lepra não escolhia raça, idade, sexo ou condição social, pois se tinha origem bacilar, o bacilo não teria como escolher onde se alojaria, portanto não existiam fatores raciais que tornariam a enfermidade mais presente em uma raça ou em outra. Assim, a lepra é repensada e consequentemente, a terapêutica também.

Influenciados pelas discussões internacionais, os médicos brasileiros também divergiam acerca das querelas entre a hereditariedade e o contágio, pois ainda que os contagionistas fossem mais influentes, a tese da hereditariedade não foi totalmente descartada. Toda essa tensão gerava outro impasse ainda maior: o isolamento, que será intensificado no decorrer dos anos, como será abordado posteriormente.

Mesmo após a I Conferência Internacional da Lepra, em Berlim, e a aceitação mundial das teorias de Hansen, o embate entre contagionistas e não contagionistas permaneceu, inclusive em território brasileiro. Azevedo Lima acreditava serem incipientes as informações trazidas por Hansen para definir o modo de combate à doença, tendo inclusive mandado um trabalho para os anais da referida conferência defendendo sua posição e afirmando que não bastava apenas conhecer o agente transmissor, era necessário aprofundar os estudos na receptividade da doença, devendo ser analisado o clima, as condições físicas e de higiene que favoreciam a instalação do bacilo. Assim, diante dessas interrogações existentes em torno do bacilo da lepra, os debates foram favorecidos e as teorias sobre a doença no Brasil cresceram pautadas, principalmente, nas discussões internacionais (CABRAL, 2013).

Cunha (2005) analisa algumas posturas dos médicos brasileiros diante da lepra, pois, apesar de grande parte priorizar o isolamento compulsório como forma principal de combate a essa enfermidade, existiam divergências sobre a forma que esse deveria ocorrer. Belisário

⁷Eugenia foi um movimento científico que acreditava na superioridade de determinadas raças, buscando selecionar aqueles que eram aptos a dar continuidade a uma geração futura, com objetivo de produzir uma raça superior e garantir o desenvolvimento de uma sociedade. Cf: (DIWAN, 2013).

⁸Médico e político carioca que, no período, se destacava em diversas áreas, como a lepra.

Penna, sanitarista brasileiro, defendia o isolamento em municípios, onde os doentes viveriam livremente, porém com o contato somente com enfermos, ignorando outra forma de terapêutica; já Eduardo Rabello, importante dermatologista-sifilógrafo do Brasil, valorizava o tratamento médico e o isolamento em leprosários e Oswaldo Cruz, médico e cientista que se dedicou ao estudo da microbiologia, de modo mais radical que todos, priorizava a segregação em ilhas como solução para diminuir a incidência de lepra.

Mesmo com esses embates, o fato é que a recomendação internacional de isolar leproso foi reforçada pelas conferências já citadas e ressoou fortemente no Brasil, influenciando a construção de instituições de diversos tipos (públicas, privadas, asilos, colônias) que seriam destinadas ao isolamento dos leproso. Através de dados apresentados por Curi (2010) é possível perceber que foram destinados 18 locais para abrigo de leproso até 1909, ano da II Conferência Internacional da Lepra, tendo sido o primeiro inaugurado em 1640, em Salvador, com o nome de Campo dos Lázaros. Através dessa informação, podemos questionar em que medida as determinações das conferências internacionais influenciaram na prática isolacionista no Brasil, já que ainda no século XVII já existia uma instituição com esse objetivo?

A lepra, no século XVII, ainda estava carregada de significado punitivo, que colocava a doença como um castigo divino e o doente como um pecador. Dessa forma, o isolamento do doente nesse período não tinha finalidade ou respaldo médico-científico, mas sim uma justificativa caritativa, de ajudar aqueles que sofriam do mal e retirar do convívio com o restante da população sã, que se sentia incomodada com o que esses doentes representavam: a impureza. Dessa forma, as instituições de saúde até o século XIX, não tinham como objetivo principal encontrar meios para curar o doente. Como aponta Foucault, o hospital era um “lugar para morrer”. Sobre a prática médica, o filósofo afirma:

Quanto à prática médica, nada havia, no que a constituía e lhe servia de justificação científica, que a predestinasse a ser uma medicina hospitalar. A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista. Individualista da parte do médico, qualificado como tal ao término de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos que compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas. A experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. O que o qualificava era a transmissão de receitas e não o campo de experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado (FOUCAULT, 2011b).

As primeiras instituições fundadas no Brasil para isolar o leproso ainda nos séculos XVII e XVIII não tinham uma função terapêutica, até por que, como já destacado, essa era

uma postura mundial, sobretudo europeia, que acabou influenciando o modo de tratar doentes pelo viés caritativo, deixando em segundo plano a função salutar.

Em meados do século XIX, a ciência e a medicina passaram por modificações, como as teorias microbianas, o advento da medicina social e os avanços laboratoriais que refletiram na forma de lidar com a lepra. Como já mostrado, a ênfase nos estudos laboratoriais realizados na Noruega, que inclusive definiram o que era a lepra, diferenciando-a de outras doenças⁹ e a descoberta do bacilo como agente transmissor possibilitaram uma nova forma de conceber a enfermidade, que cada vez mais, saíria do campo de castigo divino para um campo médico, calcado na contagiosidade. Porém, o medo permaneceu, mas um medo diferente que se relacionava com o pavor de ser contagiado pela lepra e não mais um medo do castigo que aquela doença representava.

Todos esses avanços no estudo da doença iniciados na Noruega foram agentes motivadores das I e II Conferências Internacionais da Lepra, que conseguiram disseminar as novas teorias sobre a enfermidade para a comunidade científica internacional, entre elas o isolamento de leprosos, que deixa de ser feito por questões religiosas e passa a ser justificado com embasamento científico, sendo considerado pelas autoridades no assunto a forma mais adequada para conter o avanço da doença, devido o fortalecimento da crença no alto grau de contagiosidade.

O século XIX foi um divisor de águas no que se refere à medicina e a ciência, modificando o combate aos diferentes tipos de doenças no mundo, incluindo a lepra. Assim, o Brasil chega ao século XX com um novo “estilo de pensamento”¹⁰ no que se refere a lepra, pois teve início uma necessidade de iniciativa estatal, devido um contexto de intenso higienismo e sanitarismo, de medicina social e de necessidade de controle das doenças, que eram vistas como um empecilho para o desenvolvimento econômico. A partir desse momento, o cuidado dos doentes deveria deixar de ser visto como um dever da caridade cristã, já que com o advento da medicina social e da saúde pública, o estado deveria ser o responsável por dar subsídios financeiros e sociais para a elaboração de planos de combate as diferentes enfermidades que assolavam o país. Ou seja, devido ao “novo estilo de pensamento” do século XX, o controle das doenças exigia agora a interferência médica e política, ficando a ação religiosa nesses assuntos em um plano inferior (CURI, 2010).

⁹ Danielssen e Boeck foram responsáveis por essa descoberta (CURI, 2010).

¹⁰Esse estilo de pensamento abordado por Curi (2010) se refere a uma forma científica de pensar ações de combate à lepra.

A lepra passou a ser considerada um problema de saúde pública brasileira, exigindo cada vez mais esforços de diversos setores da sociedade para o seu controle, ainda mais que, nas primeiras décadas, a teoria do contágio já estava fortalecida, ficando a hereditariedade como um elemento predisponente para a ocorrência de lepra. Com a teoria do contágio em destaque, isolar acabou se tornando a alternativa mais levada em consideração, gerando a intensificação da edificação de construções para isolamento de leprosos.

Os discursos públicos se intensificaram, sobretudo a partir do Regulamento Sanitário de 1904, aprovado pelo decreto 5.156 que definiu a lepra como uma doença de notificação compulsória, ação feita por Oswaldo Cruz quando estava à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Essa foi a primeira legislação de âmbito nacional brasileira a tratar a lepra de acordo com os preceitos recomendados pela medicina moderna, ou seja, sendo pautada em um caráter científico para organizar ações de combate às doenças. Sobre a doença e o isolamento, o regulamento apontava:

Art. 152. O isolamento do doente é obrigatorio para todas as molestias de notificação compulsoria constantes do art. 145. Art. 153. O isolamento divide-se em nosocomial e domiciliario, subdividindo-se este em isolamento de rigor e isolamento parcial. Art. 154. O isolamento domiciliario parcial só será empregado para a tuberculose e lepra, de accôrdo com os preceitos estabelecidos pelas instrucções em vigor na Directoria Geral de Saude Publica (BRASIL, 1904).

O Regulamento Sanitário de 1904 colocava a lepra como uma doença de notificação e isolamento compulsório nosocomial ou domiciliar, sendo que a prioridade, neste caso, seria o nosocomial. O referido documento ainda cita as regras para um isolamento domiciliar, sobretudo a casa ser arejada e dispor de quarto individual para o doente com uma porta mantida sob vigilância de um guarda sanitário com a função de assegurar a entrada e saída de objetos e de pessoas autorizadas.

Como o isolamento principal seria o nosocomial, o regulamento complementa:

Art. 232. Emquanto não forem estabelecidas colonias para leprosos a autoridade sanitaria procederá do seguinte modo: a) fará que o leproso seja isolado em domicilio, do accôrdo com as instrucções em vigor; b) distribuirá os conselhos prophylaticos organizados pela Directoria Geral de Saude Publica; c) verificará repetidas vezes si as suas determinações são cumpridas (BRASIL, 1904).

É perceptível que o regulamento, ao dar outras opções para a forma que deveria ser praticado o isolamento, aponta indícios da incapacidade que o país possuía no período em

questão para praticar o que a lei determinava. Além disso, outro ponto relevante é que o combate à lepra seria de responsabilidade do estado, funcionando as entidades federais como auxiliares.

Nesse momento é importante tentar compreender um pouco como estavam as instituições de isolamento de leprosos no Brasil. Vimos anteriormente que até 1909, data da II Conferência Internacional, o Brasil já havia possuído 18 instituições de isolamento, número esse que era o mesmo em 1904, já que a Hospital de Guapira, de São Paulo foi inaugurado nesse mesmo ano, enquanto a próxima instituição com essa finalidade, o Leprosário do Umirisal, em Manaus, só foi inaugurado em 1913. Dessas 18 instituições, em 1904, onze ainda estavam em funcionamento, sendo que Bahia, Pernambuco, Pará, Maranhão e Rio de Janeiro possuíam uma em cada capital, enquanto São Paulo possuía quatro instituições, em Itu, Campinas e duas na capital (CURI, 2010).

Após as determinações do regulamento de 1904 foi inaugurado no Brasil o leprosário de Umirisal, em 1908, em Manaus, no Amazonas. Mesmo com as determinações do regulamento em voga, o leprosário ainda teve um viés mais caritativo do que científico, como aponta Ernani Agrícola:

Por certo bela obra de caridade, mas sem qualquer influência como medida de combate à doença que continuou a se expandir de vez que a aparelhagem sobre ser deficiente, não dispunha de recursos técnicos e organizações necessárias ao desenvolvimento de uma campanha eficiente de sentido profilático (AGRÍCOLA, 1960, p. 15).

Mesmo com as recomendações nacionais, as instituições de leprosos mantiveram o caráter paliativo e caritativo, relegando a terapêutica ao segundo plano. Assim, surge uma questão: o regulamento era completamente ignorado? Para compreender essa problemática, podemos tomar como exemplo o caso do Hospital de Guapira, inaugurado em São Paulo em setembro de 1904, quase seis meses depois da aprovação do referido regulamento. O plano de construção dessa instituição envolvia maior atenção e cuidado com os pacientes, privilegiando o lado medicamentoso. Porém, na prática, não houve uma aplicabilidade das teorias médicas desejadas por um fator principal: a superlotação, que tornou inviável um tratamento mais cauteloso ao doente (CURI, 2010).

Assim, entendemos que um olhar médico-científico para a lepra já existia no Brasil mesmo antes do Regulamento Sanitário de 1904, até mesmo porque a medicina brasileira já se dedicava ao campo leproológico e a instituição em destaque foi pensada mesmo antes do regulamento, posto que um local com esse porte deve ter começado a ser planejado mais de

seis meses antes de sua inauguração. O que dificultava a aplicabilidade das teorias médicas eram problemas estruturais e financeiros, contribuindo para a manutenção de instituições de isolamento de leprosos com função médica secundária.

Dessa forma, mesmo com conhecimento, a medicina brasileira encontrava percalços para desenvolver um combate à lepra de acordo com as recomendações da medicina moderna. Em 1909, como já abordamos, tem início a conferência de Bergen e, mais uma vez as recomendações sobre o isolamento aparecem, porém, de forma mais humanitária, em locais de fácil acesso aos familiares e acompanhado de exames periódicos de comunicantes (pessoas que tiveram contato íntimo e prolongado com leprosos); separação de filhos sadios de seus pais doentes e a teoria de que a lepra não era uma doença incurável, sendo cogitada a possibilidade de uma cura médica futura. Além disso, foi a partir desse momento que começou a ser pensado o modelo tripé para o combate à lepra, que era pautado na construção de leprosários para o isolamento dos enfermos; dispensário para o controle dos comunicantes, principalmente de familiares de leprosos, já que mantiveram contato prolongado com o doente; e preventórios para abrigar os filhos sadios daqueles atingidos pela enfermidade (CAHU, 2012).

É importante destacar que a III Conferência Internacional da Lepra só ocorreu em 1923, portanto, essas resoluções orientaram o combate à doença durante 14 anos, de modo que o “modelo tripé” foi aplicado no mundo e modificado de acordo com as próximas conferências, como mostraremos posteriormente. No caso do Ceará, o estado sofreu influência desse modelo, porém é necessário fazer as devidas ressalvas acerca do modo como isso ocorreu, já que tal modelo não foi totalmente absorvido pelo estado por diferentes motivos, que serão destacados no decorrer desse trabalho.

Diante desse novo panorama ancorado na medicina social, as instituições de isolamento de leprosos ainda não receberam atenção do estado, ficando novamente as poucas ações restritas às iniciativas privadas. Como exemplo, podemos citar o fato do primeiro leprosário edificado com verbas públicas após a aprovação do regulamento ter sido o Lazarópolis da Prata, que foi fundado no Pará, em 1924. Ou seja, 20 anos depois da aprovação das determinações do isolamento como medida profilática e já tendo sido aprovado um novo regulamento no ano de 1923. (CUNHA, 2005).

Mesmo com as recomendações já expressas no regulamento e nas conferências, pouco foi feito para combater a lepra no Brasil e, conseqüentemente, no Ceará. Podemos afirmar que nesse estado as ações mais efetivas de combate a ela tiveram início em 1918, porém, alguns nomes cearenses, sobretudo médicos, já merecem destaque antes desse período, pois

alertaram para o problema da lepra ainda no fim do século XIX. José Lino da Justa e Barão de Studart foram os primeiros a contabilizar os casos de doença no estado.

José Lino da Justa foi um médico cearense que se formou na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1889. Nascido em Pacatuba (CE), foi diretor da Inspetoria de Higiene e um dos fundadores do Centro Médico Cearense. No que se refere à lepra, em um dos relatórios da Inspetoria de Higiene, José Lino da Justa alerta para 20 casos da enfermidade durante os anos de 1892 a 1899 (BARBOSA, 1994).

Guilherme Chambly Studart, o Barão de Studart, ficou conhecido por diversos motivos na história cearense, sobretudo como historiador e médico, sendo também um dos responsáveis pela fundação do Centro Médico Cearense, atuando de forma muito enfática nos problemas sociais do Ceará. Studart destacou a questão da lepra em alguns de seus escritos. Segundo o Tratado de Leprologia de 1950, Studart identificou o que seria o primeiro caso de lepra no estado:

Segundo o historiador cearense, o Barão de Studart, citado por F. de Araujo, a história da lepra nesse Estado partiria de 1867 isto é, quando foi identificado o primeiro lázaro. Tratava-se de um escravo importado do Sul, pertencente à família Bezerril. Entretanto o Dr. Firmino José Doria, informava a J. L. Magalhães que tinha conhecimento da morféia no Ceará desde o ano de 1862 (MAURANO, 1950, p. 39).

Em 1898, Barão de Studart escreveu na Revista da Academia Cearense de Letras um artigo alertando sobre a lepra em diversos aspectos. Acreditando fortemente na contagiosidade da doença, o médico alerta para o seu perigo, principalmente devido à população cearense não está convicta do contágio e continuar mantendo relações constantes com leprosos nos afazeres cotidianos, pois Studart relata a presença de um vendedor de redes, um mercador d'água e um padeiro que não sofreram prejuízos nas vendas dos seus comércios, mesmo sendo claramente doentes de lepra (STUDART, 1898).

Ao afirmar que a população cearense não crê fortemente no contágio da lepra, Studart tece um discurso com tentativa clara não só de alertar a população, mas também de amedrontá-la:

Realmente 32 casos em 30 annos, que tanto é o periodo de tempo sobre alguma cousa posso dizer, não representam uma cifra respeitavel, mas eles servem para confirmar a progressão sempre crescente do mal, porquanto decompondo esses 32 casos por decennios tenho 5 para o 1º sendo 4 homens e 1 mulher, 8 para o 2º sendo 7 homens e 1 mulher e 19 para o 3º sendo 15

homens e 4 mulheres. E não tenho a pretensão de conhecer todos os leprosos de Fortaleza, cidade de 45000 almas (STUDART, 1898, p. 255 e 256).

Com essa progressão dos casos e a estimativa dos anos seguintes, Studart tenta manifestar na população cearense a ideia de que a doença está aumentando aos poucos, afirmando que a lepra teve esse alargamento com o passar dos anos devido à contagiosidade que ele claramente defendia como causa da enfermidade. Para corroborar com a sua crença, Studart relata uma série de casos nos quais destaca que a doença foi transmitida pelo uso ou manuseio de roupas de um doente, através da ingestão de produtos alimentícios fabricados por um padeiro enfermo ou simplesmente pelo contato diário entre pessoas que habitavam uma mesma residência (STUDART, 1898).

Através desses exemplos citados por Studart é inegável que ele creu na contagiosidade da lepra e também acreditava que a doença poderia ser transmitida inclusive sem contato direto entre o enfermo e o são, já que usa casos de pessoas que, segundo ele, adquiriram a doença por meio de objetos ou alimentos pertencentes a um leproso. Além disso, Studart também faz questão de descartar a teoria da hereditariedade, pois ao analisar o caso de uma família com seis doentes de lepra, utiliza o contágio para explicar a situação, mostrando relações dessas pessoas com os leprosos e sem trabalhar sequer com a hipótese da hereditariedade. Dessa forma, Studart não só defende a teoria da contagiosidade, mas também demonstra sua descrença para com a teoria da hereditariedade ainda no final do século XIX, período de muitas controvérsias acerca da transmissibilidade da doença.

Assim, o médico esclarecia que o problema da lepra estava nas relações entre sãos e leprosos, iniciando assim, no Ceará, uma campanha – ainda que incipiente, a favor do afastamento de doentes, já que em todos os casos citados por Studart, a doença se expandiu devido algum tipo de contato direto ou indireto com o leproso. Anos mais tarde, em 1909, Studart retoma o problema da lepra em seu livro *Climatologia, Epidemias e Endemias do Ceará*, afirmando que a doença continua em expansão progressiva e lamenta a falta de um hospital de isolamento de leprosos no estado (STUDART, 1909).

O Ceará e alguns estados brasileiros foram pioneiros nos alertas sobre a lepra. Porém, esses alertas não foram tão levados em consideração, já que as ações no Brasil aconteceram de modo pontual, principalmente no que se refere às ações públicas, algo que vai permanecer durante um longo período, mais precisamente até a Era Vargas (1930-1945). Antes disso, grande parte do combate à lepra ficou restrita às ações privadas, tendo o poder público apenas

criado uma série de regulamentos e órgãos que não tiveram uma real ação prática no combate à doença.

Sobre os órgãos da saúde pública, a nível nacional, o Brasil, no início do século XX contava com a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que tinha ações mais pontuais e de auxílio aos estados, sobretudo em momentos de crise: “a prestação de socorros medicos e de hygiene ás populações dos Estados á requisição dos respectivos Governos, verificado o caso de calamidade publica” (BRASIL, 1904). Ou seja, na letra do Regulamento Sanitário de 1904, essa diretoria só atuava nos estados em casos extremos, já que a saúde pública era responsabilidade do governo estadual. Essa situação nacional permaneceu até a década de 20, com poucas alterações.

No período em tela, o poder público estadual cearense pouco se dedicava aos assuntos de saúde pública, pois: “[...] os investimentos são mínimos, quase inexistentes. O Estado do Ceará é o grande omisso em relação a saúde da população” (BARBOSA, 1994, p. 67). A atuação estatal cearense em questões sanitárias se resumia a Inspetoria de Higiene, que tinha funções pontuais, como fazer a vigilância dos portos, realizar a vacinação antivariólica, produzir relatórios anuais das doenças que acometiam o estado e fazer algumas medidas sanitárias para controle de calamidades, como epidemias e secas. Essas ações eram feitas de modo precário, já que os recursos eram poucos. Desse modo, não existiam ações fixas de combate à lepra por parte desse órgão.

Em 1914, a DGSP passa a ser regida através de um novo regulamento que, embora trouxesse algumas mudanças, de modo geral, a situação permaneceu a mesma: ações federais pontuais nos estados, sobretudo em casos de calamidade pública. E a lepra continuou com as mesmas recomendações: notificação e isolamento (BRASIL, 1914). Dessa forma, as ações permaneceram escassas no que se refere a essa enfermidade.

Dentro desse contexto, em 1918, é criada no Ceará a Diretoria Geral de Higiene para substituir a antiga inspetoria. Esse novo órgão delegava funções aos municípios e tinha atuação mais abrangente, entre as mais relevantes:

II) A prophylaxia geral e especifica de todas as molestias infectuosas ou transmissíveis; [...];VII) A organização da estatistica demographo-sanitaria do Estado e especialmente de Fortaleza; [...]; IX) A prestação de socorros medicos e de hygiene ás populações do interior, em caso de calamidade pública verificada. (RIBEIRO, 1918b, p. 4).

Sobre a lepra, assim como nos regulamentos federais, a notificação, isolamento e vigilância estavam descritas, o que motivou, provavelmente, a atuação do primeiro Diretor de

Higiene, o médico Carlos Ribeiro, a tentar realizar ações mais efetivas no combate à lepra no estado, que veremos no próximo tópico.

2.2 O primeiro plano de combate à *lepra* no Ceará: a construção de uma defesa a favor do isolamento compulsório.

Carlos da Costa Ribeiro foi um médico cearense que atuou como um importante membro do Centro Médico Cearense¹¹ (CMC) e ocupou o cargo de Inspetor e Diretor de Higiene durante o governo de João Thomé de Saboya¹². Assim como grande parte dos médicos cearenses que se envolveram com o combate à lepra, Ribeiro também teve atuação e participação política. Essa realidade é uma constante na saúde pública, já que os órgãos de cuidado à saúde, geralmente, são destinados a pessoas que possuem formação médica a fim de que tenham propriedade e conhecimento sobre o trabalho que está sendo feito.

Dessa forma, foi comum durante a produção desse trabalho a presença de alguns médicos que transitaram entre os dois grupos, ou seja, que são classificados como médicos e políticos; outros que mesmo tendo formação médica, acabam tendo uma postura mais política do que médica, colocando os interesses do estado em primeiro lugar e por último, situações em que o médico mesmo estando com cargos na saúde pública, não se afasta da sua formação inicial, tendo uma postura mais médico-social que política.

Sobre Carlos Ribeiro, o médico tem uma forte trajetória tanto médica, como política. De 1915 a 1920, Carlos Ribeiro foi Inspetor/Diretor de Higiene, cargo máximo da saúde pública no período. Porém, mesmo assim continuou clinicando, inclusive na Santa Casa da Misericórdia e atuando no CMC, funcionando como uma ponte entre o grupo médico que fazia parte daquele órgão e a Diretoria de Higiene, já que usava seu respaldo com os médicos pertencentes ao CMC para conseguir mais espaço e apoio com a intenção de aplicar suas medidas na saúde pública fortalezense (GARCIA, 2011).

Ou seja, Carlos Ribeiro utilizava o fato de pertencer ao CMC e a saúde pública para galgar mais espaço e respeito entre os médicos, porém, mesmo assim, não esquecia a sua função médico-social e levava os problemas levantados pelos médicos nas reuniões do CMC

¹¹Essa instituição foi fundada em 1913 e, inicialmente, contava com os médicos, farmacêuticos e os odontólogos cearenses, posteriormente teve a participação só dos médicos. Dentre as suas funções, estava à união da classe para garantir sua autoridade e seus interesses e promover o bem-social no estado. O órgão também possuía uma revista com objetivos semelhantes, denominada inicialmente de Norte Médico e depois de Ceará Médico.

¹² João Tomé de Saboia e Silva foi engenheiro, empresário e político brasileiro. Foi governador do Ceará de 1916 a 1919 e senador entre 1921 e 1930

para tentar resolver no âmbito público, cobrando maior interesse do governo, como exemplo temos o caso da lepra.

Ana Garcia (2011) aponta que o interesse dos médicos em participar dos órgãos da saúde pública não pode ser visto simplesmente como uma tentativa de trazer benefícios para a cidade, o que esses médicos desejavam era buscar espaço e prestígio, legitimando uma medicina acadêmica. Georgina Gadelha (2012) e André Neto (2001), ao abordar a saúde pública federal, corroboram com a ideia anterior.

Ser nomeado para exercer qualquer uma destas funções representaria um significativo aumento do prestígio e do poder do escolhido. Prestígio, por ter sido nomeado pelo presidente da República, pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores ou pelo diretor geral do Departamento. Poder, na medida em que seu ocupante teria nas mãos condições de elaborar, decidir e implementar um conjunto de políticas públicas na área de saúde (NETO, 2001, p. 126).

Fazendo as devidas proporções, ter um cargo na saúde pública estadual também era considerado relevante, já que garantia prestígio por ser indicado pelo governo do estado e poder por interferir diretamente nas questões relativas à saúde pública. Porém, isso não quer dizer que esses médicos viviam na inação, sem buscar melhorias médico-sociais para o estado. Temos como exemplo a ação de Carlos Ribeiro em torno da lepra.

Carlos Ribeiro, no relatório finalizado em maio de 1916, já alertou para o problema da lepra, pois relata a grande quantidade de mendigos leprosos que passam a esmolar pelas ruas da cidade cotidianamente. A partir disso, Ribeiro passa a expor a relação que teve com Studart, motivada talvez pela interação que os médicos tinham no CMC. Segundo o relato, Studart o procurou por ter em mãos uma quantia para iniciar a construção de um local de isolamento para leprosos. Ribeiro se prontificou a ajudar o médico e passaram a buscar um lugar para a edificação da instituição, mas pondera:

Não se tratava de um isolamento perfeito, como seria necessário para um profilaxia bem feita, com reclusão compulsória, só realizável em uma ilha, mas uma enfermaria com os indispensáveis cuidados higienicos ao menos para os leprozos indigentes ou que se vissem impossibilitados de trabalhar, coagidos pelas autoridades a abandonar a sua profissão ou officio (RIBEIRO, 1916, p. 13 e 14).

É interessante perceber que Ribeiro se posiciona a favor do isolamento de leprosos em ilhas e mais do que isso, afirma que isolamento insular seriam a única forma de fazer uma “profilaxia bem feita”, o que pode ser considerado a forma de isolamento mais radical e

menos humanitária para os doentes. No Brasil, existiram médicos que também defenderam esse posicionamento, como Oswaldo Cruz, porém essa prática nunca teve aplicabilidade em território nacional (CUNHA, 2005).

Sobre a tentativa em conjunto da edificação de um leprosário por Studart e Ribeiro, Lima (2007) afirma que esse desejo não saiu do papel, pois Studart, em uma das reuniões do CMC lamentou que, mesmo com os seus alertas, o governo estadual nada havia feito com relação à lepra, tendo inclusive retirado à quantia que o presidente do estado João Thomé de Saboya havia destinado para que o médico liderasse a construção de uma instituição de isolamento de leproso no Ceará, afirmando que a verba deveria ser aplicada em questões mais urgentes.

Mesmo assim, Carlos Ribeiro não desiste e em maio de 1918 entrega um relatório ao governo estadual detalhando o problema da lepra no Ceará através de estatísticas, comparações com outros estados do Brasil e com o mundo, além de citar possíveis soluções para esse problema e críticas à falta de interesse do governo estadual. É interessante destacar que, mesmo possuindo um cargo público de chefia estadual, Carlos Ribeiro não deixa de criticar a postura política no combate à enfermidade, o que ajuda a classificar o médico não apenas como interessado em defender os interesses políticos, mas também com objetivos de contribuir positivamente para a questão salutar do povo cearense. Mas, claro que não podemos considerar a forma como Ribeiro se interessava por essa causa como puro altruísmo, pois se envolver no combate a uma enfermidade que estava com tanto destaque na sociedade trazia prestígio social ou no mínimo garantia que os seus colegas de profissão continuassem tendo respeito pela sua figura enquanto clínico.

Retomando a análise do relatório, dentre os pontos abordados nas 21 páginas dedicadas à lepra, Ribeiro relembra a tentativa que Studart e ele fizeram para construir um leprosário no Ceará: “É verdade que ha 2 annos o notável homem de letras Barão de Studart e eu, elle por philantropia eu por força do meu cargo, fomos durante algum tempo embalados pela ilusão de perto já se achara a realisação de tão util medida”. (RIBEIRO, 1918, p. 13). Fica claro que Ribeiro procura diferenciar os motivos que levaram ambos a se envolver no combate a essa doença em debate, ele pela responsabilidade do cargo e Studart por filantropia, o que proporciona mais destaque a Studart, por ter se envolvido nesse combate de forma voluntária. À primeira vista isso pode ser visto como uma forma de modéstia por parte de Ribeiro, mas, no decorrer do relatório, fica claro que ele deseja também receber destaque por seu envolvimento com a lepra, sobretudo quando relata o número de vezes que já alertou para os perigos que essa doença representava.

Sobre a lepra, Carlos Ribeiro, assim como Barão de Studart, não acreditava que a doença era hereditária, defendendo abertamente a teoria contagionista: “No estudo de nossa estatística muita coisa se pode encontrar em favor da transmissibilidade da lepra, aliás hoje apenas duvida por um limitado numero de leprologos e com argumentos que não resistir aos fatos” (RIBEIRO, 1918, p. 13 e 14).

Sem duvidar da contagiosidade da doença, Carlos Ribeiro prontamente coloca que a profilaxia adequada para a lepra era: “isolamento, isolamento e mais isolamento”. Para justificar essa postura, Ribeiro utiliza duas estratégias. Na primeira, busca demonstrar o quanto a doença cresceu a cada decênio, chegando em 1917 a ter 68 casos (sendo 6 já falecidos e 9 saído do estado) de lepra apenas em Fortaleza¹³, de acordo os dados levantados pela Diretoria de Higiene. O médico defende que o número, mesmo sendo ainda consideravelmente pequeno, está duplicando a cada decênio e que era preciso começar a cuidar desse problema antes que chegasse a proporções maiores, como o caso do Pará e de São Paulo, que são destacados pelo médico no relatório. Já a segunda estratégia desempenhada por Ribeiro é comentar sobre os leprosos, destacando, principalmente, a possível forma que os indivíduos contraíram a lepra, a fim de provar a contagiosidade e poder afirmar seguramente: “E, uma vez que é o homem leproso, até hoje, o único habitat conhecido do bacillo causador da lepra, é forçosamente o homem leproso o unico focco contra o qual podemos consciente e racionalmente agir”. (RIBEIRO, 1918, p. 16).

O discurso anterior de Ribeiro acaba colocando o problema da lepra na figura do doente e não da doença em si, o que pode contribuir para o estigma que muitos enfermos sofreram no período e ainda sofrem atualmente. Lembrando que esse é o pensamento científico da época, já que veio de uma pessoa formada na área médica e de autoridade política, o que nos ajuda a compreender como o isolamento e a segregação dos doentes eram justificados como ações de cunho médico.

No restante do relatório o médico aponta motivos para o isolamento que vão desde a necessidade que os leprosos têm de tratamento que, em sua opinião médica, pode ser melhor realizado em uma instituição, até como um meio de diminuir a mendicância dos leprosos, que causava tanto pavor na população sã devido ao contágio e as deformações causadas pelo avançar da doença: “Ao passo que, internados em um isolamento, não só há mais probabilidade de cura, por maior facilidade de uma acção racional e conveniente, como

¹³Carlos Ribeiro afirma que os dados das outras cidades cearenses ainda não haviam chegado.

desaparece, ou, na pior das hipóteses, diminui o perigo que eles constituem para a saúde pública” (RIBEIRO, 1918, p. 16 e 17).

Ribeiro retoma que o ideal seria um isolamento em colônia modelo ou em ilhas, com a segregação compulsória sem exceções. Porém, diante da circunstância estadual, esse modelo seria impraticável, então o ideal era procurar um meio termo, menos oneroso, para praticar o isolamento. Para isso, Carlos Ribeiro apresenta o que denomina de programa para orientar o combate à lepra no Ceará, que incluía: ampliação da estatística para o interior do estado, através da notificação compulsória; realização de exame bacteriológico para confirmação da doença; divisão entre aqueles leprosos que não trarão dificuldades para o isolamento e aqueles que serão contra, sendo que, deste último grupo, os “mais ou menos abastados” poderão se submeter ao isolamento domiciliar, seguindo uma série de regras¹⁴ e para os demais o médico defende a criação de uma lei especial que instituiria a obrigatoriedade do isolamento compulsório no Ceará.

Sobre o leprosário o médico idealiza uma instituição pouco afastada da cidade e que atenda às necessidades básicas dos doentes, garantindo assistência médica e trabalho para aqueles em condições de realizá-lo. Ribeiro defende que, posteriormente, possam ser construídos espaços destinados ao lazer, a fim de que o doente tenha: “[...] uma ilusão de liberdade na aldeiola que constituirão todas estas casinhas e mais edificações [...]” (RIBEIRO, 1918, p. 19). Essa postura era comum no restante do Brasil, pois a tentativa da ciência moderna era tornar a instituição a mais atrativa possível, a fim de evitar fugas dos leprosários e também por questões humanitárias, que já estavam em discussão no Brasil.

Cunha (2005) destaca que nos leprosários, embora fossem localizados em cidades distantes dos grandes centros urbanos e fossem cercados por muros, a sensação interna deveria ser de liberdade, nos quais os doentes poderiam levar uma vida aparentemente normal, porém com uma regra principal: não ultrapassar os limites da instituição. Dessa forma, os leprosos teriam uma “liberdade vigiada”. Goffman (2001) denomina esse modelo de instituição total, que é definido como um local onde aquele que lá vive realiza todas as suas atividades, sem sair para nada. Dessa forma, deveria contemplar todas as esferas da vida do interno, desde lazer até o trabalho. Geralmente, eram instituições com o objetivo de controlar os que nela vivem.

Porém, é importante destacar que mesmo sendo esse um desejo de grande parte das autoridades médicas, os leprosários demoraram para ter esse tipo de estrutura, pois a grande

¹⁴Por exemplo: dormitórios separados, condições de higiene adequadas, objetos de uso separado, fiscalização constante das autoridades sanitárias e entre outros.

maioria foi construído de modo emergencial e paliativo apenas com o claro objetivo de retirar os leprosos do contato com a população sã na tentativa de evitar o contágio, que era a teoria mais presente na época, como já foi relatado. Portanto, as instituições possuíam apenas o necessário para que o doente fosse isolado o mais rapidamente possível, ficando em segundo plano os divertimentos defendidos pelos médicos mais humanitários e até mesmo questões mais básicas, como a assistência médica e estrutural.

Ainda sobre essas questões humanitárias, Carlos Ribeiro defendia a visita de parentes próximos aos leprosos, com os devidos cuidados. O médico ainda relata a possibilidade de uma pessoa sã, tendo um cônjuge doente, se internar com ele, porém sem nenhuma diferenciação, estando obrigado a se submeter às mesmas regras que o enfermo. Essa permissão demonstra que, mesmo se tratando de uma doença considerada extremamente contagiosa, as questões familiares acabavam tendo um peso mais forte, posto que uma pessoa poderia colocar-se em condições consideradas, no período, perigosas para a sua saúde apenas para permanecer junto de seu cônjuge.

Porém, Carlos Ribeiro não tinha a mesma postura com relação aos filhos de leprosos, já que defende a criação de uma creche, em momento futuro, para isolar e manter em observação os filhos de leprosos durante, no mínimo, seis anos. Essa proposta teve influência internacional através do “modelo tripé” – dispensários para comunicantes, leprosários para doentes e preventórios para filhos de leprosos.

No final da parte do relatório referente à lepra, o diretor de higiene faz duas observações que merecem destaque: a primeira se refere à atuação da Diretoria no combate à enfermidade, que até o momento que se resume a estatísticas e a uma “[...] assistência, quase sem therapeutica e sem hygiene a trez indigentes que esmolavam em via publica” (RIBEIRO, 1918, p.20); a segunda, de caráter mais controverso, tem relação com o que o médico denomina de “afixação”:

Uma medida não prevista por nossas leis, mesmo se federaes, como os regulamentos da Directoria Geral de Saude Publica, para nenhuma molestia contagiosa é a “affixação”, isto é, a indicação, por um cartaz bem visível, da molestia do doente. Entretanto concordo com o Dr. Belmiro Valvêrde na sua adopção nos casos de lepra não recolhidos ao isolamento, o que teria, pelo menos, a vantagem de fazer mais facilmente a família se resolver pela colonia (RIBEIRO, 1918, p.20).

A partir do trecho anterior é possível inferir que Carlos Ribeiro acreditava que a “afixação” poderia motivar o isolamento voluntário dos doentes, talvez pelo constrangimento

que o meio social e familiar deveria causar em uma pessoa que todos tinham conhecimento da sua condição de *leproso*. É interessante perceber que o médico demonstra entender o que essa ação causaria no indivíduo doente e, mesmo defendendo alguns pontos de um isolamento mais humanitário, considerava essa medida válida, talvez por acreditar que o mais importante era tirar o foco do contágio do convívio com a população sã, que em sua opinião, claramente era o *leproso*.

O presidente do estado do Ceará no período, João Thomé de Saboya, também expõe o problema da lepra no estado em seu relatório anual, afirmando que a ela era uma forte ameaça e, devido a isso, o governo havia comissionado o médico Anselmo Nogueira¹⁵ para recensear os leprosos e estudar um local para edificação de um leprosário. Porém, essa ação não voltou a ser mencionada nos relatórios posteriores e a instituição não foi edificada (SABOYA, 1918). Essa situação corrobora com as informações abordadas por Carlos Ribeiro, sobretudo no que se refere à falta de ação governamental.

O relatório de Carlos Ribeiro pode ser considerado o primeiro documento oficial do Ceará sobre a lepra. Trazendo uma visão em consonância com as recomendações nacionais, o médico defende a contagiosidade e o isolamento de doentes, considerando a realidade local, mas demonstrando um grande conhecimento sobre as discussões nacionais e internacionais acerca da lepra. Reforçamos que essa ação de Ribeiro não deve ser vista apenas como algo desinteressado, pois, como já salientamos anteriormente, ocupar cargos públicos, sem dúvida nenhuma, era algo que dava destaque e prestígio, então imagine ser o pioneiro no combate a uma doença que estava em expansão e ganhando causando cada vez mais pânico na população? Sem dúvida, se efetivado, o projeto de combate à lepra traria benefícios ao médico.

Além disso, o fato de Ribeiro fazer parte do CMC e realizar discussões com esse grupo de médicos, sem dúvida deveria gerar cobranças por algum tipo de ação sobre aquilo que o órgão pautava como importante, tanto que Ribeiro afirmou que se envolveu no combate à lepra devido “a força de seu cargo”, como mostramos anteriormente, o que demonstra não só certo senso de responsabilidade com saúde pública, mas também uma possível cobrança e necessidade de “mostrar serviço”. Por fim, essa ação também pode ter relação com o respeito que Ribeiro possuía por Studart, que era interessado no combate à lepra desde o século XIX e acabou o procurando para pedir ajuda nessa questão. Studart possuía grande prestígio social,

¹⁵Joaquim Anselmo Nogueira foi um médico que viveu grande parte da vida no Ceará. Após idas e vindas entre o Rio de Janeiro e o Ceará, fixou residência no estado cearense em 1906, onde exercia a medicina, dedicando-se, principalmente a clínica de partos. (STUDART, 2012).

sendo inclusive presidente no Centro Médico Cearense, o que deveria gerar grande respeito por parte dos membros da associação, do qual Carlos Ribeiro fazia parte.

Motivado possivelmente por diversas questões e com um discurso ao mesmo tempo científico e amedrontador, já que trazia tantos dados médicos, como buscava destacar situações para gerar o medo na população, Carlos Ribeiro tentou desenvolver uma primeira ação mais ampla de combate à lepra no estado, porém os resultados foram limitados e mal saíram do papel. Tendo apenas conseguido realizar mais estatísticas, fazer a vigilância de doentes e desinfetado algumas casas, recolhendo os pertences de alguns leprosos. Assim, o Ceará prosseguiu sem um leprosário e os leprosos continuaram socorridos de modo emergencial e sem um local devidamente preparado para isso. No relatório da Diretoria de Higiene datado de abril de 1919, Carlos Ribeiro contabiliza 70 leprosos em Fortaleza e lamenta o fato do seu plano não ter surtido efeito algum, justificando a falha na execução do plano na falta de atenção do estado, que não dispensou verbas suficientes para tal empreendimento (RIBEIRO, 1919).

Mesmo com poucos efeitos, é indubitável afirmar que essa atitude pioneira de Carlos Ribeiro funcionou como uma base para ações de combate à lepra no estado, além de ter nos ajudado a entender que, mesmo a saúde pública ficando em segundo plano nas ações estatais, os médicos cearenses tinham vasto conhecimento sobre a enfermidade, tanto que a teoria do contágio e isolamento de leprosos foi uma constante no discurso de Ribeiro, recomendações que estavam em debate e ganhavam grande fortalecimento no Brasil. Ribeiro permaneceu como diretor de higiene até 1920, porém, mesmo após sua saída, o médico continuou se envolvendo, em alguns momentos, com o combate à lepra no Ceará.

Em 1919, a Diretoria de Higiene ganhou um novo reforço. Através de uma parceria com o governo federal é fundado o Serviço de Saneamento Rural (SSR), também conhecido como Serviço de Profilaxia Rural (SPR). O referido serviço consistia em uma parceria entre governo estadual e federal para desenvolverem ações de saúde, sobretudo o combate às endemias. Uma das primeiras ações desse serviço foi a criação de postos de saúde em Fortaleza e em cidades do interior e a fundação do dispensário de leprologia Oswaldo Cruz. (BARBOSA, 1994)

Em 1920, nacionalmente, ocorreram mudanças na saúde pública com a extinção da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), abrindo espaço para o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Através da lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, o DNSP é definido como um órgão de ação mais abrangente. Como mostramos anteriormente, a DGSP só agiria nos estados em situações emergenciais, já o recém-criado DNSP tinha entre suas atribuições a

atenção aos estados, sendo de sua responsabilidade fazer parcerias com eles para a profilaxia rural. Dessa forma, as questões de saúde pública não estariam mais a cargo apenas dos estados e a União não tinha mais função supletiva, agora o governo federal tinha que intervir na saúde pública dos estados brasileiros, conforme estava expresso na lei (BRASIL, 1920a).

A criação do Serviço de Saneamento Rural no Ceará ter sido feita antes do DNSP demonstra que o governo federal já vinha mudando de postura paulatinamente, o que culminou na criação do DNSP, ou seja, ocorreram mudanças ainda na Diretoria Geral de Saúde Pública que se expandiram de forma intensa, gerando a sua extinção. Essa situação confirma a ideia de que nenhuma mudança, seja ela qual for, acontece do nada, tudo faz parte de um processo e com a saúde pública brasileira não seria diferente.

O SSR foi fundado, inicialmente, para cuidar das: “[...] tres grandes endemias dos campos - uncinariose, impaludismo e doença de Chagas - e, subsidiariamente as outras doenças que grassam com aspecto epidemico ou endêmico” (BRASIL..., 1918) e, para combater essas doenças: “a União concorrerá para a execução dos trabalhos de saneamento rural com um terço da quantia despendida pelo Estado” (BRASIL, 1918).

Em 1918, as leis que regiam esse órgão não abordavam nada especificamente sobre a lepra. Já em 1919, ano de criação do SSR no Ceará, o decreto nº 13.538 reorganiza o SSR e traz uma informação curiosa: “O serviço contra a lepra será sujeito a um regimen especial”. (BRASIL, 1919). O documento não deixa claro como seria essa atuação do serviço no combate à lepra, mas, pelo exposto no decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920, responsável pela regulamentação do DNSP, podemos ter uma ideia de como seria essa exceção para a lepra, já que esse regulamento, ao autorizar a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV) como órgão responsável pela orientação do combate a essa doença em território nacional, esclarece que a atuação desse novo órgão funcionaria da seguinte forma nos estados:

No Districto federal e no Territorio do Acre esses serviços [da lepra] serão directamente executados pela inspeccoria; fóra do Districto Federal, mediante accôrdo com os respectivos governos ou administrações, por intermedio das commissões de saneamento e de prophylaxia rural. § 1º Nas commissões de prophylaxia, e saneamento rural, incumbidas de realizar o combate á lepra e ás doenças venereas, haverá um inspector sanitario encarregado de tudo quanto se relacionar com esse serviço (BRASIL, 1920b).

Ou seja, a IPLDV atuaria dentro do SSR, tanto que, em algumas fontes encontramos a menção a uma “seção de profilaxia da lepra” dentro desse serviço. Provavelmente sendo um

aproveitamento, pois o governo federal não deveria ter condições de criar um novo órgão em cada estado para desenvolver o combate à lepra, então acabou usando como paliativo um órgão que já existia e que era uma parceria entre estado e União. Isso nos leva a crer que o regime especial citado anteriormente não passou de uma medida emergencial, que deu uma função a mais para este órgão, a fim de amenizar um problema de saúde pública nacional.

Dessa forma, na década de 20, no Ceará, os cuidados a lepra estavam restritos a atuação do SSR que, sem dúvida alguma, teve uma ação pioneira, realizando as primeiras posturas estatais mais sistemáticas de combate à lepra: “O Dispensário funcionava numa das dependências do Serviço de Saneamento Rural onde também foi iniciado o levantamento dos lázaros notificados em Fortaleza e aqueles do interior do Estado. No mesmo local, era feita a distribuição dos medicamentos para o tratamento domiciliar” (LIMA, 2007, p. 161).

Mesmo com a fundação do dispensário Oswaldo Cruz, em 1921, as ações de combate à lepra continuaram incipientes, já que poucos doentes eram amparados pela instituição. Além disso, as doenças venéreas também eram atendidas pelo local, com destaque para a sífilis, que assolava o Ceará e acabou recebendo mais atenção (FERREIRA, 2011).

A necessidade de um leprosário continuou urgente no estado e as orientações federais expressas nos regulamentos de 1920 e 1923 reforçam isso, já que ambos posicionam de forma enfática sobre o isolamento dos leprosos como principal medida profilática.

O regulamento de 1920, o mesmo que aprovou as diretrizes para o DNSP e criou a IPLDV, também estabeleceu algumas regras para o isolamento compulsório de doentes, que consistiam principalmente na construção de locais para isolamento, na notificação compulsória de suspeitos e no isolamento domiciliar ou nosocomial de leprosos. De modo geral, o regulamento deixava as regras mais severas, impondo uma vigilância cada vez maior dos doentes de lepra (BRASIL, 1920b).

O referido regulamento foi alvo de críticas por parte da Revista Brasil-Médico¹⁶, como: não estar de acordo com os preceitos da “higiene moderna”; a permissão do isolamento domiciliar, o que era considerado um perigo para a família, que ficaria à mercê do contágio e a forma como ficou organizado o combate à lepra nos estados, que ficariam altamente dependentes do governo federal. Após essas críticas, Eduardo Rabello¹⁷, dermatologista e sifilógrafo

¹⁶Revista Brasil-Médico consiste em um periódico que surgiu em 1887 vinculada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Discutia temas relacionados a pesquisas e experimentações médica.

¹⁷Eduardo Rabello foi um médico dermatologista e professor brasileiro e um dos pioneiros da dermatologia brasileira. Foi inspetor de profilaxia da lepra e doenças venéreas do Departamento Nacional de Saúde Pública e fundador da Sociedade Brasileira de Dermatologia (1912), presidindo órgão de 1925 a 1940.

responsável pela IPLDV no período, rebateu tais críticas. Foram feitas alterações, mas, mesmo assim, o regulamento saiu de circulação. Um novo regulamento foi aprovado pelo Decreto nº 16.300, no dia 31 de dezembro de 1923, permanecendo o mesmo até 1934 (CUNHA, 2005).

Aprofundando a análise do Regulamento de 1923, assim como no regulamento anterior, a forma de combate à lepra permanecia a de caráter segregatório. Sobre a IPLDV, nos estados, ela continuava a cargo do Serviço de Saneamento Rural, já acerca de como deveria ser a prática do combate à doença, no capítulo II do regulamento é definida a profilaxia especial da enfermidade, que tem início com a notificação de um suspeito, que deve ser examinado para ter o diagnóstico confirmado ou negado:

Art. 136. O medico, que examinar individuo doente ou suspeito de lepra, deverá scientificar-lhe, para os objectivos de prophylaxia, do caracter contagioso da doença, com a necessaria prudencia, de modo a não lhe abater 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, 1923).

Se confirmado a suspeita, o isolamento é obrigatório por lei:

Art. 145. Desde que a autoridade sanitaria tenha concluido pelo diagnostico positivo da lepra, levará o facto ao conhecimento do doente ou de quem por elle responder, notificando-lhes tambem a obrigatoriedade do isolamento e a liberdade que fica ao doente de leval-o a effeito em seu proprio domicilio ou no estabelecimento nosocomial que lhe convier (BRASIL, 1923).

O isolamento, como deixa explícito o trecho anterior, poderia ser nosocomial ou domiciliar a cargo da escolha do doente. Porém, na prática, essa não seria uma escolha do leproso, visto que existiam uma série de regras para ter esse direito, sobretudo um quarto particular, alto grau de higiene, objetos de uso individual e entre outros. Essas recomendações, geralmente, faziam com que apenas os leprosos de classes mais abastadas conseguissem esse direito. Ou seja, embora não estivesse exposto que o isolamento domiciliar era algo apenas para os mais ricos, nas entrelinhas, acaba sendo isso que determina o regulamento.

Sobre o isolamento nosocomial, o regulamento propunha três tipos: colônias agrícolas, sanatórios ou hospitais e asilos, sendo que os primeiros eram os preferíveis:

As colônias agrícolas, sempre preferíveis, deverão ter bastante amplitude para nellas se poder estabelecer uma verdadeira villa de leprosos, e, além das condições que assegurem do melhor modo os seus fins, deverão ter hospitaes para os que necessitarem cura de doenças e affecções intercurrentes, crèche, orphanato e asylo para os incapazes (BRASIL, 1923).

Já os sanatórios e hospitais deveriam ser construídos apenas quando as condições locais permitirem ou quando o número de doentes não exigisse a construção de uma colônia, e os asilos seriam apenas para os inválidos.

Outro ponto relevante do Regulamento de 1923 é a permissão de uma pessoa adulta se internar, de modo voluntário, para acompanhar algum doente, algo que já havia sido proposto por Carlos Ribeiro em seu relatório sobre a lepra no Ceará. Porém, a internação deveria ser paga ou poderia ser feita uma tentativa com o governo para custear, caso seja o outro cônjuge e ambos não tivessem recursos. Já com relação aos filhos, não teriam a opção de isolar-se com os pais, pois deveriam ser mantidos sob os cuidados das pessoas sãs em local específico para esse fim. Dessa forma, a profilaxia da lepra expressa pelo regulamento se baseava na segregação e na vigilância de doentes isolados em domicílio e também de suspeitos, que poderiam ser obrigados a fazer exames periódicos para verificar a existência da doença.

Essas determinações em muito se parecem com as propostas de Carlos Ribeiro, feitas em 1918, o que demonstra que os médicos cearenses já vinham se atualizando sobre as formas de combate à doença. Assim, o que faltava para o Ceará colocar em prática o modelo considerado moderno de combate a essa enfermidade era o investimento governamental. Porém, como essas prescrições não foram postas em prática, as cobranças se intensificaram, surgindo novos meios de combate à lepra, como abordaremos no próximo tópico.

2.3 Igreja, Estado e Medicina: a cobrança católica e médica por maior ação política no combate à lepra.

Mesmo com essas alterações na saúde pública, como o DNSP, IPLDV e SSR, o que apontou um interesse maior dos poderes públicos nas questões salutaras, permaneceu uma postura mais caritativa que governamental nos estados quando o assunto era o combate às doenças que assolavam o Brasil. No caso do Ceará, a saúde da população cearense, nesse período, ainda estava a cargo de particulares, relação essa que não vai se alterar facilmente, pois as práticas em torno da saúde da população chegavam ao Ceará através de iniciativas privadas, figurando o governo com função complementar ou secundária. Algumas vezes, como Barbosa (1994) expõe, o governo acabou prejudicando essas ações, como o caso vivido

por Rodolfo Teófilo¹⁸ que vacinou a população cearense contra varíola mesmo com as ofensivas do governo de Nogueira Accioly¹⁹ (CORREIA, 2016).

As instituições de assistência à saúde, como o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, a Maternidade João Moreira, o Instituto Pasteur e o Leprosário Antônio Diogo, foram todas fundadas através de iniciativas particulares. Dessa forma, apesar do Regulamento Sanitário de 1923 afirmar que a edificação de leprosários poderia ser com verbas federais, estaduais, municipais ou particulares, no Ceará, a primeira instituição com a finalidade de isolar os leprosos foi construída e mantida pelas ações privadas.

Mesmo com a recente parceria entre poderes públicos federais e estaduais, as iniciativas geradas não foram suficientes e passou a emergir entre os diversos setores da sociedade uma cobrança enfática de maior atenção dos políticos cearenses para o cuidado com a saúde, sobretudo relativo ao combate à lepra. Entre esses setores, merecem destaque os médicos e os católicos, que unidos em prol de um ideal, passaram a cobrar na imprensa insistentemente a responsabilidade que os poderes públicos tinham com o combate à lepra. E na falta da ação pública acabaram tomando para si o combate a essa enfermidade.

Antes de aprofundarmos na análise dessas críticas é importante destacar que elas eram feitas principalmente através do jornal O Nordeste, que foi um periódico fundado em 1922 com o objetivo de defender os interesses da população cristã. Essa prática da Igreja Católica criar jornais foi muito presente no Brasil, posto que buscava galgar seu lugar social que ficou estremecido após o advento da república, que tornou o estado laico (MIRANDA, 1897). Portanto, uma forma da Igreja Católica se aproximar de seus fiéis e conseguir novos foi através da utilização da imprensa, esse foi o caso do O Nordeste no Ceará, mas ele não foi o único no país, temos como exemplo os jornais O Diário e o Horizonte, de Belo Horizonte (OLIVEIRA, 2010) e o periódico A Palavra, de Pelotas (AMARAL, 2007).

Através dessa prática católica, era por esse jornal que os fiéis faziam suas principais críticas ao governo e por esse motivo ele foi amplamente utilizado no decorrer deste trabalho. Essa folha também era utilizada por alguns médicos nesse momento inicial da nossa análise, mas, posteriormente, os clínicos também terão um periódico específico, concentrando grande parte de suas publicações nesse novo periódico.

¹⁸ Rodolfo Marcos Teófilo foi um farmacêutico, intelectual letrado e sanitarista que viveu durante os anos de 1853 a 1932. Ele ganhou o título de varão benemérito da pátria por ter promovido de forma voluntária uma vacinação da varíola, a partir de 1904, que levou a erradicação dessa doença por muitos anos na capital. Além disso, ele é autor de 28 obras que abordam diversas temáticas como as doenças (varíola, cólera...) e as secas (seca de 1901, 1915, 1919...). Cf: (SOMBRA, 1999)

¹⁹ Antônio Pinto Nogueira Accioly foi um político brasileiro, presidente e um dos mais influentes políticos do Ceará durante a República Velha. O oligarca governou o Ceará entre 1896 e 1912 com apoio do governo federal.

Ainda sobre o jornal O Nordeste, o arcebispo Dom Manuel não define a folha como um órgão oficial da Igreja Católica. Tânia Furtado (1990) considera que Dom Manuel teve tal atitude para tornar o periódico mais abrangente: “Mesmo financiando O Nordeste, Dom Manuel preferiu não adotá-lo como órgão oficial da Igreja no Ceará, talvez para conseguir uma maior penetração na sociedade” (FURTADO, 1990, p. 13). Mesmo o jornal não sendo oficialmente da Igreja Católica era extremamente orientado por essa doutrina. O fato de não ser um órgão oficial não muda em nada o papel que a folha desempenhou de divulgadora dos ideais do catolicismo e de defensora dos interesses da Igreja e das famílias católicas cearenses devido às pessoas escolhidas para atuar na folha.

O jornal católico foi entregue, inicialmente, aos intelectuais católicos da cidade. Manuel Antônio de Andrade Furtado, considerado um grande intelectual da época, foi nomeado redator-chefe. O redator-secretário era o advogado José Martins Rodrigues e Ildelfonso de Araújo, proprietário de uma livraria católica, ficou responsável pela administração do jornal. Os auxiliares de redação eram Luís Sucupira, Vasco Furtado e Raimundo Menezes. Conseguimos levantar que alguns desses intelectuais eram de origem católica, por esse motivo, provavelmente, não havia divergências com relação aos princípios religiosos no jornal, isso fazia com que Dom Manuel não precisasse intervir no que era escrito, já que os princípios católicos já estavam presentes.

Como exemplo da influência da religião católica na redação do jornal, dois desses intelectuais, Andrade Furtado e Luís Sucupira merecem destaque, pois ficaram bastante conhecidos na sociedade cearense, não só por causa de suas contribuições para o jornal O Nordeste, mas também devido a sua atuação fora das páginas do periódico, como na Revista do Instituto do Ceará, no qual foram sócios da instituição. Sobre Andrade Furtado, redator-chefe do periódico, é perceptível a sua aproximação com os ideais católicos:

Mas foi no NORDESTE, órgão do episcopado, mas de grande autonomia no seu papel de formação e informação dos seus leitores, que Andrade Furtado desempenhou tarefa das mais importantes na vasta área da comunicação. Gozando da mais absoluta confiança da autoridade eclesiástica, que não só conhecia sua edificante cultura como estava ciente da sua perfeita ortodoxia no que dizia respeito à doutrina católica, dispunha ele da mais completa liberdade na direção da folha, o que lhe facultava dar a feição atraente, elevada e de vibrante independência (SUCUPIRA, 1990, p.153-154).

Luís Sucupira também figurou como redator-chefe da folha católica após o afastamento de Andrade Furtado, nos anos finais do periódico, mas também teve papel de

destaque na folha católica durante o recorte dessa pesquisa, e assim como Andrade Furtado, também era extremamente orientado pelos ideais católicos:

Formado, segundo a pedagogia cristã das antigas linhagens, desenvolveu pelo esforço próprio, pelo estudo, pelo trabalho, a personalidade de escol que se manifestava, [...] o católico de fé muitíssimo esclarecida e de perfeita fidelidade à sua confissão religiosa; o pai de família que é exemplo dos mais raros à sua numerosa descendência; [...] Como líder católico, Luís Sucupira atuou, intensamente, naquelas instituições auxiliares da Igreja, instituições também infelizmente destruídas, ressaltada a sua querida Sociedade de São Vicente de Paulo, cujo trabalho apostólico, quase anônimo, fê-la escapar da onda destruidora (FURTADO, 1997, p.338-340).

Inferimos através das características ditas sobre esses dois intelectuais do Nordeste, que realmente o órgão tinha entre os seus integrantes pessoas que seguiam fielmente a doutrina cristã e que Dom Manuel tinha verdadeira confiança neles, o que fazia não ser necessária a intervenção direta constante do arcebispo na folha católica. Ou seja, percebemos que Dom Manuel considerava necessário que os intelectuais pertencentes ao periódico fossem cristãos, pois, dessa forma, evitava divergências com relação aos princípios católicos e não precisaria se preocupar em estabelecer uma vigilância com o que era escrito no jornal.

Voltando a questão da lepra, após a saída de Carlos Ribeiro, seus sucessores não realizaram discursos e ações de destaque no que se refere à lepra, situação essa que começou a se alterar com a fundação do Serviço de Saneamento Rural, no início da década de 1920, que recebeu a incumbência dos cuidados com a enfermidade, inaugurando o Dispensário Oswaldo Cruz e dando início a um novo panorama de combate à lepra no Ceará, que incluiu a realização de censo, distribuição de medicamentos e assistência de alguns doentes. Dessa forma, alguns médicos foram contratados e passaram a se envolver nesse combate, como: Francisco Amaral Machado, Antônio Justa e Samuel Uchoa. (BARBOSA, 1994). Esclareceremos o papel de cada um no decorrer dos capítulos

O primeiro diretor do SSR foi Gavião Gonzaga²⁰ (1921-1926) e o segundo Amaral Machado²¹ (1926-1928). Gavião Gonzaga, através do dispensário, iniciou um novo recenseamento de leprosos no Ceará. Porém, suas ações não foram tão contundentes e, ainda em 1922, o jornal O Nordeste já criticava a falta de ação do serviço: “Que tem feito a hygiene publica, a estadual e a comissão federal que aqui trabalhar para combater a morphéa?” (O

²⁰ Antônio Gavião Gonzaga foi um médico cearense formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1917. Dedicou seus estudos nas endemias rurais, sendo que, em 1925, publicou seu livro Climatologia e Nosologia do Ceará. CF: (MAIA, 2020).

²¹ Francisco Amaral Machado foi um médico cearense que teve atuação nos órgãos de saúde pública, tendo se destacado a frente do Serviço de Saneamento Rural (SSR) durante os anos de 1926 a 1928.

NORDESTE, 26/07/1922, p.1). O periódico faz sua cobrança pedindo a construção de uma *leprosaria* que, para eles, é responsabilidade dos poderes públicos e critica a falta de ação nesse sentido. Gavião Gonzaga responde a crítica, afirmando que o governo estadual se encontrava interessado, tentando encontrar soluções para esse combate e lamentava a pouca verba que o serviço que ele chefia tem direito.

As cobranças permanecem, chegando até 1923, período que Francisco Amaral Machado, mesmo antes de ter a chefia, já trabalhava no referido serviço e nesse ano acabou assumindo como interino. Uma crítica do jornal O Nordeste lhe foi imputada sobre a inação do serviço no que se refere à lepra: “Mantem o governo da União um posto medico de prophylaxia da lepra em nossa capital. Já temos por varias vezes nos referido a inutilidade desse serviço” (O NORDESTE, 18/01/1923, p.1). O artigo, que não tem uma identificação que nos revele o escritor, afirma que os leprosos ficam soltos a rua, sem assistência nenhuma e transmitindo sua doença a todos, completando: “Não somos nós que o dizemos; são os medicos que o affirmam” (O NORDESTE, 18/01/1923, p.1). Percebemos nesse momento uma tentativa de justificar a crítica através do respaldo médico, algo que será comum no periódico, provavelmente por entender que o escrito teria muito mais validade se tivesse algum tipo de embasamento da medicina. Isso demonstra que os católicos já entendiam o novo contexto salutar que o século XX estava inserido e sabiam que quando se tratavam de doenças, a autoridade não era secular e sim médica. Dessa forma, nesse momento, começa a surgir uma parceria entre os médicos e católicos, em uma clara tentativa de buscar uma solução para o problema da lepra.

Diante dessa crítica Amaral Machado redige uma carta ao periódico cearense, afirmando que o serviço realiza ações de acordo com os vencimentos que recebe, o que só permite levar o mínimo aos 26 leprosos indigentes e medicar 16 desse mesmo grupo que, em troca do auxílio, se comprometem a: “(...) não perambularem pelas ruas e viverem mais ou menos segregados” (O NORDESTE, 25/01/1923, p.1).

Amaral ainda afirma que a verba recebida pelo SSR também é destinada ao tratamento às doenças venéreas, o que dificulta mais ainda a atenção à lepra. Por fim, o médico destaca a necessidade de um leprosário, deixando implícito que essa edificação não pode ficar só a cargo dos poderes públicos, mas também deve contar com: “[...] a grande cruzada das boas vontades e energias”. (O NORDESTE, 25/01/1923, p.1). Timidamente, Amaral solicita a ajuda do povo para edificar um leprosário no estado, o que ainda era comum quando se tratava de instituições salutaras no período em tela. Essa postura de Amaral foi uma constante nos discursos políticos, já que por vezes que eram cobrados, acabavam apelando para a ação

particular e buscavam colocar a culpa na falta de verbas, o que não pode ser visto com uma inverdade, mas não deve ser considerado o único motivo para a inércia estatal.

O periódico, na mesma edição, faz uma tréplica, respondendo as observações feitas por Amaral, sobretudo reafirmando o quão parca é ação do SSR por só medicar 16 leprosos e elogiando aqueles que tentam fazer algo para combater à lepra, mas criticando fortemente o governo pela situação que o Ceará se encontrava: “Não nos resignaremos a emmudecer, enquanto virmos que os poderes publicos recorrem apenas a paliativos, em que derramam o rico dinheiro do povo sem obviar perigo tão grave e de consequencias sociaes as mais deploráveis” (O NORDESTE, 25/01/1923, p.1). Amaral acaba conseguindo retirar a responsabilidade da inação do órgão que estava chefiando no momento, transferido para o governo do estado.

Foi a partir da repercussão em torno dos artigos citados que tem início uma cobrança mais sistemática da imprensa para que os poderes públicos se envolvam mais enfaticamente no combate à lepra. Antes disso, outros periódicos já haviam feito esse tipo de cobrança, inclusive o próprio O Nordeste, que em 1922, ano de sua fundação, já fez artigos em prol da lepra, mas foi a partir de 1923 que essa cobrança ficou mais intensa, tanto no jornal O Nordeste, como em outros periódicos. Nesse momento, a ideia é analisar o que era publicado no jornal O Nordeste juntamente com um comparativo acerca das ações governamentais, pois um de nossos objetivos é compreender a ação religiosa em torno da *lepra* e já que a folha era de orientação cristã²², sendo utilizada pela Igreja Católica como seu porta-voz, escolhemos nos aprofundar nesse periódico, buscando comparar posturas católicas, médicas e políticas.

Pelas informações destacadas anteriormente, o jornal considerava o governo estadual moroso em relação ao problema da lepra, deixando a doença sem assistência. Através da análise das mensagens do presidente do estado, observamos que a menção a ela realmente foi rara. Como mostramos anteriormente, em 1918, João Thomé de Sabóya mencionou a doença, porém não fez nenhuma ação considerada relevante para combatê-la, voltando apenas a mencioná-la rapidamente em 1920. Em 1923, Ildefonso Albano²³ torna a demonstrar interesse na lepra e em 1925, no governo de José Moreira da Rocha²⁴, as cobranças se tornam mais enfáticas. Dessa forma, não é equívoco afirmar que os poderes públicos não estavam

²²De acordo Tânia de Luca (2005), um jornal é controlado pela linha editorial que ele segue, portanto acredita-se que o fato da folha ter uma orientação católica, possibilitava um controle da Igreja Católica sobre o que era publicado no periódico, buscando sempre controlar os escritos a fim de garantir os interesses da igreja.

²³Ildefonso foi prefeito de Fortaleza duas vezes, se tornando governador do Ceará entre os anos de 1923 a 1924.

²⁴José Moreira da Rocha foi um magistrado e político brasileiro. Governou o Ceará de 1924 a 1928.

desenvolvendo ações de combate à doença, posto que a referida reclamação data do início de 1923 e em período anterior a enfermidade não havia sido alvo da atenção pública.

Esquecida nos relatórios do governo estadual, não é estranho que essa displicência gere um maior aparecimento da lepra nos discursos de outros grupos, esses médicos e católicos. Ora concordando, ora discordando, é fato que esses dois grupos acabaram se unindo, não sendo possível afirmar se de forma intencional ou não, para cobrar atuação pública e efetuar ações privadas para combater a lepra. Ou seja, médicos e católicos se envolveram nesse combate por diferentes motivos, mas essa ação por eles desempenhada contribuiu para os rumos que o cuidado à enfermidade tomou no Ceará. Mas, precisamos entender que a ação de cada indivíduo é variável de acordo com a situação e não pode ser reduzida apenas a profissão ou a sua atuação de maior destaque, de modo que ele não é estático, podendo mudar de posicionamento de acordo com o contexto e com os interesses.

Nesse momento, buscamos entender como esses grupos desenvolveram uma crítica ao governo e ao mesmo tempo realizaram ações individuais e coletivas de combate à doença que, inclusive, em alguns momentos, acabaram atuando como parceiros daqueles que eles mais criticavam, talvez em função de algo considerado extremamente importante no período, que era a edificação da *leprosaria*, de modo que era vista como a melhor forma de combater e controlar a doença e, mesmo as autoridades públicas sendo as principais responsáveis de acordo com o Regulamento de 1923, foi devido às ações particulares que ele foi construído.

A ação da Igreja Católica sempre teve muita relação com o cuidado daqueles que sofrem, como por exemplo, os doentes. Desde a Idade Média, hospitais eram regidos pelos católicos, um exemplo disso no Brasil é a Santa Casa da Misericórdia, que foi construída em diversos estados e geralmente tinham mais uma função de dar um “bom morrer” do que de curar os doentes. Essa prática católica de ajudar aqueles que padecem recebeu o nome de caridade. De acordo com Claudia Silva a caridade ocorre quando: “[...] grupos de voluntários católicos praticam uma assistência baseada na idéia do amor fraterno às famílias carentes, mendigos, doentes, crianças abandonadas, deficientes físicos e mentais, assistência essa que não visa interesses pessoais ou recompensas materiais” (SILVA, 2006, p. 327). Dessa forma, a caridade deve ser feita pela vontade de ajudar ao próximo como um dever cristão, demonstrando um espírito nobre.

Além disso, Caponi (2003) afirma que a caridade deveria ser feita no anonimato, ou seja, uma pessoa caridosa seria aquela que fizesse o bem sem desejar ganhar prestígio por isso ou querer algo em troca. Já a filantropia, seria a laicização da caridade cristã e deixa de ser uma virtude cristã, para ser uma virtude social, realizada pelo desejo de uma sociedade

melhor. Interessante destacar que as ações em torno do cuidado aos doentes, apesar de mais comum entre os católicos, teve uma importante exceção no Brasil, o caso de Goiás no qual os protestantes também foram responsáveis por ações de assistência aos leprosos (SILVA, 2013). Dessa forma, a caridade não estava restrita apenas aos católicos, embora no Ceará não fosse possível encontrar protestantes liderando ações semelhantes nesse período.

Voltando ao Ceará, apesar da ajuda aos necessitados está sob os cuidados dos cristãos católicos, não podemos afirmar que é uma caridade nos moldes da teoria colocada acima, pois os espíritos caridosos não faziam isso no anonimato, pelo contrário, existiam sessões nos jornais para glorificar as almas caridosas, o que é uma característica da filantropia. Dessa forma, no caso do Ceará, caridade e filantropia se misturam e se confundem, pois como Ferreira (2011) aponta no Ceará essas duas práticas não possuíam fronteiras bem definidas, já que a chamada caridade tem uma áurea religiosa, enquanto a filantropia é composta de uma publicização, o que torna a ação de ajudar os necessitados sem definição conceitual no Ceará.

Destacamos também o fato de não considerarmos que as pessoas que realizavam esse tipo de ajuda faziam sem algum tipo de interesse. Ferreira (2011) aponta que não existe caridade desinteressada, pois atrás de qualquer ação existe uma estratégia que envolve poder e relações dissimétricas entre aquele que a pratica e o que é alvo da caridade. Isso nos ajuda a entender a relação entre os leprosos e os caridosos:

A caridade é, pois, o modo de legitimar as desigualdades, de naturalizar a lógica das compensações entre o supérfluo e carência do necessário. Por meio dessa dissemetria anula-se toda a reciprocidade, porém, se alimenta, ao mesmo tempo, uma necessidade de reconhecimento. [...] na medida em que centra todos os cuidados e toda a atenção na pobreza, pode correr o perigo de reforçar esse sofrimento e essa pobreza, convertendo-os num mal que é necessário para poder exercer o bem (CAPONI, 2003, p. 25).

Por essa lógica, a pobreza, a dor e a doença são ferramentas para os caridosos terem como se destacar na sociedade e, muitas vezes, galgarem o seu lugar no céu. Dessa forma, não é ajudar simplesmente por ter um espírito cristão, mas com objetivo mais de se sentir bem com aquilo, do que de trazer benefícios ao próximo. No caso da lepra, a caridade poderia ter um objetivo ainda maior, que era o controle sobre os corpos desviantes, utilizando a justificativa do amor ao próximo. Nos discursos que veremos mais à frente, fica claro como a lepra incomodava e como existia um desejo de retirar os leprosos dos principais pontos da cidade, nada melhor para realizar isso do que a justificativa do “amor ao próximo”.

É importante destacar que, assim como os católicos, os médicos também tinham os seus objetivos ao se envolverem no combate à lepra. Sem dúvida o fato de sua profissão ser exatamente aquela que cuida dos doentes, o destaque que uma pessoa recebia ao se envolver no combate a determinada enfermidade ou empreender uma instituição médica pelos seus próprios esforços trazia certo prestígio social ou até mesmo maior reconhecimento na profissão, o que podia atrair mais clientes para os seus escritórios particulares. Além disso, os médicos também objetivavam exercer um controle sobre o corpo do doente, a fim de encontrar meios de trazê-lo de volta ao estado saudável. Assim, tanto médicos como católicos, desejavam controlar o corpo doente, seja para curar, testar e pesquisar, ou para galgar um “lugar no céu”, mas com a intenção oculta de simplesmente retirar da vista da população considerada normal aqueles que tanto incomodavam com seus corpos doentes.

Pelo exposto, conhecimento religioso e conhecimento médico fizeram parte dos discursos em torno da doença. Algumas vezes, os dois se aproximavam, já que os cristãos utilizavam o respaldo médico para justificar suas ações e os médicos apelavam para a caridade cristã para conseguirem o objetivo maior, que era a edificação de um leprosário. Nesse primeiro momento, ou seja, até a construção do leprosário, podemos afirmar que existiu uma complementaridade desses discursos, algo que não aconteceu em anos posteriores. Essa situação confirma que os indivíduos não são estáticos e podem ter interesses em comum que acabam contribuindo para alianças entre grupos que geralmente estariam em lados opostos.

Se a Igreja Católica tinha o jornal O Nordeste como seu paladino, os médicos tinham o Centro Médico Cearense (CMC). Essa instituição foi fundada em 1913 e além de contar com os médicos cearenses, inicialmente, também contavam com os farmacêuticos e os odontólogos. Dentre as suas funções, estava a união da classe para garantir sua autoridade e seus interesses e promover o estudo pela solução dos problemas médicos e sociais de interesse local. Além disso, também se propunham a apoiar as instituições e estabelecimento de assistência aos enfermos e à pesquisa médica. Essa função pode ter contribuído para os membros do CMC se envolverem ativamente nas questões da lepra e na edificação do leprosário.

Além das reuniões que geravam atas que eram publicadas também nos jornais locais, o CMC também possuía uma revista, que abordava diversos assuntos médicos. A revista Ceará Médico teve duas fases, a primeira de 1913 a 1919 e a segunda de 1928 a 1962. Durante sua existência, muitos médicos cearenses participaram e atuaram no CMC, como Barão de

Studart²⁵, Carlos Ribeiro²⁶, Anselmo Nogueira²⁷, Álvaro Fernandes²⁸, Antônio Justa²⁹ e entre outros³⁰.

Em 1923, o CMC desenvolveu uma reunião para discutir o problema da lepra no estado e buscar soluções para ele. Essa reunião, segundo o Nordeste, foi motivada pelo fato do presidente do estado, Ildefonso Albano, ter demonstrado interesse na edificação de um leprosário. No período em questão a Ceará Médico não estava sendo publicada e as informações dessa reunião foram obtidas através do jornal O Nordeste. Diversos médicos estiveram presentes, inclusive representantes da Diretoria de Higiene e do Serviço de Saneamento Rural, porém, alguns se destacaram.

A reunião foi iniciada por Barão de Studart, que foi um dos primeiros médicos a alertar para o problema da lepra. Inclusive no mesmo dia da publicação do relato da reunião, também foi republicado o texto de Barão de Studart escrito em 1898, no qual ele alertava para os 32 primeiros casos de lepra, o que aponta certa aproximação entre o CMC e o jornal O Nordeste, ou seja, entre os médicos e os católicos. Na reunião, o médico iniciou com um discurso de medo, afirmando que a resolução desse problema era necessária de forma urgente, pois estava em jogo: “[...] a segurança, os créditos e o futuro de nossa terra”. (O NORDESTE, 17/JUL/1923, p.1). Alertando para a existência de em torno de 350 leproso no Ceará, Studart defendeu a edificação de um leprosário, afirmando que desde 1915 tentava edificar a instituição, mas não teve verba governamental.

César Cals, médico e político brasileiro que teve importante atuação no Ceará através da sua participação no Centro Médico Cearense e dos cargos políticos que exerceu como deputado estadual e prefeito acreditava na contagiosidade da lepra, porém não defendia totalmente a construção de um leprosário, pois achava que a instituição poderia atrair leproso de outros estados, o que traria uma despesa maior para o Ceará, por isso ele defendeu que a necessidade de uma *leprosaria* deveria ser estudada.

²⁵Gulherme Barão de Studart foi um médico e historiador cearense que obteve muito destaque no Ceará, através da participação no movimento abolicionista, na caridade e na publicação de obras da área de história. Também participou do Centro Médico Cearense, sendo seu presidente de 1913-1918 e presidente honorário de 1928-1929.

²⁶Carlos da Costa Ribeiro foi inspetor de higiene de 1916-1920, além de ter participado do Centro Médico Cearense.

²⁷Joaquim Anselmo Nogueira foi um médico cearense que se dedicou ao estudo da clínica de partos.

²⁸Álvaro Fernandes foi um médico cearense que se dedicou ao estudo de diversas doenças no Ceará, como desintéria e loucura.

²⁹Antônio Justa foi um médico cearense que teve grande destaque no combate à lepra no Ceará, tendo sido o primeiro médico do leprosário Antônio Diogo (PINHEIRO, 2016).

³⁰Cf: (GARCIA, 2011)

Gavião Gonzaga, chefe do SSR, apontava que o serviço não pode fazer mais nada além do censo, devido à falta de verbas. O médico defendia a seguinte solução: “O governo do Estado iniciaria, com recursos próprios, o combate ao mal. Depois de feita alguma coisa, tentaria obter do governo federal, por contracto, auxílios semelhantes aos que a União já concedeu a Minas, S. Paulo, Pará e Maranhão” (O NORDESTE, 18/JUL/1923, p.2). Após debates e sugestões que envolveram até a construção de dois leprosários, é decidido pela edificação de uma instituição, em local a ser definido pela comissão composta de médicos, entre eles Barão de Studart, Carlos Ribeiro e Gavião Gonzaga. Ildefonso Albano, presidente do estado, compromete-se a edificar uma colônia de leproso, que tenha uma estrutura que possa aproveitar o trabalho dos doentes válidos e acolher os doentes inválidos de modo adequado à higiene pública. Além disso, afirma que essas recomendações se referem: “[...] aos que se sujeitem ao isolamento publico. Aquelles que não se lhe submettem, serão obrigados a isolar-se no proprio domicilio, seguindo a risca a prescripções da hygiene publica” (O NORDESTE, 18/JUL/1923, p.2).

Essa reunião nos ajuda a compreender duas coisas: primeiro, que a caridade ainda não era algo amplamente cogitado para a construção de um leprosário; segundo que o isolamento que era defendido pelos médicos no Ceará poderia ser domiciliar, porém não fica claro se era escolha do doente se isolar na instituição ou a domicílio, pois apenas é dito que o doente deveria seguir à risca as prescrições de higiene, mas como seria selecionado quem teria direito a isso não é apontado. Por fim, é importante destacar a parceria que fica clara entre o jornal O Nordeste e o CMC, pois o periódico afirma que recebeu a visita de Barão de Studart e se comprometeu a funcionar como divulgador das ações em torno da lepra, colocando suas páginas à disposição do CMC.

Em meio a todo esse processo, ainda em 1923 acontecia a III Conferência Internacional da Lepra, em Estrasburgo, na França, em que, mais uma vez, o isolamento foi reforçado. É defendida a criação de legislação específica de combate à enfermidade, ressaltada a importância de proibir a entrada de leproso estrangeiros e a necessidade de encontrar meios de fazer a população a compreender a contagiosidade da lepra. Sobre o isolamento, ele tem um tom mais ameno e mais humanitário, afirmando que em locais endêmicos não era recomendado e nas regiões em que era necessário um leprosário, o isolamento deveria ser feito de modo mais humanitário (CAHU, 2012).

Ao dispor suas páginas, os médicos cearenses começaram a escrever no periódico sobre a doença. Anselmo Nogueira foi um médico cearense que após idas e vindas entre o Rio de Janeiro e o Ceará, fixou residência no estado em 1906, onde passou a exercer a medicina,

dedicando-se, principalmente, à clínica de partos. É interessante perceber que, embora fosse médico, trouxe um discurso mais amedrontador que científico sobre a lepra. (O NORDESTE, 29/AGO/1923, p.1). De modo geral, sempre que se falava em lepra, seja através dos discursos médicos, políticos ou religiosos, o medo vem embutido. Palavras como mal, perigo e medo estão presentes, sempre aliadas ao contágio, como se a doença fosse transmitida pelo mínimo contato com o corpo doente. Embora no período em tela já estivesse em discussão o fato de realmente a lepra ser altamente contagiosa, a alusão ao extremo contágio, vez outra aparecia, talvez sendo usada até como estratégia para causar medo na população e conseguir gerar maior cobrança e ação do povo.

Anselmo Nogueira, além de um discurso amedrontador, trazia um discurso religioso muito forte, que aparentava até mesmo não ser de um médico, pois colocava o leprosário como um lugar “para morrer” e não “para tratar”, postura essa que não estava mais em voga na época: “[...] pois, diga-se de passagem, só na Religião o leproso encontra o conforto moral para a sua grande infelicidade. O leproso só tem uma alegria e uma esperança, é quando olha para o Céu, e sua fé lhe diz que um dia será eternamente feliz” (O NORDESTE, 29/AGO/1923, p.1). Essa situação de Anselmo Nogueira demonstra que uma pessoa pode ocupar duas posições ao mesmo tempo, de modo que mesmo sendo médico, não deixou trazer ideias relacionadas à religião ao abordar uma doença que deveria ser interpretada através do olhar médico.

Como um “homem da ciência” esse é um discurso que pode ter repercutido entre a sociedade, já que os médicos tinham legitimidade e respaldo para falar no assunto. Se o próprio médico não consegue ver melhoras para a enfermidade, imagine como os leprosos se sentiam? E a população sã? Deveria se sentir com um medo muito maior de adquirir uma enfermidade que nem os médicos conseguiam ver uma possibilidade remota de melhoras.

O artigo de Anselmo Nogueira foi dividido em três partes e na segunda continuou a defesa da importância de assistência religiosa para o leprosário e já na terceira, Nogueira produziu um discurso mais científico, abordando os tipos de isolamento, a defesa da contagiosidade, a negação da hereditariedade, a importância da higiene para o combate à doença e a terapêutica *leprótica*, que se resumia ao óleo de chaulmoogra, que será abordado no capítulo posterior. Esses itens geralmente eram as pautas mais comentadas pelos médicos cearenses em seus escritos e existiam poucas divergências sobre isso.

Dessa forma, Anselmo Nogueira misturou elementos médicos e religiosos em seu discurso sobre a lepra, ação que pode ser explicada não só pelo fato de católicos e médicos se unirem em prol do leprosário, mas também devido à força que a religião católica exercia

sobre a população, que pode ter influenciado até mesmo nos discursos de um médico sobre a doença, além do que o indivíduo não é estático, trava diversas relações ao longo da vida, de modo que a sua profissão não vai definir todas as suas relações e posicionamentos perante a sociedade.

Com o avançar dos meses, as visitas aos terrenos começam e o jornal O Nordeste, juntamente com a comissão responsável e o presidente do estado Ildelfonso Albano se faz presente nesses momentos. É noticiada a visita a um terreno na Barra do Ceará e nas salinas Margaridas, afirmando que já era o sétimo terreno visitado e ainda seria visto pelo menos mais um após esse. A busca não foi nada fácil, pois os médicos que pertenciam à comissão lamentavam o fato de nenhum terreno conseguir preencher os requisitos necessários para uma *leprosaria*, além do fato da população que residia nas proximidades dos terrenos cogitados não apoiarem a construção de um leprosário nas redondezas, prova de que o estigma em torno da lepra era grande e o que a população mais queria era os leprosos distantes.

Devido a esse impasse, os médicos começaram a discordar sobre qual seria o local adequado para a edificação, exprimindo opiniões e divergindo, justificando suas posturas de acordo com os preceitos da medicina moderna e demonstrando conhecimento sobre as orientações nacionais, sobretudo, como fez Álvaro Octacilio Nogueira Fernandes, que foi um médico cearense que ganhou prestígio na imprensa após escrever sua tese de doutoramento sobre a loucura moral. Sua pesquisa foi muito aceita entre a imprensa, o que lhe rendeu muitos elogios. Ao escrever sobre a construção do leprosário, afirmou que os terrenos cogitados não poderiam comportar uma colônia agrícola, que era uma recomendação internacional (O NORDESTE, 29/ABR/1934, p.2).

Outro local cogitado foi a Colônia Christina, localizada em Canafístula, nos arredores de Redenção. O terreno já pertencia ao estado e já havia sido usado com outras finalidades, como uma colônia penal, o que diminuiria os gastos. Por fim, a dúvida ficou entre o terreno de Porangaba³¹ e a colônia Christina. O médico Álvaro Fernandes tece elogios ao terreno de Redenção, afirmando que pode suprir as necessidades básicas dos doentes, como por exemplo, o acesso à água e que a distância de Fortaleza era adequada, utilizando as leis federais (decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923) para reforçar seu pensamento (O NORDESTE, 08/MAI/1924, p. 1). Já o terreno de Porangaba era desaconselhado tanto por Álvaro Fernandes, como por textos anônimos que eram publicados no periódico. A principal reclamação da escolha desse terreno é a proximidade com a população sã, o que é considerada

³¹Atual Parangaba, bairro de Fortaleza.

uma medida desumana principalmente devido a Igreja Matriz de Porangaba, segundo relato, ficar quase dentro da área regulamentar de infecção (O NORDESTE, 23/JUL/1924, p.1).

No artigo do autor anônimo também foi pontuado que o governo já havia adquirido o referido terreno. Portanto, a escrita figura como uma crítica direta aos poderes estaduais, que estavam tomando medidas que seriam prejudiciais à saúde pública. Álvaro Fernandes também fez essa crítica ao governo, o que nos ajuda a entender que a construção do leprosário continuava sendo vista como um problema sobre o qual os poderes públicos eram responsáveis. Outro ponto relevante é que tanto o artigo de Álvaro Fernandes, quanto o que não possui assinatura, utilizam as leis federais para justificar suas críticas, o que nos faz pensar na possibilidade de o artigo ser de outro médico ou até mesmo do próprio Álvaro Fernandes.

Com o decorrer do tempo, o assunto da lepra passou por um período menos intenso no jornal, motivado provavelmente pela mudança de presidente do estado, já que saiu Ildefonso Albano, que se comprometeu a edificar o leprosário, e assume José Moreira da Rocha. Esporadicamente, são publicadas denúncias e cobranças sobre a situação da lepra, sobretudo sobre a falta de investimento público, já que é afirmado que os poderes públicos possuem muito dinheiro, mas não investem no povo.

A situação muda totalmente e a lepra volta a ser tema constante no jornal após a publicação de um texto relatando uma visita feita ao dispensário Oswaldo Cruz: “Levou nos a tomar essa deliberação a notícia de que vão ser suspensos em breve, os trabalhos da prophylaxia federal, installados no Ceará com o concurso do governo do Estado, á maneira do que se vem fazendo em varias outras unidades da Federação” (O NORDESTE, 24/NOV/1924, p. 1). Na visita em questão é comentado sobre o trabalho de Atualpa Barbosa Lima³², outro médico relevante quando o assunto era lepra que será abordado no próximo tópico.

Também são exaltados os benefícios da instituição e os prejuízos se ela chegar ao fim, sem deixar, é claro, de criticar as ações públicas.

Infelizmente, porém, a administração passada, que tanto dinheiro gastou em objectivos de menor importância, não fez a entrada das quotas com que o Estado tem de concorrer para a manutenção do alludido serviço, exigindo agora o Governo Federal taes pagamentos, superiores ás possibilidades do thesouro do Ceará, compromettido e sacrificado com o desastroso empréstimo americano (O NORDESTE, 24/NOV/1924, p. 1).

³²Atualpa Barbosa Lima se envolveu ativamente no combate à lepra através do censo de leproso e também da escrita de um livro denominado “Memórias de um leproso” com o pseudônimo Anselmo Fraga. O dinheiro arrecadado com a venda dos exemplares foi usado em prol dos leproso.

A crítica dos católicos, representados através do jornal O Nordeste, tem como centro o antigo presidente do estado Ildefonso Albano, pois é afirmado que a administração passada gastou verbas com situações de menor importância e deixaram de realizar a manutenção do serviço. É interessante destacar que em outros momentos, Albano já havia sido muito elogiado pelo jornal devido seu interesse nas questões da saúde pública. Essa postura nos ajuda a compreender que a forma que os envolvidos se posicionam na produção do jornal se altera de acordo com o momento e com os seus interesses. Por esse motivo, não podemos afirmar que esse jornal era oposicionista do governo só por fazer críticas a ele, já que, dependendo da situação, o periódico acabava defendendo e outras vezes criticando os poderes públicos. Dessa forma, podemos inferir que a lepra era realmente um assunto de interesse da Igreja Católica, já que a ação que os governos desenvolviam em torno dela causavam alteração na opinião da folha.

A partir desse momento, talvez por perceberem que esperar pela ação pública estava piorando o problema da lepra, já que os poderes públicos pouco faziam e a doença avançava, o apelo à caridade cristã passou a ser usado como estratégia e agora, além das críticas ao governo, os católicos haviam tomado o problema para si e atuavam mais ainda, as vezes até mais que os médicos quando o assunto era o combate à lepra, que se resumia, em linhas gerais, ao isolamento.

2.4 “O benefício não é para alguns, é para todos”: a caridade como estratégia de combate à lepra.

Em dezembro de 1924, o jornal O Nordeste anuncia a fundação da liga de combate à lepra no Ceará. De acordo com a folha, a referida liga funcionaria como um auxílio ao governo e organizaria uma comissão que seria responsável por realizar ações de combate à doença para arrecadar doações. No mesmo artigo, são publicadas as primeiras doações, sendo que das oito citadas, apenas uma é anônima e outra leva as iniciais do doador, já o restante tem nome e sobrenome do benfeitor. Dessa forma, a caridade anônima e sem objetivar prestígio social era uma exceção quando se tratava de lepra, já que uma pessoa que coloca em um jornal o valor do que doa, é claro que está querendo ganhar destaque naquela sociedade por aquele ato. Assim, reforçamos a ideia de que se envolver no combate a uma doença que causava medo e repulsa na sociedade garantia destaque e isso foi motivador de muitas ações de combate à lepra, até mesmo dos cristãos.

Ao anunciar a fundação da liga, o periódico afirma: “Estão sendo arrecadados donativos para esse fim do mais alto interesse social, pois, cada dia está a se alastrar mais e mais o mal de Lazaro entre nós” (O NORDESTE, 02/DEZ/1924, p. 2). Discursos do tom anterior foram constantes no jornal O Nordeste, sempre aliando a piedade e medo, ou seja, usando o medo para causar a piedade, garantindo assim a atuação da dita caridade cristã.

A caridade cristã que só queria ajudar o próximo por amor a quem sofre não é uma regra no caso da lepra, talvez uma exceção, já que o discurso amedrontador do periódico acabava funcionando como motivador de ações, como veremos posteriormente. Assim, se envolver no combate a essa doença não deve ser visto totalmente pela ótica do desinteresse, pois aqueles que ajudavam tinham variados motivos que iam desde a necessidade de ganhar destaque social até o desejo de ser ver livre do medo que a lepra representava. No caso da Igreja Católica, se envolver com a lepra poderia causar o fortalecimento da instituição através da aproximação de novos fiéis. Portanto, nem médicos, nem políticos e nem católicos estão isentos disso, todos possuíam seus objetivos, como estamos demonstrando no decorrer desse texto.

No dia posterior após o anúncio da fundação da liga já começaram as doações, que eram publicadas na folha católica que iam desde particulares até pequenas empresas locais. Nos dias que se seguem, as publicações continuam, o que demonstra que a ação do jornal de usar um discurso de medo estava surtindo efeito. Em 13 de janeiro de 1924, o jornal anuncia uma reportagem com o seguinte título: “O mal de Lazaro está se espalhando, assustadoramente, em Fortaleza – Há necessidade urgente de um Leprosario – Momentosa reportagem d’ O Nordeste”. Pelo título, já fica clara a intenção do periódico de chamar atenção para a questão da lepra com um discurso de medo e também colocar o jornal O Nordeste à frente das questões da doença no Ceará, ou seja, colocar a Igreja Católica como eixo do combate à lepra. O conteúdo da matéria se refere a uma conversa informal de um jornalista do periódico com um médico cuja identidade não é revelada, sendo denominado como dr. X que aponta: “[...] a lepra, esse morbus contagioso, o terror de todos, está por ahi se espalhando espantosamente, a falta de um leprosário, que segregue do nosso centro urbano todos esses pobres doentes que perambulam pela cidade, a pedir esmolas” (O NORDESTE, 13/NOV/1924, p. 1 e 2). O discurso do medo se faz presente, agora, segundo a folha, vindo diretamente de um médico, que era uma autoridade no assunto.

A seção “Pró-leprosario” começa a fazer parte do jornal O Nordeste em 1925 e tem por objetivo noticiar os donativos doados aos leprosos em uma sessão fixa. Seguramente, o

apelo feito por essa sessão demonstra o quanto à caridade se tornou essencial para o combate à lepra:

Concorramos com o nosso auxilio, na medida e até acima das nossas posses, e ainda mais com o nosso trabalho e o nosso esforço, para que, o mais breve possível, seja construído o Leprosario, colonia que deverá abrigar todos os morpheticos isolados do resto da população. O beneficio não é para alguns, é para todos: a defesa é nossa. Não esperemos só pela acção do Governo: a calamidade é publica. Abençoada será a nossa caridade (O NORDESTE, 26/02/925, p.1).

O texto acima deixa clara a postura do jornal ao afirmar que o povo não deve esperar pelas ações governamentais, já que o problema da lepra é de todos. E mais do que isso, defende que isolar os leprosos é um benefício não só para os doentes, mas para toda a população. A caridade, que começa como um auxílio ao estado passa a ser a alternativa prioritária, mesmo que paliativa, para combater essa doença, ou seja, a atitude cristã se transforma em uma estratégia para minimizar o problema da lepra, colocando a Igreja Católica mais ainda ao centro do combate a essa enfermidade.

No período em questão, a presidência do estado continuava nas mãos de José Moreira da Rocha e a chefia do Serviço de Saneamento Rural, de Gavião Gonzaga. No relatório de governo, Moreira da Rocha afirma: “Attendendo á indeclinavel necessidade, o Governo está agindo no sentido de construir e installar um Leprosario, em terrenos de propriedade do Estado, <Colonia Christina>, em Canafistula, para o que solicito a vossa necessária autorização” (ALBANO, 1925, p.14). Mesmo assim, o jornal não se demonstrou satisfeito com as ações dos poderes públicos, provavelmente porque nada era realmente concretizado e tudo não passava de promessas que eram feitas há bastante tempo.

O apelo do jornal repercutiu e diversas ações foram feitas em prol dos leprosos: festivais, chás, bingos e leilões. Esses eventos eram realizados pela elite, recebendo o apoio do jornal cristão: “Preparem se para as diversas festas de caridade em prol do Leprosario, a construir-se em breve [...]. Assim é de prever a acolhida, por parte do nosso publico, dessas festas de fins tão altruísticos” (O NORDESTE, 02/MAR/1925, p.2). A maioria dos eventos eram realizados pelas senhoras católicas. Destaque para um leilão de arte, com duração de vários dias, no Clube Iracema, patrocinado por Abigail Moreira da Rocha, esposa do então presidente do estado. A organização desse evento não deve ter sido por acaso, já que acreditamos que pode ter sido feito como uma tentativa por parte do presidente do estado de

se inserir nas ações da caridade, a fim de evitar mais críticas e demonstrar que se preocupa com o problema da lepra.

A onda caritativa com objetivo de tirar os leprosos do convívio com a população sã chegou até à classe médica cearense que, além de atuar nos jornais com opiniões, alertas e atendimento aos doentes do dispensário, passa a desenvolver ações de caridade. A estratégia da Igreja Católica para motivar a caridade acontecia através de discursos religiosos e de estratégias para motivar o medo, que fez com que a sociedade em geral passasse a se movimentar para conseguir se ver livre do perigo que os leprosos representavam, inclusive de médicos.

A mais significativa é a de Atualpa Barbosa Lima, que foi um médico cearense que atuou consideravelmente no combate à lepra, principalmente através das ações desenvolvidas no SSR e no dispensário. Além de médico, Atualpa também teve interesse na área jornalística, contribuindo em jornais locais e desenvolveu relação com a política, atuando no Ceará como deputado estadual. Sobre Atualpa Lima, Ramos relembra:

Quando conheci e privei de sua intimidade, senti estar diante de um homem de sólida cultura científica e literária que, se alcançasse a maturidade da vida e tivesse ambições de glória, conquistaria posição de remarcado relevo nas letras pátrias. Entretanto, ninguém foi mais indiferente e desprendido de vaidade, distinguindo-se por uma simplicidade admirável, uma fidalga modéstia, o que o levava a preferir aos elogios fáceis o recato e o silêncio em que trabalhou até os últimos instantes, com a serenidade e convicção de quem não quer se apressar na realização de seu destino (RAMOS, 1958, p.1)

Pelo que o autor do texto demonstra, Atualpa Lima era uma pessoa discreta e que não queria as atenções para si. Porém, devemos lembrar que o autor do texto, por ser um grande admirador do clínico, pode ter visto mais da sua personalidade desprendida do que ela realmente era. O fato é que quando o SSR passou a desempenhar função no combate à lepra, Atualpa Barbosa Lima foi convidado para trabalhar no censo da lepra, viajando o Ceará inteiro em busca de contabilizar o número de leprosos. Ramos (1958) relata tal fato de forma extremamente altruísta, dizendo que o médico renunciou ao conforto de sua casa para viajar aos sertões “ingratos” e “poeirentos” com o objetivo de realizar o primeiro censo estatístico de lepra no Ceará (RAMOS, 1958).

Através de suas andanças conheceu algumas cidades cearenses, permanecendo um período de tempo em Sobral, desenvolvendo atividades do SSR. Talvez devido ao seu conhecimento sobre a doença de perto, Atualpa Lima, em um ato dito de benemerência, publica o livro “Memórias de um leproso”, que teria as vendas revertidas em prol dos

leprosos. O jornal sobralense “A Imprensa” divulga tal feito em suas páginas, também de forma honrosa, afirmando que a medicina de Atualpa é um sacerdócio, pois, mesmo sendo tão jovem, ajuda aqueles que precisam devido a sua bondade (A IMPRENSA, 12/08/1925, p. 1).

Percebemos que Atualpa Lima é tratado com grande benemerência por esse ato, que é aliado a um sacerdócio médico e na mesma matéria, o jornal afirma que seu ato pode gerar uma grande onda caritativa no Ceará, pois o médico era considerado uma autoridade no assunto, portanto respeitado entre o meio cearense. Apesar de já estar ocorrendo um afastamento da ideia do médico como um benemérito nesse período, no Ceará, essa visão permanece, colocando o profissional como um caridoso que age em prol dos doentes e não como uma profissão que é realizada devido à remuneração. Não estamos afirmando que um médico não pode ser benemérito, afinal, um indivíduo é composto de muitas personalidades e posicionamentos, mas é importante sempre lembrar que a medicina é uma profissão, na qual o clínico realiza tal ato por ser sua função e por outros motivos, como o prestígio social que garantia mais pacientes em suas clínicas.

O que é interessante destacar no caso de Atualpa Lima é o fato do médico ter publicado seu livro com o pseudônimo de Anselmo Fraga. Por essa situação, podemos levantar uma hipótese: primeiramente, o médico podia desejar não querer obter destaque com essa atuação, assim como preza um espírito caridoso cristão. Mas, se ele não queria destaque com isso, por qual motivo enviou o livro à imprensa, deixando transparecer que era o autor? Talvez Atualpa Lima desejasse que sua caridade parecesse desinteressada, mas também queria colher algum tipo de benefício com seu ato.

Outro ponto interessante de Atualpa Lima é que o médico, pela análise de algumas fontes, parece realmente ter se envolvido fortemente com a lepra. Antônio Justa, outro médico cearense que se envolveu no combate a essa enfermidade e será abordado mais à frente, afirma isso em seus escritos, colocando Atualpa como um pioneiro na ideia da edificação de um leprosário para isolar os doentes de lepra (JUSTA, 1942, p.5).

Outros escritos também apontam essa teoria:

Num tempo em que rareavam os especialistas, afirmou sua presença nos campos da neurologia, conseguindo curar alguns paralíticos, e da leprologia, de cujo tratamento se tornou um dos pioneiros na terra natal. Por tudo, passou a ser considerado um dos expoentes da classe a que pertencia e a que sabia honrar (RAMOS, 1958, p.1).

Os trabalhos acadêmicos atuais também dão destaque a Atualpa dando ênfase a sua atuação no SSR, realizando o atendimento e fazendo o censo de leprosos. Apesar disso, o

destaque de Atualpa Lima no jornal O Nordeste é mínimo, sendo apenas citado em algumas situações específicas, como na visita da redação do periódico ao dispensário Oswaldo Cruz (O NORDESTE, 24/NOV/1924, p. 1) e na inauguração do leprosário (O NORDESTE, 03/AGO/1928, p. 5). Se o médico tinha tanto destaque, por qual motivo um jornal que tanto se interessava pela lepra não dispensou atenção ao médico? Podemos levantar algumas hipóteses, como, por exemplo, o fato de Atualpa Lima ter tido envolvimento com o espiritismo, religião que era vista como ameaça a doutrina cristã, sendo inclusive criticada no periódico. Dessa forma, a folha católica poderia não querer dar destaque a alguém que fazia parte de uma religião que era considerada uma ameaça por grande parte dos cristãos.

Outra hipótese é o fato do médico ter falecido em 1930, pouco tempo após a inauguração do leprosário, o que deve ter causado pouca atuação do médico no combate à lepra justamente no período que a doença estava em maior destaque, inclusive o médico não estava mais à frente das questões relativas à doença no SSR na época de inauguração do leprosário, o que ocasionou que o atendimento aos leprosos tenha sido realizado por Antônio Justa, médico que acabou colhendo prestígio social angariado pela lepra, como veremos posteriormente. Dessa forma, Atualpa Lima foi outra figura importante e que direcionou o combate à enfermidade no Ceará, apesar de não ter ficado altamente conhecido como seu sucessor, Antônio Justa.

O início do ano de 1925 foi marcado por intensas ações em torno da lepra, mas, com o decorrer dos meses elas cessaram e a chegada de 1926, no jornal O Nordeste, foi marcada por cobranças, agora não só do governo, mas da caridade cristã, que não era mais vista como uma opção, mas sim como obrigação (O NORDESTE, 11/JAN/1926, p. 4). As autoridades públicas, representada pela chefia de Moreira da Rocha e tendo à frente do SSR o médico Gavião Gonzaga, lamentavam a situação e davam duas opções: um isolamento intermediário ou a construção de um leprosário em parceria com os estados nordestinos (ROCHA, 1926). A segunda opção não saiu do papel, mas a primeira foi concretizada por volta de 1927, o que não trouxe reais benefícios aos doentes.

Diante dessa situação em que os esforços individuais e caritativos em torno da lepra pareciam cada vez mais escassos e as verbas públicas por parte das autoridades também não eram satisfatórias, a ação individual de Antônio Diogo, um industrial cearense, motiva a caridade pública, inaugurando uma nova etapa no combate à lepra, marcada por um apelo caritativo extremamente forte por parte da Igreja Católica, por mudanças nos órgãos públicos de saúde e por uma atuação médica cada vez mais interessada nessa enfermidade, esses dois

últimos principalmente após a edificação da instituição, em 1928. A construção e funcionamento do leprosário é o que será analisado no próximo capítulo.

3 EDIFICAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO LEPROSÁRIO ANTÔNIO DIOGO.

Esse capítulo tem como recorte temporal de análise o período de 1926 a 1940 no que se refere ao combate à lepra, destacando as ações locais e as mudanças que ocorreram no contexto de Brasil e Ceará que influenciaram em alterações na forma de tratar a doença no referido espaço de tempo.

Dentre os assuntos abordados, buscamos compreender como ocorreu o processo de construção do leprosário, destacando a cobrança, principalmente por partes dos católicos, que exigiam maiores ações do governo e ao mesmo tempo lideraram movimentos específicos de combate à lepra através da caridade.

Também abordamos como católicos e médicos exerceram influências no funcionamento da instituição através do cuidado que desempenharam aos leprosos, demonstrando de que forma cada um desses grupos se relacionou com o cotidiano no leprosário. Por fim, analisamos como ocorreu a manutenção do local, pontuando os problemas estruturais que a edificação sofreu e as disputas e tensões pelo seu controle.

3.1 Mudanças na saúde pública nacionais e as influências na organização do combate à lepra no Ceará.

No dia 14 de agosto de 1926, Fortaleza acordou com a seguinte notícia na primeira página do jornal O Nordeste: Vamos ter uma *leprosaria* em Fortaleza. O responsável por esse feito seria o Coronel Antônio Diogo de Siqueira, abastado industrial e capitalista³³ cearense que se comprometeu em garantir a construção de uma instituição com a finalidade de retirar os leprosos do contato com a população sã.

No artigo que serviu como anúncio para a novidade, o jornal O Nordeste traz uma entrevista com Antônio Diogo, que discorre, de forma minuciosa, sobre os motivos e os objetivos que o levaram a querer edificar a instituição. Logo no início do diálogo, o industrial afirma que não buscava reconhecimento por tal ato: “Essa minha idéia não visa benemerencia nem é filha do orgulho que não possuo, como você sabe. E’ simplesmente o desejo de minorar a sorte de alguns patricios que vivem execrados no meio da sociedade que os repelle e teme” (O NORDESTE, 14/AGO/1926, p.1). Apesar de Antônio Diogo enfatizar isso, como um

³³Termo utilizado pela fonte.

jornal de orientação católica, o periódico não deixa de exaltar o ato como de grande espírito benevolente e benemérito.

Diogo demonstra que o desejo de ajudar os leprosos foi o motivador da sua disposição para construir um leprosário, mas, em outros momentos o cuidado aos sãos também figura como importante: “[...] lembrei-me de fazer alguma coisa para isolá-los do meio da população sadia da cidade” (O NORDESTE, 14/AGO/1926, p.1).

Percebemos então que a defesa da construção de um leprosário não só tinha como objetivo cuidar daqueles que padeciam de lepra, mas também livrar a população sã do perigo que eles representavam, principalmente devido à teoria do contágio que já era majoritária entre os médicos. Em alguns momentos o cuidado com os leprosos ficava tão em segundo plano que Antônio Diogo afirma que o seu desejo não é construir “propriamente um leprosário”, pois se essa fosse a proposta, o local esperado estaria tomado por enfermeiros, médicos e leitos, ou seja, de uma estrutura hospitalar, mas Diogo deixa claro que o seu objetivo é fazer uma colônia de leprosos, composta por 50 casas higiênicas e confortáveis e com capacidade para duas pessoas cada uma. (O NORDESTE, 14/AGO/1926, p.1).

Para o idealizador do possível leprosário, mesmo sendo uma instituição que teria como moradores doentes, o cuidado médico não era uma prioridade. Da forma como foi colocado por Antônio Diogo, o objetivo era apenas retirar o perigo que os leprosos representavam das ruas comuns da cidade, não importando se iriam ou não para uma instituição que conseguisse, mesmo que de forma paliativa, tratar minimamente o doente.

É interessante perceber que mesmo a medicina ficando em segundo plano dentro de uma instituição com finalidade médica, o conforto espiritual aparece como prioritário, de tal modo que Antônio Diogo objetivava a construção de uma capela para uso dos doentes, o que provavelmente em muito agradou aos líderes católicos. Outro ponto que deve ter contribuído para o apoio católico é o fato de Diogo demonstrar simpatia na recomendação do serviço de enfermagem ser entregue às ordens religiosas, o que garantia o destaque e o prestígio que a Igreja Católica tanto almejava no período, já que o cuidado aos leprosos ficaria majoritariamente em mãos católicas.

Mesmo com a configuração controversa da possível instituição apresentada por Antônio Diogo ao jornal O Nordeste, na qual o cuidado médico ficaria um segundo plano, o periódico não deixa de exaltar tal feito e passa a acompanhar todo o processo que culminaria na inauguração do leprosário sem fazer nenhuma crítica à estrutura apresentada por Antônio Diogo, talvez motivados pelo desejo de retirar a lepra do seio da capital e por Diogo ter colocado a orientação católica entre as prioridades do local. O que fica evidente até o

momento é que construir um local para o isolamento dos doentes era prioritário, mesmo que a estrutura não fosse a adequada para o bem-estar integral do interno.

É importante destacar que, apesar disso, as leis que regulamentavam o isolamento de leprosos dispensavam certo destaque aos cuidados médicos como importantes para uma instituição desse tipo e, inclusive afirmava que: “O isolamento nosocomial terá sempre em vista as preferencias do doente por determinado local e **as vantagens medicas e higienicas, julgadas em cada caso pela autoridade sanitaria**” (BRASIL, 1923, grifo nosso).

Apesar do regulamento permitir o isolamento nosocomial em colônias agrícolas, sanatório e asilos, respeitando a realidade de cada lugar, as primeiras eram as mais recomendadas e são aquelas que possuíam um amparo médico maior como um dos requisitos para o seu funcionamento: “[...] deverão ter hospitaes para os que necessitarem cura de doenças e affecções intercurrentes, crèche, orphanato e asylo para os incapazes”. (BRASIL...1923). Portanto, segundo o regulamento, ter um hospital era relevante, mas é importante destacar que o hospital, nesse caso, é citado com a função de servir para cura de doenças e afecções intercorrentes, ou seja, não tem como objetivo médico o cuidado com o trato da lepra em si. É claro que devemos levar em consideração que essa enfermidade não tinha cura no período, o que deve ter favorecido discursos desse cunho, porém, mesmo com essas condições, a medicina aparece presente.

Já sobre os sanatórios e os asilos, esses só deveriam ser aceitos se existisse um número reduzido de doentes. Ao comentar sobre essas instituições, diferente de quando abordavam as colônias, centram a atenção apenas no cuidado higiênico, não discorrendo sobre as questões médicas: “Deverão ser estabelecidos em logares onde, a par das melhores condições higienicas, existam amplos logradouros para os isolados”. (BRASIL, 1923).

O regulamento acaba corroborando com a forma que Antônio Diogo declarou que iria construir a *leprosaria*: com o objetivo apenas de isolar os doentes e não de tratá-los, já que o cuidado higiênico que tanto ele, como o regulamento destacava, funcionava mais para impedir que a doença se espalhasse, do que para trazer benefícios salutareos aos enfermos. Concluimos que, apesar do documento demonstrar preocupação com o cuidado médico, ao analisar suas linhas, é possível perceber que ele se torna, em alguns casos, dispensável, ou seja, se não é possível garantir atendimento médico, não é por isso que o isolamento não deve ser feito. Portanto, isolar era mais fundamental que tratar e embora fosse defendido o tratamento médico como importante, mais relevante que ele era retirar os leprosos do convívio com a população sã.

Apesar do artigo do jornal O Nordeste dispensar espaço para Antônio Diogo relatar os motivos de seu interesse na edificação do leprosário, o livro: “60 anos em busca do sol”³⁴, de Francisco Lima (1988) aponta informações acerca de uma possível relação de Antônio Diogo com a Igreja Católica mesmo antes do anúncio da construção do leprosário, relação essa que pode ter funcionado como motivação para a ação de Diogo. No escrito, Lima afirma que Francisco Amaral, Diretor do Serviço de Saneamento Rural, interessado em solucionar o problema da lepra, utiliza os apontamentos produzidos em 1918 por Carlos Ribeiro e acaba se unindo a Monsenhor Antônio Tabosa. Amaral e Tabosa se reúnem com o então presidente do estado Moreira da Rocha e com Luís Moraes Côrrea para debater soluções para a lepra, onde Tabosa afirma que tinha uma resposta em seu pensamento e partiu com Amaral Machado e Moraes Côrrea para a residência de Antônio Diogo (LIMA, 1988).

Dos nomes citados acima, Amaral Machado já foi analisado nesse trabalho, porém Luís Moraes Côrrea e Monsenhor Tabosa também merecem atenção, já que são figuras de fundamental importância devido ao envolvimento que tiveram na causa leprótica. Moraes Correia atuou no Ceará como professor de Direito Civil da Universidade Federal do Ceará (UFC), além de também ter ocupado os cargos de secretário da Fazenda e procurador geral do Ceará durante o governo de Moreira da Rocha, o que explica a sua presença na reunião citada junto com o presidente do estado. Com relação à lepra, se envolveu ativamente através da fundação do grupo que ficou conhecido como “Acadêmicos de Direito”, que realizou diversas campanhas em favor do combate à doença, como será abordado posteriormente.

Já com relação a Monsenhor Antônio Tabosa, o religioso iniciou sua vida na doutrina católica com 16 anos e atuou como vigário de cidades do interior e vigário-geral em Fortaleza até receber o título de monsenhor. Tabosa se envolveu ativamente com o combate à lepra, liderando campanhas e ações em torno da doença (LIMA, 1988). Dessa forma, se ocorreu uma relação entre Antônio Tabosa e Antônio Diogo anterior ao anúncio da construção do leprosário é algo extremamente relevante, já que ambos se envolveram com a causa *leprótica*, o que não pode ser visto como apenas uma coincidência.

Se essa relação aconteceu e não foi noticiada pelo jornal mesmo sendo algo tão relevante e positivo, principalmente para a própria Igreja Católica, talvez tenha existido algo que instigou essa omissão. Podemos pensar que o público ter conhecimento do envolvimento anterior da Igreja Católica poderia ser negativo, já que o intuito deveria ser de motivar a

³⁴O escrito se trata de um livro de memórias de um filho de um leproso que foi internado no leprosário Antônio Diogo, mas que possui alguns documentos disponíveis para a consulta no livro que foram utilizados para a sua produção.

caridade e sem dúvida é mais impactante ver uma ação caritativa surgindo espontaneamente do que provocada diretamente pela Igreja, ou seja, essa omissão pode ter sido uma estratégia para impressionar o povo cearense e acabar gerando um pensamento de obrigação e até mesmo de culpa a fim de motivar a caridade. Outra hipótese é que o próprio Antônio Diogo pode ter exigido a supressão de tal informação a fim de tornar sua ação mais caridosa aos olhos da sociedade cearense.

A relação entre Diogo e Tabosa não aparece em outras fontes consultadas, mas já nos ajuda a pensar na possibilidade de uma aproximação entre eles, ou seja, uma relação entre a religião católica, representada por Tabosa e a ação particular ou até mesmo política, representada por Diogo, pois apesar de ser industrial, também desempenhou uma ação política seja através da oposição ao presidente do estado Matos Peixoto³⁵ ou por meio da participação em “movimentos libertários do seu tempo”, porém não aceitou nenhum cargo público que lhe foi destinado. (LIMA, 1988).

Além da possível relação entre Diogo e Tabosa, a reunião citada também permite perceber uma interação entre políticos com católicos, representados ali naquele momento tanto por Amaral Machado, mas principalmente por Moreira da Rocha e Moraes Correia, algo que não era tão incomum, pois, como já mostramos, muitas vezes o presidente do estado se envolvia em ações caritativas e particulares, seja através de sua esposa ou de participação em reuniões sem viés totalmente político, como na do CMC, com intuito de debater soluções para o problema da lepra. Mesmo não sendo algo tão pontual, trabalhar com a possibilidade do envolvimento desses dois nomes na motivação da ação feita por Antônio Diogo é bem interessante e merece ser ressaltada a fim de destacar que, mesmo com as intensas críticas por parte dos católicos ao governo, a união acontecia em prol do que provavelmente significava um bem maior nesse contexto.

Dessa forma, é possível perceber uma interação ou até mesmo parceria (não sem críticas) no combate à doença entre políticos e católicos, realidade que é uma característica desse período pré-edificação do leprosário. Os médicos, nessa reunião, acabam aparecendo de modo menos enfático, posto que Amaral Machado mesmo sendo médico, também atuava politicamente e naquele momento provavelmente mais ainda, já que estava ao lado do presidente do estado, que era o responsável pelo cargo que ele possuía. É importante lembrar que os envolvidos no combate à lepra, apesar de atuarem como mais intensidade em

³⁵Matos Peixoto foi um político cearense que governou o Ceará entre os anos de 1928 a 1932. Teve uma formação em Ciências Jurídicas e Sociais, tendo atuado como professor de Direito, além de ter exercido outros cargos na política do Ceará.

determinados grupos, não podem ser vistos como estáticos, de modo que cada indivíduo poderia representar papéis diferentes de acordo com a situação, como é o caso de Amaral Machado, que mesmo tendo a formação médica, atuava na política cearense.

É possível inferir que o apoio católico à proposta de Diogo estava bastante claro, mas, como se posicionaram os políticos e os médicos cearenses diante da proposta do industrial? Na entrevista publicada no jornal O Nordeste, Antônio Diogo afirmou que estava em contato com o presidente do Estado Moreira da Rocha para tratar de assuntos referentes à edificação, o que corrobora com o dito anteriormente nos escritos de Lima (1988): “[...] com a presença do dr. Amaral Machado, chefe dos Serviços de Saneamento do Estado e depois de mútuos entendimentos ficou assentado que, domingo iríamos ver o terreno afim de ser dada a ultima palavra” (O NORDESTE, 14/AGO/1926, p.1).

O terreno citado pertencia a Antônio Diogo e ficava localizado em Porangaba, atual Parangaba. O capitalista desejava que a colônia fosse edificada nesse local e, algumas vezes, deixa claro que não abriria mão disso, afirmando que caso o terreno não fosse aceito pelas autoridades, cessaria seus planos. Essa fala de Antônio Diogo nos ajuda a compreender como a caridade nunca é desinteressada, pois, mesmo afirmando que não queria glórias com seu feito, o industrial não abre mão de edificar a instituição não só com o seu dinheiro, mas em seu terreno, ou seja, de garantir que o feito seria mérito totalmente seu e assim colher todos os louros de tal benfeitoria.

No caso da Igreja Católica, é inegável que os documentos de cunho cristão sempre trouxeram a caridade como uma característica católica, porém, a Igreja ficar à frente de campanhas caritativas proporcionava grande publicidade, o que trazia benefícios. Portanto, não se pode dizer que esses benefícios não eram objetivados ou minimamente desejados. Para entender um pouco essa temática é importante analisar o contexto em que a Igreja Católica estava inserida, no qual buscava garantir cada vez mais espaço entre a população, pois o advento do recente estado laico provocou mudanças consideráveis na sua influência na sociedade, de modo que os católicos se viram obrigados a traçar estratégias para afastar as outras religiões, como o espiritismo, que era visto como uma grave ameaça a sua hegemonia cristã.

Dentre essas estratégias, o monopólio da caridade merece destaque, pois os católicos buscaram colocá-la entre as atividades que desempenhavam, trazendo para si a responsabilidade acerca do cuidado aos necessitados. Um exemplo disso é perceptível na pesquisa de Frederico de Castro Neves sobre a ação caritativa de cuidados aos flagelados em 1915. Neves afirma que o arcebispo Dom Manuel publicou no jornal Correio do Ceará uma

declaração com o intuito de proibir que qualquer confraria ou associação religiosa pedisse esmolas. A determinação tinha claro objetivo de centralizar todas as ações de caridade nas mãos do arcebispado, deslegitimando toda ação de socorro aos necessitados que não estivesse vinculada a religião católica, criando assim a ideia de uma “caridade oficial”, evitando que ela se dissolvesse na sociedade e perdesse o caráter cristão, se tornando laica ou relacionada a outras religiões, como os protestantes e os espíritas (NEVES, 2014).

Se a ideia era apenas ajudar aos necessitados, por qual motivo o arcebispo buscava limitar aqueles que queriam contribuir com essa benfeitoria? A resposta para esse questionamento é que a ajuda aos necessitados não era o fim da caridade cristã, mas o meio para alcançar algo maior. Dessa forma, o fim dessa ação era tanto o combate às doutrinas consideradas inimigas, como a busca de prestígio e visibilidade que a caridade podia proporcionar. No contexto de estado laico, tudo que a Igreja Católica mais desejava era realizar ações que confirmassem seu poder e a caridade sem dúvidas era uma delas. Ser caridoso nunca é uma atitude desinteressada, sempre existe um objetivo a ser alcançado no qual o benefício maior não é para aquele que é alvo da caridade, mas sim para o indivíduo que a pratica.

Levando em consideração que tanto a Igreja Católica, como Antônio Diogo possuíam interesses na ação caridosa de combate à lepra, voltemos ao processo de construção da prometida *leprosaria* e as reações médicas e políticas em torno dela. Antônio Diogo, junto com alguns médicos, entre eles Amaral Machado, chefe do Serviço de Saneamento Rural, fizeram a primeira visita ao terreno localizado em Porangaba e que estava sendo doado por Diogo para a construção da *leprosaria*.

Um dos médicos que participou da visita foi Álvaro Fernandes e se demonstrou totalmente contrário à edificação da *leprosaria* na região, como já havia se posicionado contra outro terreno na mesma localidade, em 1924, pois considerava próximo a Fortaleza, em desacordo com as prescrições da ciência, o que prejudicaria a vizinhança, posto que os leprosos se deslocariam para as redondezas do local. Fernandes apontou a Colônia Christina, no distrito de Canafistula³⁶, em Redenção, como o local mais adequado para a construção do leprosário. É importante destacar que, mesmo considerando esse local o mais adequado, o médico já destaca um problema presente na localidade: a falta d’água. Porém, para ele, esse

³⁶Canafistula, atualmente denominada de Antônio Diogo, foi um distrito do município de Redenção, onde foi construído o primeiro Leprosário cearense, no ano de 1928. Atualmente, o distrito leva o nome de Antônio Diogo e cresceu em torno do Leprosário. Está localizado a 80 km da capital cearense.

problema seria facilmente resolvido com uma construção para trazer água do rio Acarape (O NORDESTE, 16/08/1926, p.1).

Como representante da classe médica, Fernandes demonstra ter preocupação com as questões relativas à ciência e a higiene, porém, isso se relaciona mais com o cuidado aos sãos, do que com uma estrutura adequada para os doentes que iriam viver na instituição, tendo um discurso em consonância com o de Antônio Diogo. Essa problemática nem é citada na opinião dada pelo médico.

Antônio Diogo, diante dessa nova realidade, reafirmou o seu desejo de edificar a *leprosaria* em seu terreno, mas colocou a decisão nas mãos das autoridades da saúde pública, mudando claramente a postura que teve na entrevista ao jornal O Nordeste, quando afirmou que só construiria a *leprosaria* se fosse em seu terreno. Ele afirma que se conformaria caso o local escolhido para a construção fosse outro terreno que não o seu, colocando que queria ajudar aqueles que sofrem e beneficiar a saúde da população sã com a referida obra. (O NORDESTE, 16/08/1926, p.1).

A partir desse momento, já é perceptível a atuação médica como importante para a edificação do leprosário. Quando Álvaro Fernandes se colocou contra a edificação da instituição em Porangaba, Antônio Diogo teve uma postura mais ponderada e menos autoritária sobre o assunto, talvez por levar em consideração que a opinião médica era fundamental em uma instituição para doentes ou até mesmo por saber que, sem o apoio médico, a construção em seu terreno poderia ser mal vista entre a população, o que levaria a sua benfeitoria a nulidade. Já Amaral Machado não fez nenhuma observação sobre o terreno na Porangaba na matéria divulgada no jornal O Nordeste, o que pode ter sido motivado por, naquele momento, não ser apenas um médico, mas figurar como um representante do poder estadual. Portanto, tudo que proferisse seria entendido como uma posição do poder público.

Já o presidente do estado, Moreira da Rocha, em seu relatório, afirma que estavam sendo feitas ações para cuidar do problema da lepra (ROCHA, 1926, p. 52). Mesmo com essas afirmações dos poderes públicos, os católicos discordavam e demonstravam que o estado tinha atitudes pontuais e de poucos benefícios, como as habitações intermediárias e a ideia de um leprosário para a região do Nordeste que, como abordamos anteriormente, não se concretizou.

Mais uma vez, o combate à lepra permaneceu sem solução definitiva por parte do poder estadual, continuando a ação caritativa como prioritária no combate à doença. Talvez vendo essa situação, Antônio Diogo percebeu uma possibilidade de fazer uma benfeitoria e ainda ganhar prestígio e reconhecimento por ela, o que sem dúvida alguma foi intensificado

pela forma que o jornal O Nordeste noticiou, dando sempre bastante destaque a tal ato e, de certa forma, utilizando a atitude de Antônio Diogo como exemplo para incentivar a caridade, o que surtiu efeito.

Os primeiros a se movimentar em prol da lepra após a doação de Diogo foram os acadêmicos de Direito. Esse grupo era formado pelos estudantes da faculdade de Direito liderados por Luís Moraes Correia que afirmam que foram motivados pelo “gesto benemérito” de Antônio Diogo (O NORDESTE, 17/08/1926, p.1). Os acadêmicos de Direito passaram a se envolver ativamente na campanha e inclusive se reuniram para discutir estratégias, não só entre eles, mas com nomes já conhecidos em torno do combate à lepra: “[...] o comitê nomeado entendeu-se pessoalmente, trocando sugestões, com o dr, Amaral Machado, director de Prophylaxia, com a exma. Sra d. Abigail Moreira da Rocha, e com o cel. Antonio Diogo de Siqueira [...]” (O NORDESTE, 18/08/1926, p.8).

Amaral Machado, chefe do SPR, Abigail Moreira da Rocha, esposa do atual presidente do estado, e Antônio Diogo são nomes recorrentes nesse período quando se fala de lepra. É interessante perceber que, embora o governo estadual fosse criticado por aqueles responsáveis pela caridade, Amaral Machado sempre era consultado e lembrado como um representante dos órgãos de saúde pública e, mesmo o governo estadual sofrendo com as cobranças do povo, a esposa do presidente do estado não deixava de comparecer para discutir os assuntos acerca da caridade. Podemos inferir que a caridade não era vista como negativa pelo governo estadual e que podia até funcionar como um elemento positivo para as autoridades estaduais, posto que realizavam ações em torno de algo que era considerado função pública, Portanto, nada mais lógico apoiar tal ato a fim de ficar minimamente livre de suas responsabilidades com a lepra.

Com o decorrer dos dias, a adesão à campanha aumentou consideravelmente, bem como os apelos do jornal O Nordeste em conjunto com os acadêmicos de direito. Os vários pedidos sempre possuíam algo em comum: a caridade e o medo. Ao tentar influenciar a caridade das mães cearenses, o escrito presente no periódico é a seguinte:

Deveis ter visto, mães cearenses, quando, com vossos filhinhos, passaes pelas ruas mais centraes desta cidade, uns trapos humanos que vos estendem as mãos, pedindo-vos uma esmola. [...]. Pois bem, mães cearenses, esses molambos vivos, esses trapos humanos, são homens roídos pela lepra, são seres desventurados sobre cuja pelle a sorte maldita lançou a tunica lugubre de Lazaro (O NORDESTE, 18/08/1926, p.1).

É possível inferir que descrever o leproso como um perigo, tornando-o altamente indesejado no seio da sociedade era uma estratégia que continuava a se fazer presente nas páginas do periódico. Mas com qual objetivo? Sem dúvida, com esse discurso, o medo era despertado e uma população com medo tende a ser mais caridosa. Continuando a leitura do apelo, essa hipótese se torna cada vez mais evidente: “Trabalhar, mães cearenses, para evitar o contágio do mal, que ameaça a sociedade inteira, num crescendo assombroso, deve ser a missão de todos nós, de vós todas, que tendes filhos, que tendes corações que vos amam e cérebros que pensam em vós” (O NORDESTE, 18/08/1926, p.8).

No caso da lepra, sempre que o assunto era caridade, o medo aparecia, às vezes de modo mais discreto, outros de modo mais enfático. Em alguns momentos, o jornal nomeia a doença como “Mal da morte”, o que sem dúvida causava certo pânico entre a população: “Dae uma esmola, por menor que seja, e estreis concorrendo para a salvação da vossa vida, ameaçada, a cada instante, pelo **MAL DA MORTE!**” (O NORDESTE, 19/08/1926, p.1, grifo do autor). Talvez por esse discurso amedrontador, as doações e campanhas de combate à lepra foram tão intensas nos meses seguintes, afinal se toda caridade possui um interesse, nesse caso, um dos interesses da população que doava e se movimentava era se ver livre do perigo que o doente representava.

Ainda em agosto de 1926, mês em que foi anunciada a doação de Antônio Diogo, os apelos são quase diários na folha católica, o que demonstra como o jornal tinha interesse em se envolver nessa empreitada. A liderança caritativa dos acadêmicos de direitos foi a ação que teve mais destaque, já que o periódico acompanhou e divulgou diariamente o que esse setor da sociedade estava decidindo e realizando, como arrecadações, festivais e quermesses, sempre vangloriando seus feitos e abrindo espaço para o recebimento de doações para a causa da lepra (O NORDESTE, 19/08/1926, p.1). Dessa forma, o periódico traz para si e, portanto, para a Igreja Católica, da qual era o representante, uma grande responsabilidade no combate a essa enfermidade, já que além de receber, divulgava o que ou quanto era doado em suas páginas, o que pode ter funcionado como uma estratégia da Igreja Católica para ganhar mais destaque e também exercer controle na caridade, da qual eles queriam o monopólio, como abordamos anteriormente.

Nas páginas do periódico era anunciada que a adesão particular continuava aumentando, de modo que o Cinema Moderno e o Theatro José de Alencar fazem sessões especiais em prol dos leprosos, associações das mais diversas profissões passam a angariar donativos entres eles, clubes cedem seus espaços para a realização de festivais beneficentes, eventos são organizados pelas senhoras da elite cearense, quartéis se organizam para realizar

doações e artistas promovem eventos para reverter os ganhos em prol da construção do leprosário.

Apesar de toda essa movimentação da caridade, o papel dos poderes públicos como responsáveis pelo combate à lepra não é esquecido. Frequentemente são feitas cobranças direcionadas ao estado, que são acompanhadas de elogios à ação caritativa. É interessante perceber que, mesmo ganhando destaque social devido à caridade, os católicos não deixam de afirmar que o auxílio governamental é essencial para a lepra e de criticar a inércia do governo. Essa abordagem pode ser explicada com a hipótese de os católicos fazerem questão sempre de lembrar que a caridade que estava sendo praticada não era uma obrigação, mas sim um fruto da boa vontade, garantindo assim mais destaque aos “espíritos caridosos”. Corrobora com isso o fato de afirmarem que mesmo acreditando que a generosidade do povo não cessaria, o auxílio governamental ainda era essencial para uma resolução definitiva e satisfatória, ou seja, a caridade do povo é tratada como infundável. (O NORDESTE, 20/08/1926, p.1).

Com a Colônia Cristina, em Canafistula, escolhida como local para a edificação, a ação e opinião médica aparecem mais timidamente, afinal os médicos têm a função de tratar os doentes e sem a instituição, sua ação se resumia a medidas paliativas no dispensário e no isolamento improvisado no Arraial Moura Brasil. Enquanto isso, a ação política continuava minguada e os católicos aproveitavam para cobrar e também para se envolver mais ativamente no combate à doença, sempre usando o discurso que transitava entre a caridade e o medo e disseminando seus discursos na sociedade.

Uma nota lançada no jornal O Nordeste direcionada a Curia Metropolitana e atribuída a Monsenhor Tabosa demonstra o quanto a instituição católica estava interessada em envolver a maior parte possível dos seus membros nesse combate, pois o líder católico relata toda a campanha caritativa em torno da lepra, pontuando que interior e capital devem estar envolvidos e afirmando que o leprosário será uma instituição que contará com a orientação católica aos enfermos, já que os leprosos necessitam de conforto espiritual para viver melhor. (O NORDESTE, 08/09/1926, p.1).

Monsenhor Tabosa desejava ainda que os líderes católicos do interior e da capital influenciassem suas paróquias a doar para a edificação do leprosário. Ou seja, Tabosa mandava os párocos utilizarem o poder que possuíam para garantir o objetivo que ele desejava. De certa forma, nessa relação, a Igreja Católica desempenhava poder em cima dos seus fiéis, convencendo-os a doar como uma forma de salvação cristã (FOUCAULT, 2011b).

Diante disso, surge uma pergunta: a Igreja Católica no Ceará estava envolvida com o combate a todas as outras doenças ou só com a lepra? Através da análise das fontes, não é

perceptível uma atuação tão enfática e duradoura da Igreja Católica no combate a outras doenças cearenses, o que nos permite entender que a ela, senão era a única, foi que a mereceu mais destaque. Ou seja, isso não significa que os católicos não se envolveram em ações de caridade no combate a outras enfermidades, mas que ela, no período, foi a que mais recebeu atenção e destaque em seu periódico, ação motivada talvez pelo prestígio que combater uma doença tão temida representava.

As ações da caridade permaneceram mesmo que tímidas até a construção prometida por Antônio Diogo, que finalizou a edificação de 32 casas para os leprosos (O NORDESTE, 26/11/1926, p.1). Mesmo assim, não existia condições de realizar a inauguração da instituição, posto que ainda faltava edificar cozinha, banheiros e outros compartimentos. A caridade pública precisou ser novamente motivada e o periódico voltou a dispensar destaque à doença, através de alertas que enfatizavam o perigo da lepra para a saúde pública: “Sentado no estribo do carro, ia uma pobre criança. Talvez dez, talvez doze anos! De todos saiu um grito de espanto e de horror. O pobrezinho estava com o corpo completamente comido pelo mal de Lazaro! [...] O pobrezinho olhava dolorosamente. À mão, um caneco”. (O NORDESTE, 16/12/1926, p.1).

Os pedidos se tornam cada vez mais frequentes e as cobranças também, que recaem nas mãos dos poderes públicos. Um exemplo é o impasse em torno do dinheiro arrecadado no período de construção dos isolamentos transitórios no Pirambu através dos municípios. O governo estadual afirmava não possuir essa quantia em caixa, pois foi todo investido na edificação das casinhas do Pirambu (O NORDESTE, 31/12/1926, p.1). Essa afirmação gerou um conflito, posto que os acadêmicos de direito alegavam ter entregue uma grande quantia e, para completar, o governo também não havia cumprido com os 50 contos de réis prometidos para o auxílio do leprosário (O NORDESTE, 03/01/1927, p.1).

Provavelmente em resposta às críticas, o presidente do estado resolve fundar uma comissão para chefiar a finalização da construção do leprosário, que seria formada por Monsenhor Tabosa, como presidente da comissão; Antônio Diogo com a função de executar as obras de construção da leprosaria; Luís Moraes Correia como tesoureiro e Amaral Machado, que não tinha uma função predefinida. (O NORDESTE, 13/01/1927, p.4).

Dentre as funções que foram deliberadas para a comissão estavam: organizar um memorial com o que foi feito e o que ainda precisa ser realizado relacionado à edificação da *leprosaria*; pedir ajuda à União; resolver o problema da água com a Inspetoria de Obras contra as secas; construção dos demais compartimentos da instituição, como banheiros e

cozinha; definição (função do arcebispo) da congregação religiosa que vai cuidar dos leprosos.

Apesar da criação da comissão ser de iniciativa dos poderes políticos, os escolhidos para compô-la foram os mesmos que já estavam envolvidos na iniciativa privada. Provavelmente essa ação funcionou como estratégia do governo na tentativa de fazer algo para minimizar as críticas, aparentando um interesse na doença, mas sem desagradar os envolvidos desde o início, que sem dúvida ficariam desapontados caso fossem retirados da liderança.

Apesar de Luís Moraes Correia, líder do comité dos acadêmicos de direito, participar da comissão, a ação desse grupo começa a desaparecer, talvez gerada pela desavença que desenvolveram com Antônio Diogo devido à visita feita na construção do leprosário. O jornal O Nordeste noticiou que os acadêmicos de direito estavam muito desapontados por não terem sido convidados para participar dessa visita, já que apenas Moraes Correia foi chamado, ao que Antônio Diogo respondeu prontamente, afirmando que não tinha má vontade com os acadêmicos e que nutria profunda admiração dos atos que foram realizados por eles em prol dos leprosos, mas que não estendeu convite a todos devido os problemas gerados no transporte, caso a comissão se tornasse muito numerosa. (O NORDESTE, 11/01/1927, p.4).

Mesmo assim, os acadêmicos de direito se afastaram dessa empreitada, deixando a Igreja Católica cada vez mais à frente da organização do combate à lepra, pois Monsenhor Tabosa era o líder da comissão “Pró-leprosário”. A Igreja Católica que já estava inserida dentro da instituição e da vida dos leprosos através da capela que era construída, das Irmãs que ficariam responsáveis pela administração da colônia e inclusive, de comunhões que eram feitas para “confortar” os leprosos, ganhava cada vez mais espaço nessa luta.

Como já relatado, o discurso do medo sempre se fez presente nas páginas do periódico cristão e aparentemente, quanto mais avançada ficava a edificação da instituição, mas esse discurso aparecia e de forma mais severa e crítica. Ao falar do caso de um *leproso* que esmolava na Praça do Ferreira, a preocupação com as moedas recebidas que circulariam na cidade, de mão em mão, é destacada, colocando a lepra como altamente contagiosa. O artigo termina da seguinte forma: “Que fazem os responsáveis pelo bem geral e pela saúde colectiva? Quando terão os desventurados e indesejáveis lázaros um asilo apropriado, onde estejam ao abrigo de maiores penas e onde escondam as suas carnes fumefactas e a sua inexprimível dor?” (O NORDESTE, 07/04/1927, p.3).

O trecho anterior aponta, mais uma vez, que o objetivo principal da edificação da instituição era se ver livre do horror e medo que corpos doentes causavam. Além disso, é

perceptível que de nada adiantou a criação da comissão “Pró-leprosário”, já que as críticas ao governo permaneceram. Esse discurso de medo, segundo o próprio periódico motivou as ações caritativas:

Nesses últimos dias intensificou-se, de modo admirável, a campanha contra o livre perambular dos morpheticos pelas ruas da cidade. Motivou esse movimento dos jornaes da terra os factos que diariamente se estão repetindo, de lázaros mendigos estarem atacando pessoas que lhes passam ao alcance, com o perverso intuito de transmitirem-lhes o terrível mal (O NORDESTE, 29/04/1927, p.1).

Diante da falta de dinheiro para finalizar o leprosário e do desespero de retirar os leprosos dos principais pontos da cidade, a comissão “Pró-leprosário” dedica auxílio alimentício e financeiro para manter os doentes em suas casas e também define a ajuda da União como algo essencial para resolver de uma vez por todas o problema da lepra no Ceará. Para isso, Amaral Machado vai ao Rio de Janeiro buscar auxílio federal. A missão de Amaral, segundo o periódico, foi satisfatória e a União passou a se comprometer a ajudar na edificação. No dia que faz esse anúncio, o jornal também dirige elogios ao governo estadual, afirmando que a crise estava muito forte em nosso estado e foi muito válido o esforço de ir atrás da ajuda do governo central (O NORDESTE, 02/06/1927, p.4). O interessante é perceber que Amaral Machado também atuava como membro do governo estadual, o que sem dúvida fazia que tal ato também funcionasse com uma ação política, minimizando as críticas ao governo, causada por uma mudança na postura católica devido a tal feito de Amaral, que foi elogiado.

No relatório de 1927, Moreira da Rocha demonstra como o governo estadual estava lidando com esse problema. Defendendo o isolamento compulsório, o presidente do estado também aponta: “A obrigatoriedade do tratamento é, ao lado da obrigatoriedade do isolamento, condição indispensavel a sucesso prompto e completo. E o tratamento precoce constitue uma das mais salutaes causas do desaparecimento de fôcos” (ROCHA, 1927, p. 82). Percebemos uma defesa do governo da importância do tratamento de leprosos em conjunto com o isolamento, algo que não foi percebido antes. Sobre a construção do leprosário, no relatório é apenas informado sobre o isolamento provisório no Pirambu e dos auxílios que estão sendo dados aos leprosos, já que a colônia não foi inaugurada.

Já no relatório de 1928, que foi publicado antes da inauguração do leprosário, Moreira da Rocha relata que as verbas federais estão ajudando no avançar das construções, mas que ainda falta a resolução do problema do abastecimento de água. O isolamento provisório no

Pirambu permanece, mas não traz grandes resoluções para o problema. (ROCHA, 1927, p. 82).

Na imprensa católica, com o aproximar da finalização das obras, os pedidos, as doações e as críticas aumentam, afinal estava cada vez mais próximo daquela população que tanto temia o *leproso* conseguir se ver livre dele: “O estado, embora seja o maior beneficiado com a instituição de um asilo para morpheticos, até hoje não deu um real para a sua instalação. [...] O coronel Antonio Diogo, ainda e sempre digno de todos os louvores, se compromete a fornecer, mensalmente, 3 contos de réis para o sustento do leprosário. (O NORDESTE, 09/06/1928, p.1).

As críticas ao governo estadual retomam, o que demonstra que o jornal altera a postura rapidamente de acordo com o contexto, mas os elogios a ação da caridade particular permanecem. Em meio a esse contexto, o leprosário Antônio Diogo é inaugurado em 1º de agosto de 1928, quase dois anos após o anúncio da doação de Antônio Diogo e já tendo um novo presidente do estado, Matos Peixoto. Aparentemente com o problema da água solucionado, o local estava pronto para receber os doentes. A notícia toma as páginas dos periódicos e o jornal O Nordeste não fica de fora e tece imensos elogios aos envolvidos nessa edificação. No artigo que é detalhada a inauguração, os discursos proferidos também são inflamados, sem deixar de lembrar em momento algum que se o leprosário existe, é graças à iniciativa da caridade:

Essa obra gigantesca, não tanto pelo seu vulto material mas pelo muito de esforço de que necessitou para ser concluída, é um atestado perene do quanto pôde a magnanimidade do coração cearense. <O Nordeste> felicita calorosamente a digna comissão pró-Leprosario, pela de humanidade e patriotismo levada a bom terno e que trará bem sem conta ao nosso Estado (O NORDESTE, 03/08/1928, p.5).

Nesse recorte analisado neste tópico, que vai de 1926, com o anúncio de que Antônio Diogo iria edificar um leprosário até 1928, com a inauguração do mesmo, foi possível perceber, principalmente, a ação católica e a inércia política, com a participação pontual dos médicos através de opiniões. Também foi perceptível uma relação conflituosa dos católicos com os políticos, já que em alguns momentos eram apoiados e trabalhavam de forma cooperativa e em outros eram altamente criticados.

Agora, com a instituição devidamente inaugurada, ainda havia a empreitada para manter o leprosário em funcionamento e católicos, políticos e médicos continuarão conflitando em torno dessa instituição. A atuação médica, que foi tímida até então, passa a

ganhar cada vez mais destaque e a tomar a frente do combate à lepra no Ceará, como veremos no próximo tópico.

3.2 Quem vai cuidar dos leprosos? A ação médica e religiosa no leprosário Antônio Diogo.

Após a inauguração da instituição, os doentes já foram rapidamente encaminhados para o leprosário. Partindo de Fortaleza, os novos moradores do local fizeram a viagem de trem, em vagão exclusivo para eles. As paradas eram permitidas apenas para o embarque de leprosos nas estações que existiam no caminho, mas os vendedores ambulantes não poderiam vender nenhum artigo aos doentes. Além dos doentes, também viajaram, em vagão separado, um médico e um sacerdote responsáveis por acompanhar os leprosos até a instituição, porém não são citados os nomes dessas pessoas (O NORDESTE, 07/08/1928, p.5).

Em artigos anteriores encontramos algumas informações sobre os responsáveis pelo local, como o fato que as Irmãs Capuchinhas, da ordem Franciscana,³⁷ ficariam encarregadas do cuidado aos leprosos, mas nada referente a quem faria o acompanhamento médico, apenas identificam que o capelão do leprosário seria o padre Joaquim Severiano de Vasconcellos e que o administrador escolhido para o local foi José Amaro que, segundo a folha católica, já prestava serviços de socorros aos leprosos de Fortaleza há muito tempo. (O NORDESTE, 03/08/1928, p.1).

Sobre o identificado como administrador José Amaro, não foi possível encontrar mais informações sobre ele e nem sobre sua atuação na instituição, nem mesmo antes da inauguração do leprosário; nem mesmo em alguma campanha particular de arrecadação de donativos para leprosos seu nome foi citado. Já sobre o capelão Joaquim Severiano as informações são maiores, posto que já era bastante conhecido no cenário cearense antes do seu envolvimento na endemia *leprótica*, pois atuou como vigário em cidades do interior cearense, lecionou no Seminário Diocesano do Crato e finalmente chegou ao cargo de Vigário de Messejana. No período de inauguração do leprosário, o capelão fazia visita quinzenais a colônia, mas, segundo Lima (1988), em 06 de janeiro de 1932 resolveu viver de modo definitivo na instituição, pois acreditava que se ficasse doente, teria mais condições de

³⁷Segundo Custódio (2016) a Congregação das Irmãs Missionárias Capuchinhas era um “novo ramo da família franciscana” e foi fundada em 1904, em Belém do Pará, por iniciativa de um capuchinho italiano, o frei João Pedro Recalcati, que contou com a adesão de leigas franciscanas que exerciam a função de catequistas e professoras em uma escola paroquial de Canindé (CE).

atender espiritualmente os internos na colônia, o que aconteceu e que inclusive foi a causa do seu óbito.

Não é possível afirmar se realmente o padre escolheu viver entre os internos ainda como pessoa sã ou se adquiriu a doença para depois morar definitivamente na instituição, já que Lima (1988) afirma que o religioso percebeu os primeiros sinais da doença ainda em 1931 e que só foi viver na colônia em 1932, o que gera certa contradição com a ideia levantada pelo autor de que Severiano foi para colônia viver entre os enfermos por acreditar que faria o seu trabalho melhor se fosse igual a eles. Essa contraposição pode também ser fruto de uma valorização da figura católica como abnegada e caridosa que acabou chegando até o imaginário do autor, posto que a religião católica sempre procurou meios de destacar os seus membros da forma mais benemérita possível.

Em 1940, o padre veio a óbito, sendo enterrado na colônia Antônio Diogo. Ainda segundo Lima (1988) em seu livro de memórias, a instituição ganhou outros substitutos, mantendo a assistência religiosa. Sobre as Irmãs Capuchinhas, a atuação das religiosas sempre foi intensa como mostraremos posteriormente. No período em tela, estavam à frente da instituição as Irmãs Madre Assunção (Superiora), Egídia e Iluminata (LIMA, 1988).

Já sobre o médico que ficaria responsável pelo leprosário, não havia sido apontado nenhum específico até o momento. Diversos nomes se destacaram no transcorrer da construção do local, como Atualpa Barbosa Lima, que ficou responsável por realizar o censo de leprosos e que já havia se envolvido no combate à lepra, sobretudo através de seu livro “Memórias de um leproso”; o médico Anselmo Nogueira, que emitiu diversas opiniões sobre o local de construção da *leprosaria* e Amaral Machado que, à frente do Serviço de Saneamento Rural, havia se envolvido com a lepra. Apesar desses nomes e dos destaques citados, nenhum deles foi escolhido como médico dos leprosos, já que surge uma nova figura, um novo médico que recebe essa incumbência: Antônio Alfredo da Justa³⁸.

A atuação que Justa desempenhou no combate à lepra, muitas vezes, trouxe grande destaque ao médico recebendo inclusive a alcunha de *leprólogo* sem nunca ter se formado em *leprologia* e de benemérito, já que realizava muitas de suas ações de modo voluntário e aos fins de semana. Dessa forma, o médico nunca conseguiu enriquecer com os feitos que realizava, posto que estava sempre reclamando dos ganhos em seu diário pessoal e, após sua morte, sua família passou por graves problemas financeiros. Assim, o que motivou Justa a se

³⁸Antônio Alfredo da Justa foi um médico cearense que se envolveu de diversas formas no combate à lepra, sobretudo após a inauguração do leprosário. Apesar de não ter formação na área *leprótica*, devido aos seus discursos e práticas em torno da doença, passou a se destacar na sociedade cearense, recebendo alcunha de benemérito da lepra e de leprólogo CF: (PINHEIRO, 2016).

dedicar tanto a essa causa? Sem dúvida alguma o médico ganhou grande reconhecimento social e respeito entre a sociedade leiga e médica, o que funcionou com uma recompensa, já que o prestígio social era algo muito desejado (PINHEIRO, 2016).

A história de Justa com a lepra é marcada por divergências nas fontes históricas, sobretudo no que se refere ao início da atuação desse médico nesse combate. Até a inauguração do leprosário, o nome de Antônio Justa não aparece com destaque nos jornais locais relacionados à doença. Porém, após a ida dos doentes à instituição, o jornal O Nordeste anuncia que os 35 doentes partiram acompanhados de Monsenhor Tabosa e do médico Antônio Justa (O NORDESTE, 10/08/1928, p.2). A partir desse momento, o nome dele passa a ser utilizado de modo constante nas matérias dos jornais locais, com uma grande atenção para os seus feitos no combate à doença.

Ao observar mais atentamente o período anterior à inauguração, o nome de Antônio Justa aparece timidamente, sem destaque algum, em visitas ao leprosário e na inauguração do mesmo. Porém, sem nenhum tipo de referência e sem nenhuma notícia que demonstrasse que o médico não foi só um espectador dessa construção, ou seja, que ele agiu ativamente no combate à doença e influenciou na construção do leprosário, como foi afirmado no boletim da colônia Antônio Justa (ADERALDO, 1953,). Os jornais locais que relatam a sua morte em 1941 também possuem discursos semelhantes, colocando a ação do médico no combate à lepra como algo anterior à construção do leprosário. (O POVO, 8/AGO/1941, p.1 e 4). Apesar dessa assertiva, durante a análise do processo pré-edificação, Justa não aparece da forma citada em momento algum, como já foi destacado.

Com as claras divergências nas fontes, a palavra de Antônio Justa ajuda a esclarecer essas informações. Ao escrever na imprensa local algumas linhas sobre a história do combate à lepra no Ceará, o médico não se coloca como um idealizador do leprosário atribui isso a Atualpa Barbosa Lima, Francisco Amaral Machado, Antônio Diogo de Siqueira, Monsenhor Tabosa e Luis Morais Correia, todos já citados anteriormente neste trabalho. (JUSTA, 1942).

O escrito de Justa acaba corroborando com as informações colhidas nos jornais durante o contexto de construção da instituição, ou seja, que sua atuação no combate à lepra foi posterior à inauguração do leprosário. Na análise do diário pessoal de Antônio Justa, essa hipótese fica mais clara ainda, já que o médico só começa a escrever sobre a doença após a inauguração da instituição, afirmando que antes só fazia o censo da lepra, função que recebeu tanto de Amaral Machado, como do seu substituto, Demosthenes de Carvalho. (JUSTA, [1925-1934], p. 92).

Justa afirma que passou a acompanhar os leprosos no período que estava como interino no cargo no Serviço de Saneamento Rural, ou seja, quando ocupava a função de chefe durante um período de tempo predefinido, na maioria das vezes, devido a alguma viagem ou impossibilidade do chefe do serviço. Justa não cita um interesse ou uma ação posterior de combate à lepra que tivesse motivado o seu comprometimento de cuidado aos leprosos, mas acaba demonstrando que passou a exercer tal função devido uma obrigação do cargo.

Em seus escritos públicos, principalmente na revista Ceará Médico, o já citado periódico dos médicos cearenses, Justa também relata o seu envolvimento com a lepra como motivado pela inauguração do leprosário e seu trabalho no SSR. Francisco Lima (1988) e José Policarpo Barbosa (1994) também destacam a importância de Justa, porém não o colocam como idealizador do leprosário. Assim, apesar do médico, em sua trajetória de vida, já ter começado a se envolver com a lepra ainda quando residia no Amazonas, quando regressou ao Ceará, essa relação não aconteceu imediatamente, já que foi motivada por escolhas políticas que não dependiam do clínico, e sim de Amaral Machado, que acabou colocando-o à frente do combate à enfermidade.

Antônio Justa, como médico responsável pelo cuidado aos leprosos, passou a fazer visitas quinzenais à instituição com o intuito de medicar aqueles acometidos de lepra. Portanto, o leprosário, no período da inauguração, passou a contar com visitas médicas e religiosas quinzenais, o que pode nos levar a pensar que a assistência médica e religiosa ocorria com o mesmo peso, ao menos inicialmente, dentro da instituição. Mas, além do sacerdote, a influência religiosa se fazia constante na instituição através da figura das já citadas Irmãs. Ou seja, a religião atuou mais entre os doentes nesse período inicial e a medicina figurava em segundo plano dentro de um local que deveria ser a prioridade. Enquanto a ação católica e médica dividiam um espaço dentro da instituição, os políticos continuavam com uma ação paliativa quando o assunto era a lepra, que se resumia a verbas irregulares. Essa inação não pode ser vista apenas como um desinteresse por parte dos políticos, pois, nesse contexto, as verbas para a saúde realmente eram escassas, o que pode ter influenciado na falta de atuação pública.

Com a saída de Amaral Machado em julho de 1928, o SSR é assumido por Demostenes de Carvalho, que também tinha a função de vice-presidente do estado (ROCHA, 1928). De acordo com o relatório do presidente do estado, a questão da lepra era uma das mais importantes, devido ao aumento dos números de casos, que causava preocupação com o futuro salutar cearense. Ele ainda afirma que o estado estava altamente interessado em

solucionar esse problema, garantindo também a medicação adequada para os leprosos internos e os atendidos na capital. (PEIXOTO, 1929).

No período em tela, como já apontamos anteriormente, a lepra era vista como uma doença altamente contagiosa e não existia um tratamento que garantisse a cura do doente. Esse foi um dos motivos que o isolamento compulsório foi visto como uma grande salvação para proteger os sãos. Porém, mesmo sem uma cura, existiam medicações e medidas paliativas que buscavam algum avanço no tratamento da doença. A principal medicação era o óleo de chaulmoogra, que era extraído de árvores indianas de mesmo nome e utilizados no tratamento de doenças de pele. No final do século XIX, a medicina oriental passou a se apropriar desse óleo, que foi altamente pesquisado, se tornando a principal terapêutica da lepra até 1940, inclusive no Brasil (SOUZA, 2009).

Souza (2009), ao fazer a análise sobre o estudo científico do óleo de chaulmoogra, demonstra o quanto esse medicamento foi importante para o combate à lepra no período, já que, mesmo com as divergências sobre sua eficácia, os cientistas, inclusive brasileiros, realmente se dedicaram a buscar a melhor forma para o seu uso. Ou seja, tentaram conseguir algo que pudesse, ainda que minimamente, trazer benefícios para o tratamento anti-leprótico. O referido medicamento era administrado externamente, com aplicação direta nas feridas, mas com resultados limitados; e internamente, através de injeções ou cápsulas, porém, era mal tolerado pelo organismo, causando vômitos e diarreias.

As pesquisas em torno da chaulmoogra foram aumentando durante a primeira metade do século XX, fazendo com que o produto vegetal indiano se transformasse em medicamentos produzidos amplamente nos laboratórios, já que foi comercializado de diversas formas, como o Antileprol Bayer, o Aleprol, o Chaumoogrol e a Antilebrina. No Brasil, a dedicação ao estudo do óleo de chaulmoogra foi tão intensa que os cientistas brasileiros passaram a desenvolver o que ficou conhecido como chaulmoogra brasileira, produzida através das sementes da sapucainha, componente da flora nacional. Esse óleo foi defendido e utilizado como um substituto da chaulmoogra indiana, com a intenção de diminuir os custos das autoridades públicas.

No Ceará, a chaulmoogra também fez parte dos discursos médicos, principalmente dos escritos de Antônio Justa. Em 1930, o clínico publicou sua primeira série de artigos direcionados ao estudo da lepra, um deles tinha como temática justamente o tratamento da doença. Justa se atém ao óleo de chaulmoogra, destacando as formas e vantagens de seu uso (JUSTA, 1930d).

Outro ponto relevante desses artigos é a ideia do contágio. Justa, apesar de ser defensor dessa teoria, ainda em 1930, faz algumas ressalvas. Através de leituras e de sua experiência no leprosário, o médico chega à conclusão que a lepra é uma doença que, com cuidados adequados, não é tão contagiosa. Por esse motivo, defende um isolamento diferenciado do que era expresso na lei, no qual fosse valorizado o tratamento em conjunto com o isolamento:

Este ultimo porém, deverá ser tanto quanto possível facultativo e transitório, atenuando-se em regime de liberdade crescente, de sorte a alcançar-se em breve espaço a educação sanitaria bastante, a serem socorridos os doentes em AMBULATORIOS, CLINICAS ou HOSPITAES ESPECIAIS, retraindo-se a LEPROZARIA, somente aos INDIJENTES, estropiados pela molestia, impossibilitados de proverem a propria subsistencia, e sem se descurar o amparo às suas famílias (JUSTA, 1930f, p. 17).

O clínico ainda reforça a importância da chaulmoogra para a manutenção desse isolamento transitório. Porém, afirma que o preconceito e a crença no forte contágio da lepra assustam os leigos e até as pessoas de instrução, dificultando que o isolamento transitório seja posto em prática. Nos diversos escritos que Justa fez na imprensa, o pouco contágio da lepra, o isolamento facultativo e transitório e a importância de medicação estavam presentes de modo cada vez mais enfático com o decorrer dos anos, tendo feito escritos nesse sentido até mesmo na imprensa leiga: “O ilustrado facultativo julga a lepra se não curável, ao menos esterilizável na maioria dos indivíduos, pela intensiva terapêutica específica hoje ao alcance de quantos procuram” (O POVO, 03/JUL/1930, p.8). Isso demonstra que o médico defendeu esse posicionamento abertamente até sua morte, posto que no último artigo escrito por ele já na década de 1940, reforça tudo que havia dito mais de 10 anos antes (JUSTA, 1942).

Essas posturas vindas do médico que atendia ao leprosário denotam que, provavelmente, a medicação era amplamente utilizada na instituição e o isolamento ocorria de modo mais transitório, mas isso é questionado pelos prontuários médicos. Os prontuários médicos de Antônio Diogo são compostos de uma ficha principal, onde são registradas as informações básicas de cada paciente, como nome, idade, sexo, local de origem, profissão, estado civil, cor e falecimento, ou alta, quando ocorria. Também foram encontradas informações sobre os familiares, bem como a incidência da doença na família e ainda informações relativas ao início da doença. Existem outras fichas que trazem as ocorrências do paciente na instituição, como fugas, casamentos e nascimento de filhos. E ainda existem fichas que trazem o acompanhamento do tratamento destinado aos pacientes, exames

realizados, tipo de doença, bem como as melhoras e piores no quadro clínico relativo à doença. Mas, nem todos os prontuários possuem todas as informações descritas, alguns não possuem a ficha relativa à determinada informação e em outros casos a ficha não foi preenchida pelo médico responsável. Como por exemplo, a ficha específica de acompanhamento médico destinado aos leprosos, que só aparece em 1947, algo que permite ao historiador questionar a ausência dessa informação.

Além disso, os prontuários médicos se tratam de fontes institucionais, ou seja, são escritos pelos responsáveis por uma instituição em diálogo com os pacientes, e no caso, esses são os médicos que realizam o acompanhamento clínico do paciente. Assim, o historiador deve ficar atento para procurar compreender que tudo o que é escrito no prontuário era feito através da visão do médico, ou seja, o prontuário é essencialmente um discurso médico, já que: “(...) a subordinação do paciente ao médico impunha que o profissional da saúde fizesse os cortes e purificações necessárias do que era dito pelo enfermo e registrado no documento produzido (...)” (BERTOLLI FILHO, 1996a, p.18).

Dessa forma, mesmo com essas ressalvas, a análise dos prontuários médicos da instituição demonstra que é possível perceber um isolamento, de certo modo, mais maleável em alguns aspectos, posto que alguns doentes recebiam autorização com consentimento médico para sair da instituição e ficar fazendo tratamento ambulatorial, algo que não era permitido pelo regulamento de 1923, documento que já foi analisado no capítulo anterior e dava as diretrizes para o combate à doença no Brasil. Ou seja, mesmo sem a permissão da lei, essas liberações foram praticadas, mesmo que em baixa escala, o que aponta para a ocorrência de saídas da instituição mesmo antes das altas oficiais, que só foram possibilitadas pelo aparecimento das sulfonas, novo medicamento sintético de combate à lepra que começou a ser utilizado na década de 1940. Essas exceções ajudam a entender a influência que o médico teve dentro da instituição³⁹.

Com relação à medicação, Justa afirma em seus escritos que ocorriam aplicações nos doentes internados, porém, também através da análise dos prontuários, não é possível identificar o uso constante do medicamento inicialmente, já que poucos pacientes possuem no prontuário o registro de que usaram tal medicação. Além disso, não existia uma folha de acompanhamento medicamentoso individual, na qual fosse anotado o dia e a medicação que foi utilizada, pois isso só vai acontecer quando a sulfonoterapia passar a ser aplicada na instituição, já na década de 1940. A menção a medicação nas fichas prontuárias de Antônio

³⁹Para mais informações sobre Justa e sua relação com a lepra, consultar outra pesquisa de nossa autoria. Cf: (PINHEIRO, 2016).

Diogo é mínima, então a prática médica presente nos prontuários contradiz o que era dito no discurso e também nas fontes oficiais. Porém, é importante destacar alguns pontos, sobretudo acerca da assistência médica que era prestada à instituição. Antônio Justa, como já relatado, fazia visitas quinzenais ou semanais ao leprosário, que variavam de acordo com o contexto. Diante dessa realidade, como era possível um controle de medicação por parte dos médicos, já que não estavam na instituição sempre e a medicação deveria ser aplicada de modo mais constante?

O cuidado geral do leprosário era feito pelas Irmãs capuchinhas franciscanas, que ficavam sempre na instituição. Segundo o jornal *O Nordeste*, ao divulgar a inauguração do leprosário, afirma que as religiosas eram: “[...] encarregadas do tratamento dos lázaros” (*O NORDESTE*, 03/AGO/1928, p.1). Além disso, Francisco Lima também faz observação semelhante: “Existem atualmente na Leprosaria quatro Irmãs Franciscanas, estando somente duas em direto contato com os doentes, para a distribuição de alimentos e medicamentos e prática de injeções”. (LIMA, 1988, p. 27). Os jornais também corroboram com a afirmação: “O dr. Antonio Justa, escolhido para fazer as visitas medicas aos doentes, tem sido de uma bondade edificante. Estabeleceu um serviço de injeções que são ministradas por um enfermeiro habilitado⁴⁰ e por uma das quatro religiosas que trabalham no Leprosario”. (*O NORDESTE*, 20/ABR/1930, p.5).

Dessa forma, essa afirmação nos ajuda a pensar na possibilidade das Irmãs e até mesmo os próprios doentes atuarem na aplicação de medicações, já que, segundo Antônio Justa, os que tinham formas brandas da doença, atuavam como enfermeiros (*O POVO*, 06/ABR/1929, p. 03). O médico Walter Cantídio⁴¹ relembra a visita que fez com Antônio Justa ao leprosário e relata a relação entre Justa e as Irmãs, que passavam todas as informações do local durante a ausência do médico, da mesma forma que ele informava as novidades da capital. Após isso, o médico ia ao encontro dos doentes, tanto os que possuíam casas, como aqueles que viviam nas enfermarias. Além de prescrever e aplicar medicação, os clínicos ainda faziam exames laboratoriais e fichamento de casos novos. Sobre o tratamento, Cantídio exprime: “Era, tempos difíceis. A hanseníase não tinha tratamento eficiente. Tudo paliativo. Valia mais a nossa presença, a esperança que poderíamos infundir, que propriamente as injeções de chaulmoogrol que prescrevíamos. E o pior era que nós sabíamos disso...” (LIMA, 1988, p. 83).

⁴⁰ Acreditamos que os doentes recebiam algum tipo de treinamento para realizar esse trabalho.

⁴¹ O médico substituiu Justa nos serviços relacionados à lepra em 1941.

Mesmo com essa possibilidade das Irmãs e dos médicos trabalharem em cooperação na aplicação de medicações, não encontramos nenhum tipo de registro sobre a quantidade ou dias que ela era utilizada nos prontuários e nem identificamos outro tipo de documento que contenha essa informação. Em contrapartida, os médicos da instituição sempre continuaram com a defesa da medicação, afirmando de modo enfático e constante que um leprosário sem medicação não tinha sentido algum.

Dentro desse contexto, podemos levantar algumas possibilidades que explique essa ausência: a existência de outro tipo de registro da medicação que não foi localizado; uma desorganização por parte da administração médica e religiosa que não tinha controle da medicação destinada a cada paciente; o registro de controle ficar com o médico responsável e não na instituição e, por fim, não podemos descartar a possibilidade da medicação não ser utilizada na instituição e se tratar apenas de um discurso, posto que o registro da quantidade de medicamentos utilizado no dispensário Oswaldo Cruz é encontrado, algumas vezes, nas fontes e sobre a colônia só é afirmado que o uso existe, sem mais detalhes, o que pode denotar até certo desinteresse no tratamento dos doentes que estavam isolados e que não representavam perigo iminente para a população sã, pois estavam longe, enquanto aqueles que faziam tratamento ambulatorial, por estarem próximos, acabavam recebendo a medicação pelo medo que esses doentes ainda causavam na população. Dessa forma, o cuidado médico aos internos poderia ser mais precário e desorganizado, enquanto daqueles em tratamento ambulatorial mais sistemático e frequente, até mesmo devido ao fato que aqueles com o privilégio de se tratar no dispensário, na maioria das vezes, pertenciam às classes abastadas. Mas, se trata apenas de uma hipótese que, infelizmente, não pode ser melhor aprofundada devido à ausência de fontes acerca do assunto.

Porém, essa possibilidade se torna contraditória, já que os médicos, principalmente Antônio Justa, defendiam abertamente e lutavam pelo fornecimento de medicação para a instituição. Além disso, os próprios ex-internos relembram o uso dessa medicação: “Relembra também de injeções conhecidas como ‘chamuga preta e chamuga branca’ (injeções de chalmogra) aplicadas na orelha, deixando-a vermelha”. (JUCÁ; LIMA, 2016, p. 55).

Portanto, as fontes apontam que os medicamentos eram utilizados na instituição, mas não é possível afirmar em qual escala ocorria o seu uso. Além da medicação, os médicos também recomendavam exercícios, alimentação balanceada e higiene adequada como uma forma de impedir o avanço da doença, já que se acreditava que bons hábitos poderiam contribuir para uma melhora no quadro do leproso. (JUSTA, 1930e).

Até o momento mostramos como a ação médica influenciou nesses anos iniciais da instituição, principalmente no que se refere ao tratamento e a forma que o isolamento de leprosos acontecia. Porém, além dos médicos, as religiosas viviam em período integral na instituição e sem dúvida também influenciaram em seu funcionamento.

Em Canafistula, a dor triumpha, carcomendo corpos, mas, ao lado daquelas victimas, eu vejo uma revoada de Anjos da Caridade, as boas Irmãs Franciscanas. Heroínas, fizeram o sacrifício da propria vida e lá estão no Leprosario a consolar e tratar dos pobres Lazaros. Mais tarde, talvez, como recompensa, terão de succumbir do mesmo mal... mas Deus tel-lhes reservada a palma do martírio! (O NORDESTE, 24/03/1929, p. 06)

O trecho anterior, publicado no periódico cristão por um anônimo, relata as Irmãs como almas benevolentes e caridosas, sem dúvida sobre uma forte influência discursiva dos ideais cristãos presente na folha católica, já que, dificilmente, seria permitido uma visão diferente sobre elas. Mas, Francisco Lima (1988) também dispensa espaço às religiosas, afirmando que não atuaram apenas internamente, mas também realizaram ações para melhorar a vida dos doentes, pedindo ajuda para os leprosos nos meios de comunicação. Além disso, alguns internos relembram como as Irmãs auxiliaram na manutenção espiritual dos doentes, chegando alguns a dizer que o suicídio só não acontecia devido ao trabalho espiritual das Irmãs (JUCÁ, LIMA, 2016).

A vida pessoal dos internos também foi influenciada pelos ideais religiosos, como exemplo temos os casamentos, já que só era permitido a um paciente morar junto com um companheiro dentro da colônia se fosse feito o matrimônio católico. Porém, ocorriam pessoas que desrespeitavam as regras e, muitas vezes, não eram pegas, mas quando eram, sofriam punições na cadeia da instituição. Isso demonstra um controle que as religiosas possuíam sobre a vida dos doentes, porém, em algumas situações, eram mais tolerantes do que fora dos muros: “Tornou-se comum, após o falecimento do primeiro companheiro ou companheira, ocorrer a realização de outro casamento” (JUCÁ; LIMA, 2015, p. 214). Essa postura pode ser explicada devido o contexto de vida dentro da colônia já ser bem delicado para os internos, que tinham sua liberdade privada, então, talvez em uma tentativa de mantê-los mais satisfeitos na instituição e evitar fugas ou revoltas, as Irmãs optaram por ser mais tolerante em alguns aspectos.

Além disso, as missas também eram realizadas com certa constância na capela que existia dentro do leprosário, posto que qualquer ocasião especial era motivo para celebrar uma missa na capela da instituição, que foi edificada junto com o leprosário, em 1928. Nessas

missas, que eram celebradas pelo padre local, os doentes faziam coros de hinos católicos, eram realizadas primeira comunhão de crianças internas e celebrados casamentos entre os doentes (O NORDESTE, 24/AGO/1929, p. 03).

Além do controle que era feito por seus próprios olhos, as Irmãs também faziam parcerias com os internos, nomeando pessoas para ajudar na vigilância aos doentes⁴². (JUCÁ; LIMA, 2015). Dessa forma, é inegável que, além da influência médica, a orientação cristã também foi extremamente importante para o leprosário, como é destacado nos próprios jornais: “Ninguém pode imaginar como ficam satisfeitos os nossos doentes com a visita do medico e com a visita tambem semanal do sacerdote” (O NORDESTE, 29/NOV/1928, p.1).

Assim, assistência médica e religiosa são colocadas com pesos semelhantes nos anos iniciais do funcionamento da instituição, o que demonstra certo interesse católico em sempre se manter à frente dessa causa. Além disso, o fato de Monsenhor Tabosa continuar liderando o combate à lepra também é algo que aponta a influência cristã na instituição e que gerou disputas entre os grupos locais, sobretudo entre católicos e médicos, já que os políticos continuaram na inércia quando o assunto era o combate à lepra, com veremos no próximo tópico.

3.3 O leprosário em funcionamento: problemas, ações, rebeliões e disputas.

Após a inauguração do leprosário, outro problema começa a tomar corpo na imprensa cearense: a manutenção da instituição. Como mostramos no tópico anterior, segundo as fontes oficiais, as autoridades públicas estavam disponibilizando assistência médica e medicamentos para o leprosário, além de uma verba de 24 contos de réis, aprovada ainda durante o governo de Moreira da Rocha. O Coronel Antônio Diogo, que foi o responsável pelo início da edificação, também se propôs a continuar ajudando a mantê-la através da doação mensal de uma quantia, porém apenas enquanto Moreira da Rocha continuasse como presidente do Estado, o que não foi obrigado a fazer, já que quando o leprosário foi inaugurado, já estava na presidência do estado Matos Peixoto. Isso demonstra uma estratégia por parte de Diogo que, por ser um parceiro político de Moreira da Rocha condicionou sua ajuda aos leprosos à manutenção do poder nas mãos de seu aliado, o que reafirma sua ação como longe de ser uma caridade desinteressada, mas sim com objetivos claros. Essa parceria pode inclusive ter

⁴²Esses doentes recebiam uma quantia em dinheiro que era repassada para suas famílias.

influenciado na doação feita por Diogo em 1926 para construir o leprosário, período em que Moreira da Rocha ainda estava na presidência estadual.

A receita recebida mensalmente pelo leprosário era apenas a oriunda do estado, o que se mostrava insuficiente, então a caridade particular continuou a ser necessária para manter os leprosos isolados. Em contrapartida, o número de leprosos só crescia com o passar dos anos, exigindo cada vez mais verba. O primeiro grupo totalizou 44, sendo 35 de Fortaleza e o restante de outras localidades. Rapidamente, esse número foi crescendo, gerando uma superlotação e a necessidade cada vez maior de verbas.

Imediatamente após a inauguração da instituição, a caridade ainda figura através de doações que eram feitas em prol dos leprosos. Essas doações eram publicadas no jornal O Nordeste, que continuava bastante envolvido nesse combate, mas agora contava com dois novos órgãos da imprensa cearense, que também passaram a dispensar considerável espaço para a questão da lepra: o jornal O Povo⁴³ e a revista Ceará Médico, que estava de volta após longo período sem circulação.

O jornal O Povo teve grande envolvimento com a lepra provavelmente devido ao seu fundador Demócrito Rocha⁴⁴, que acabou sendo um dos benfeitores do leprosário⁴⁵. Assim, a doença teve um bom espaço na folha. Já a revista Ceará Médico, órgão do Centro Médico Cearense (CMC), estava voltando a ativa justamente no ano da inauguração do leprosário, ou seja, a doença estava em destaque na sociedade e a revista, por se tratar de um periódico exclusivo para assuntos médicos, também entrou nesse debate, principalmente através dos escritos de Antônio Justa. Agora o jornal O Nordeste não estava mais sozinho, pois existiam dois periódicos que tinham interesses semelhantes nos assuntos sobre a lepra. Além da Ceará Médico, o fato do CMC ter voltado à ativa também será fundamental para esse novo momento de combate à enfermidade.

Foi justamente no jornal O Povo, em abril de 1929, que ocorreu o primeiro alerta mais enfático sobre a situação de penúria no leprosário Antônio Diogo. No artigo que foi escrito por Antônio Justa, o médico relata a existência de 72 internos que necessitam diariamente de alimentação, roupas e remédios, além do gasto com produtos de higiene e limpeza e da remuneração paga aos doentes empregados dentro da instituição. Todas essas despesas

⁴³O jornal O Povo foi um periódico cearense fundado em 1928 por Demócrito Rocha e acabou possuindo uma boa circulação no Ceará.

⁴⁴Demócrito Rocha foi um político, poeta e jornalista cearense. Integrou a Academia Cearense de Letras e o Instituto do Ceará.

⁴⁵Os próprios leprosos falavam de Demócrito Rocha agradecendo a ajuda que dispensava a eles. (OPOVO, 11/JUL/1930, p.02).

estavam tornando a situação dos leprosos muito difícil, levando a instituição a uma situação que estava beirando a penúria e a “meia fome”. (O POVO, 06/ABR/1929, p.3)

Justa complementa que esse problema é agravado devido às dificuldades que as doações em produtos feitas em Fortaleza encontram para chegar ao leprosário devido ao pagamento do frete, que é integral e sem nenhum tipo de abatimento para facilitar a entrega, o que faz muitas doações serem perdidas, já que além do gasto com os produtos a serem doados, ainda existe o ônus com o frete.

Além do problema da alimentação, Justa relata também a questão da água, que continuava sem solução definitiva, gerando dificuldades no abastecimento constantemente, o que prejudicava a higiene e o recebimento de mais doentes. O médico também alerta para a assistência médica, afirmando que estava enfrentando problemas em executá-la, devido ao fato que o transporte fornecido pela Rede de Viação Cearense (R.V.C) foi interrompido, obrigando o médico a ir em trens comuns para a instituição, causando dificuldades nas visitas.

Justa relembra que o leprosário só contava com 24 contos de réis anuais, vindos do governo estadual e que os fundos da caridade estavam esgotados. Segundo o médico, a receita era insuficiente, posto que o leprosário precisava anualmente de mais de 70 contos de réis. Cobrando as autoridades públicas por mais ação, Justa relembra que a construção do leprosário é de mérito privado e que é preciso mais empenho do governo federal, estadual e municipal para manter tal obra em funcionamento. O médico conclui afirmando que se nada fosse feito, os leprosos voltariam a viver entre os sãos na capital:

E horrorizamo-nos em pensar o que será o proximo êxodo, a trágica caravana dos leprosos de Canafistula para Fortaleza, a tragédia que se virá desdobrando nos longos 80 kilometros a serem palmilhados pela malta de estropiados e debilitados, em sua macabra procissão, disseminando o mal à sua passagem, com os seus diversos excretos (O POVO, 06/ABR/1929, p.3).

Percebemos novamente a presença do discurso do medo, agora não sendo oriundo de vozes religiosas, mas sim do médico responsável pela colônia, considerado uma autoridade no assunto⁴⁶. É interessante perceber que Justa, embora acreditasse em uma baixa contagiosidade da lepra e fosse a favor até mesmo de um isolamento transitório, como discorremos no tópico anterior, não deixa de utilizar um discurso amedrontador para se referir aos leprosos. Essa postura pode ter funcionado com estratégia do clínico para motivar mais atitudes públicas e

⁴⁶Ao introduzir o artigo de Justa, o jornal O Povo o faz da seguinte forma: “O ilustrado e humanitário clinico cearense dr. Antonio Justa, medico da Leprosaria de Canafistula, [...], acaba de lançar pela um brado de socorro [...]” (O POVO, 06/ABR/1929, p.3).

privadas, posto que o medo funcionava como um incentivador de ações e o objetivo do artigo escrito naquele momento não era esclarecer medicamente a lepra, mas encontrar meios de manter a instituição funcionando, o que ele sempre considerou importante, sobretudo para os doentes que não possuíam condições de se manter sozinhos e/ou aqueles em estágio contagiante.

A publicação de Justa gerou uma intensa movimentação na sociedade em geral, mas o posicionamento do CMC perante isso merece destaque. Menos de 10 dias após a referida publicação, no dia 12 de abril de 1929, o CMC faz uma reunião com a intenção de debater os problemas do leprosário. Mesmo Antônio Justa estando presente na reunião, Carvalho Lima⁴⁷ levou a proposta de uma participação maior do CMC no leprosário que incluía: abertura de subscrição pública em favor do leprosário, iniciada por uma doação do CMC; comissão para negociar o transporte do médico pela Rede de Viação Cearense (RVC); comissão para pedir ao governo estadual o aumento da subscrição de 24 contos de réis anuais para 72 contos anuais; e envio de telégrafo ao presidente da república e aos deputados com pedidos que visassem à melhora do leprosário. A proposta foi aprovada sem ressalvas e a comissão composta pelos médicos Carvalho Lima, Elieser Studart, Antônio Justa e Demosthenes de Carvalho ficou responsável por colocar em prática os pontos destacados na proposta (CENTRO MÉDICO CEARENSE, 1929).

No período em tela, a comissão “Pró-leprosário”, montada para organizar a construção da *leprosaria* também havia ficado responsável por buscar meios para manter a instituição e fez algumas ações, como a construção de alpendres para manter o local em funcionamento integral mesmo em dias de chuva. O chefe dessa comissão era Monsenhor Tabosa e, inicialmente, manteve-se em silêncio, mas, quando ocorreu a reunião do CMC, que é divulgada na imprensa, inclusive no jornal O Nordeste (O NORDESTE, 14/ABR;1929, p. 09), Tabosa lança alguns esclarecimentos no periódico: “Mons. Tabosa deu-nos a sua palavra sobre, garantindo nos de antemão que, no Leprosario de Canafistula, os leprosos jamais passaram fome. Pediu-nos adiantássemos que, embora esteja as cousas marchando bem, [...], é preciso que as almas caridosas não arrefeçam [...]” (O NORDESTE, 17/ABR/1929, p.1)

Mesmo sem a cobrança de Justa ter sido direcionada a ele e sim aos poderes públicos, o religioso sentiu necessidade de esclarecer a problemática levantada, o que pode ser explicado provavelmente por não desejar que a Igreja Católica, responsável pela instituição,

⁴⁷Carvalho Lima foi um farmacêutico que iniciou a faculdade de Medicina, embora não tenha concluído, participou ativamente do CMC. Além disso, foi redator do Jornal A Razão, que dispensou alguma atenção à lepra.

tivesse seu nome ligado a um local no qual os doentes passavam fome. Sem dúvida uma referência como essa acarretaria prejuízos aos católicos, que queriam manter entre suas características principais a caridade com aqueles que mais sofrem. Porém, se o motivo era esse, porque Tabosa só se pronunciou mais de 10 dias após o relato de Justa vir a público? Essa questão pode ser respondida devido ao súbito interesse que o CMC demonstrou no leprosário, já que logo após o jornal O Nordeste noticiar a reunião da associação, Tabosa começou a vir a público esclarecer a situação atual da *leprosaria*, ou seja, o religioso poderia imaginar que o alerta de Justa não receberia atenção e poderia cair no esquecimento, mas com a ação do CMC isso não aconteceu e o religioso poderia não desejar a interferência do órgão na instituição, já que isso significaria a perda da liderança católica. O desenrolar dessa situação ficou conhecido através das atas do CMC e dos jornais, que corroboram com essa hipótese.

Em 20 de abril de 1929, Monsenhor Tabosa é entrevistado pelo jornal O Nordeste para esclarecer a situação da *leprosaria*. Na introdução da entrevista é perceptível certo descontentamento da folha católica com a publicação feita por Justa: “Está no domínio publico a suposição de que os leproso de Canafistula passam fome. Esta versão chegou a tomar fôros de verdade, não felizmente na opinião publica, mas em alguns espíritos que se deixam levar facilmente por qualquer noticia sem pesar os prós e os contras” (O NORDESTE, 20/ABR/1929, p. 5). A reportagem continua afirmando que o leprosário está sob os cuidados de “homens caridosos e bastante interessados pela sorte dos leproso” e que seria justo ouvi-los antes de publicar uma informação tão grave. Para esclarecer essa situação, Monsenhor Tabosa é escolhido como o representante da comissão “Pró-leprosário”, o que não pode ser visto como coincidência, afinal era o presidente e a figura católica da instituição, então seria preferível e estrategicamente mais válido para a folha católica divulgar a opinião dele.

As palavras de Monsenhor Tabosa são mais contidas e sem ressentimento sobre o escrito de Justa, na verdade o religioso faz elogios ao médico, o que possivelmente pode ter figurado como uma estratégia para manter a sua imagem de homem bom e benevolente, mesmo em uma circunstância tão delicada. Mas, para demonstrar a insatisfação, a introdução da entrevista foi escrita com bastante incômodo, ou seja, enquanto mantinha a personalidade de Tabosa intacta, a chamada da entrevista fazia críticas ao responsável pela denúncia, o que deveria ser a opinião de todo o corpo cristão, inclusive Tabosa, mas que não poderia ser mostrada para manter sua boa imagem. Essas críticas também podem ter sido potencializadas pelo fato de Justo ser declaradamente ateu, o que, sem dúvida, deveria causar certo incômodo entre os católicos (A RAZÃO, 28/JUL/1929, p. 08).

Na entrevista, Tabosa esclarece não existir regime de fome no leprosário, pois os itens básicos existem em abundância e sobre a água, afirma que é um problema que está sendo resolvido com soluções paliativas enquanto não é solucionado definitivamente. Também reforça a necessidade de maior auxílio dos órgãos públicos e privados e afirma que, embora o alarma seja um boato, acabou por motivar o retorno de ações caritativas, já que: “Deus costuma tirar sempre um bem de todo o mal”. Por fim, Tabosa afirma que a comissão jamais deixaria os leprosos passarem por uma situação de penúria e, caso ela existisse, seriam os primeiros a bradar por ajuda pública e privada. Assim, Tabosa reitera que a situação do leprosário não é motivo para tanto alarma e agradece a preocupação do CMC em intervir junto ao presidente do estado a favor do aumento da subvenção anual do leprosário, que foi atendido, passando agora a instituição a contar com 72 contos de réis anuais (O NORDESTE, 20/ABR/1929, p. 8).

Na ata de reunião do CMC, que ocorreu no dia 10 de maio de 1929, é anunciada a conquista do aumento da subscrição pública do leprosário, o que provavelmente motivou os sócios a desejarem ficar mais à frente da instituição. Dessa forma, o CMC se disponibiliza a dirigir o leprosário tendo como justificativa para tal ato o fato da instituição não possuir uma personalidade jurídica, já que tem a frente um grupo de pessoas motivadas apenas pela caridade (CENTRO MÉDICO CEARENSE, 1929).

Com a proposta aprovada, Fernandes Távora, presidente atual do CMC, fica responsável por conversar com os membros da comissão “Pró-leprosário” a fim de entrarem em um acordo sobre os rumos da direção da instituição. Segundo o relato do médico publicado na ata do dia 24 de maio de 1929, a conversa não parece ter sido das mais agradáveis, já que Távora afirma que, mesmo argumentando a Tabosa que a questão moral da instituição continuaria a cargo da comissão “Pró-leprosário”, a ideia do CMC ficar a frente da direção da instituição não foi bem aceita e o religioso apenas informou que estava tomando as providências para garantir a personalidade jurídica ao leprosário e que: “Deante disso resolvera nada mais adiantar sobre o assumpto, crente como estava de que em breve teriam desaparecido os motivos que levaram o Centro Medico a voltar suas vistas para o Leprosario Antonio Diogo” (CENTRO MÉDICO CEARENSE, 1929).

Os membros do CMC resolveram depositar em uma conta em favor da instituição às quantias arrecadadas com suas campanhas e deliberam que só se envolveriam no assunto do leprosário caso fossem consultados. Monsenhor Tabosa funda a Associação Promotora e Mantedora do Leprosário Antônio Diogo com personalidade jurídica, que era justamente o desejo que havia sido expresso pelo CMC e também um dos motivos do órgão ter se

interessado pelo combate à lepra. Os membros escolhidos pela associação foram os seguintes: Monsenhor Tabosa Braga como presidente, Coronel Antonio Diogo de Siqueira como vice, dr. Alonso Moreira como 1º secretário, dr. Antonio Justa como 2º secretário e Luis de Moraes Correia como tesoureiro. Os drs. Fernandes Tavora, Cesar Cals e Pedro Sampaio ficaram como membros do conselho (O NORDESTE, 26/JUL/1929, p.8).

É interessante perceber que Monsenhor Tabosa fez de tudo para não perder a liderança do leprosário e se opôs fortemente ao pedido do CMC de administrar a instituição. Como já abordamos anteriormente, liderar o combate à lepra no Ceará trazia vantagens para a Igreja Católica, afinal a caridade garantia posição de destaque para a instituição, o que sem dúvida motivou o interesse de Monsenhor Tabosa em não apoiar a proposição do CMC. Além disso, até a vaidade também pode ter funcionado com motivadora para essa ação, pois a comissão poderia entender que toda atuação em torno do leprosário desde o processo de construção até a inauguração era um mérito deles e agora um grupo queria se envolver no combate à lepra quando eles já tinham feito tanta coisa, ou seja, poderiam acreditar que o CMC colheria os frutos de um trabalho realizado por eles, já que ganhariam destaque e prestígio na sociedade com a administração do leprosário.

O fato é que mesmo um órgão composto por médicos se oferecendo para administrar a instituição, o que seria uma vantagem para o leprosário, já que os clínicos poderiam contribuir com pesquisas sobre a lepra e assistência médica mais constante na instituição, Tabosa encontrou meios para que isso não acontecesse, criando a citada associação com personalidade jurídica. É interessante destacar que o religioso não quis se indispor totalmente com os médicos, já que chamou Antônio Justa, Fernandes Távora e outros membros do CMC para participar da associação em cargos menores. O jornal O Nordeste também colocou em suas páginas elogios a Antônio Justa, possivelmente como uma forma de minimizar as críticas veladas feitas pelo periódico a figura do clínico, afinal ele era o médico da instituição e não seria bem visto caso Justa resolvesse cessar a assistência que dava ao local por algum tipo de desabono com os católicos.

O apelo do dr. Antonio Justa, com assento nos mais dignos motivos íntimos de generosidade, tomou nas apreciações dessa imprensa malavisada e prevenida, as proporções de um escandalo, no objectivado proposito de colocar mal os que se têm votado a direcção do Leprosário. [...]. Elle [Monsenhor Tabosa] não condemnou o brado de alarma do dr. Justa, a cuja dedicação teceu merecidos louvores [...]. (O NORDESTE, 23/ABR/1929, p.5).

Ou seja, a folha buscou colocar o motivo da repercussão negativa da matéria de Justa na interpretação da imprensa, isentando a culpa do médico, ao afirmar que ele teve as melhores intenções. Nesse mesmo artigo também são feitos elogios à atuação do CMC, talvez como uma tentativa de amenizar os atritos causados pela desaprovação da proposta do órgão.

Com o CMC atento para o combate à lepra é perceptível que Monsenhor Tabosa, como presidente da associação, passou a dar uma maior satisfação sobre os assuntos referentes à doença, publicando constantemente no jornal *O Nordeste* o que o leprosário precisava, o que estava sendo feito, a prestação de contas da instituição e apelos à caridade e aos poderes públicos. Dentre os problemas temos a água, a carência de um refeitório e de uma enfermaria, a melhoria na lavagem de roupas e a necessidade de luz elétrica. Porém, a associação sempre afirma que, mesmo com as dificuldades, a instituição está se mantendo bem: “O animo geral dos enfermos é muito bom. Não existem, por ora, motivos para lamentações. Ligeiros dissabores que apareçam logo se desfazem com os bons conselhos das Irmãs. Os doentes, geralmente, demonstram verdadeiro amor á ordem” (*O NORDESTE*, 14/MAIO/1929, p. 4).

Tudo isso passou a dar mais visibilidade para a lepra novamente, gerando uma intensa rede caritativa que era perceptível na imprensa. Antes do alerta de Justa e de toda a repercussão em torno dele, o assunto do leprosário estava começando a declinar e as doações já não eram mais tão constantes, depois, a população passou a se movimentar novamente, realizando chás elegantes, festivais e todo tipo de evento com intuito de arrecadar dinheiro para a instituição, afinal ninguém queria a temida volta dos leprosos que foi descrita por Antônio Justa. Essa não foi a única vez que isso aconteceu, ou seja, na história da lepra no Ceará, frequentemente foi preciso um alerta causando medo na população para gerar ações caritativas. Talvez por esse motivo foram frequentes nos jornais matérias com esse tom amedrontador e, ao mesmo tempo, caritativo.

Em meio ao contexto descrito anteriormente, Demosthenes de Carvalho, diretor do SSR, veio a óbito, sendo escolhido como seu substituto Samuel Uchôa⁴⁸. O médico, logo que assumiu essa chefia, já demonstrou interesse na lepra, talvez motivado pelas ressonâncias geradas pelo apelo de Justa, que continuava causando movimentações na sociedade e também por sua formação sanitaria, o que contribuía para um pensamento com o intuito de cessar a proliferação da lepra. Samuel Uchôa fez visitas ao leprosário, dispensando muitos elogios a “Associação Promotora e Mantedora do Leprosário Antônio Diogo”, a assistência médica e ao

⁴⁸Samuel Uchoa foi um importante sanitaria brasileiro que deu sua contribuição à saúde cearense, dispensando bastante atenção ao combate à lepra. Também teve atuação de destaque no SSR do Amazonas (1921-1927).

trabalho das Irmãs, o que foi destacado nas páginas do jornal O Nordeste, que fez questão de reforçar o nome de Monsenhor Tabosa com a clara intenção de valorização da Igreja Católica e de reafirmar que o leprosário estava em boas mãos, já que o alerta de Justa estremeceu a credibilidade dos envolvidos (O NORDESTE, 15/SET/1929, p. 01).

Para colaborar com o combate à lepra, Uchôa resolve edificar uma creche para os filhos dos leprosos. Inicialmente tentou edificar a instituição em Fortaleza, mas encontrou uma grande resistência, devido ao medo da população de ficar perto dessas crianças, por isso resolveu edificar em região próxima à colônia Antônio Diogo (O POVO, 06/MAI/1931, p. 05). Após esse anúncio, o combate à lepra ganhou um novo ânimo, continuando sendo tratado como assunto de destaque.

É interessante perceber a relação entre a caridade e a política representada pelo ato de Uchôa que, mesmo estando à frente de um órgão de saúde pública, invés de fazer a construção da creche apenas com verbas públicas, resolve contar também com a caridade (O NORDESTE, 16/OUT/1929, p. 01), o que demonstra, mais uma vez, o quanto ações caritativas foram fundamentais para o combate à doença e como qualquer ação em torno da enfermidade, até mesmo uma vinda dos poderes públicos, não é exclusivamente desenvolvida financeiramente por eles.

A mensagem do presidente do estado Matos Peixoto referente ao ano de 1930 não aborda a construção da creche, mas relata que será edificado quatro novos pavilhões no leprosário com gastos calculados de mais de 20 contos de réis e relembra também o problema da água, que continuava sem solução (PEIXOTO, 1930).

Com a notícia tomando corpo na imprensa cearense, as doações aumentam motivadas também pelo período de natal. Essa reação é uma constante na história da lepra, pois próximo às festas cristãs, como natal e semana santa, a caridade aumenta consideravelmente e os leprosos, atentos a isso, escrevem aos jornais locais, sobretudo jornal O Nordeste e O Povo que, como já pontuamos, que se demonstravam mais abertos para esse problema: “Sabemos, temos plena certeza, que não nos tornamos aborrecidos (pois temos a prova quando fazemos qualquer pedido) e, baseados nesta verdade pedimos ás almas caridosas que se compadecem de nosso desterro, imploramos humildemente o nosso jejum para a semana Santa” (O POVO, 04/ABR/1930, p. 05).

Em maio de 1930 ocorreu a inauguração da creche dos filhos dos leprosos, tomando grande espaço nas páginas dos jornais locais. Junto com a creche foi também inaugurado quatro novos pavilhões: dispensário do médico, nova cozinha, refeitório para homens, refeitório para mulheres (antiga cozinha reformada) e um cassino, que foi criado com a

intenção de dar algum tipo de diversão aos doentes, já que no local continha jogos, revistas, jornais, livros e discos. Durante a solenidade que contou com a presença de médicos, jornalistas, religiosos e políticos, Samuel Uchôa afirmou que conseguirá resolver o problema do abastecimento da água junto com o presidente do estado e compartilhou o seu desejo de construir na leprosaria um cinema para melhorar a vida dos internos. O chefe do SSR também teceu elogios aos envolvidos no combate à lepra, assim como recebeu muitos por sua ação de edificar a creche para os filhos dos lázaros, que já contava com verbas estaduais e municipais garantidas.

Apesar disso, o jornal O Nordeste não deixa de citar a função da caridade para a instituição: “Na construção da creche foi despendida da importancia de 39 contos sendo 12 contos da venda de um automóvel da Repartição do Saneamento, 5 contos do governo e 22 contos de subscrição de particulares” (O NORDESTE, 30/MAI/1930, p. 05). De certa forma, a lepra passa a figurar como um interesse dos órgãos públicos estaduais, sobretudo aqueles responsáveis pela organização da saúde pública, já que, após o início da chefia de Samuel Uchôa, mesmo que a caridade continuasse sendo fundamental, a ação pública aumentou consideravelmente, já que menos de um ano após ser nomeado chefe do SSR, Samuel Uchôa inaugurou uma creche e quatro novos pavilhões, além de demonstrar interesse em realizar novas ações.

O interesse das autoridades estaduais já estava se fazendo presente no final da década de 20, mas no início da década de 1930 novas mudanças começam a ser perceptíveis. O Brasil começou a sofrer com as disputas pelo poder presidencial, devido ao fim da política do “café com leite”, na qual São Paulo e Minas Gerais alternavam o comando central do país. As eleições presidenciais tiveram a disputa de Getúlio Vargas, apoiado pela política mineira e Júlio Prestes, então presidente do estado de São Paulo. Mesmo Júlio Prestes tendo a vitória na eleição, ocorreu um golpe de estado, que depôs o então presidente Washington Luís e impediu a posse de Prestes, levando Getúlio Vargas ao poder central. Com isso, teve início a conhecida Era Vargas que durou de 1930 a 1945, tendo a sua primeira fase ficado conhecida como Governo Provisório (1930-1934).

Com a chegada de Vargas ao poder, ocorreu a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em substituição ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920. Porém, pouca coisa realmente se alterou já que o MESP não teve objetivos definidos, tornando sua estrutura administrativa desorganizada e sem linhas de ação. Apesar de ter sofrido inúmeras modificações durante o Governo Provisório, nenhuma alterou

realmente o órgão, que acabou ficando em alguns momentos com as atividades generalizadas. (HOCHMAN, 2005, p. 130).

Apesar das poucas mudanças nos órgãos de saúde pública, a chegada de Vargas ao poder trouxe importantes modificações para o Ceará, posto que a instabilidade política inicial levou a saída de Matos Peixoto da chefia do Estado, ficando Fernandes Távora em seu lugar interinamente. Com a criação do cargo de interventor do estado, Fernandes Távora foi nomeado. Nesse momento é possível perceber novamente uma aproximação entre os médicos e os cargos políticos, posto que Fernandes Távora era médico e atuava ativamente no CMC, mas conseguiu o cargo de interventor, atuando ativamente na política cearense. Em menores proporções, Demosthenes de Carvalho, Samuel Uchôa e César Cals também tiveram essa aproximação.

Na interventoria de Fernandes Távora o SSR foi extinto, tendo sido fundado o Serviço Sanitário do Estado (SSE), sob a direção de Antônio Justa. O SSE teve uma maior concentração das ações médicas e sanitárias em um só órgão, já que a Diretoria de Higiene foi extinta e os serviços da polícia sanitária, da profilaxia de febre amarela, do dispensário Oswaldo Cruz e o do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (SPLDV) também estariam sob sua responsabilidade. Além disso, a produção e distribuição de medicamentos aos leprosos também seria uma entre suas atribuições. (LIMA, 2007)

Apesar da mudança de nomenclatura, o SSE continuava exercendo funções bem semelhantes às do extinto SSR, só que agora tendo a chefia de Antônio Justa, que já tinha um prévio envolvimento com relação à lepra. A chegada de Antônio Justa a um cargo de liderança na saúde pública é marcada pela manutenção das polêmicas relacionadas a doença, posto que o médico continuou denunciando os problemas da colônia, como por exemplo, em um memorial destinado a Fernandes Távora que, mesmo sendo próximo de Justa devido ao CMC, não deixou de receber críticas e sugestões por parte do clínico.

Nesse memorial, o médico inicia lamentando a extinção do Serviço de Saneamento Rural, que desestabilizou a situação da lepra no Ceará e parte para especificar os problemas que incluíam a água, já que, embora Samuel Uchôa tenha afirmado a época da inauguração da creche que resolveria essa questão, nada foi solucionado, pois as alterações políticas aconteceram e o atual governo não deu continuidade à obra. A lotação da instituição também era algo que inquietava Antônio Justa, pois o número de internos aumentava e, em contrapartida, o investimento não crescia. Justa afirma que o local contava atualmente com mais de 220 pessoas, mas que em breve esse número irá passar de 250. Sobre a receita do

leprosário, o médico afirma que era insuficiente para alimentar, calçar, vestir os leprosos e manter os itens necessários na instituição em funcionamento (O POVO, 06/MAI/1931, p. 05).

A creche também é outro assunto tratado, já que o médico afirma a existência de um problema em torno do funcionamento daquela instituição. Inicialmente a creche era mista, recebendo crianças dos dois sexos e as religiosas não fizeram objeções a isso. Mas, a autoridade diocesana determinou a retirada de crianças do sexo masculino da 2ª infância por questões relacionadas à moral. Com isso, alguns leprosos, sem alternativa, começam a deixar a instituição, já que seus filhos não possuíam mais lugar para viver. (O POVO, 06/MAI/1931, p. 05 e 08).

É perceptível o quanto a Igreja Católica tinha influência na instituição, já que consegue, baseado em justificativas morais, retirar crianças da creche, fazendo com que seus pais, sem ter onde deixar os filhos, saiam da leprosaria. Isso preocupa Justa, que acredita que situações como essas serão recorrentes, proporcionando a volta do leproso à capital. É importante destacar que o médico volta a tocar na importância da medicação chaulmoogra, afirmando que ainda está muito longe de ser a ideal para o tratamento da lepra, mas é fundamental que seja utilizada. Justa finaliza o memorial fazendo um apelo para Fernandes Távora e, ao mesmo tempo, para a população em geral através de um discurso do medo, ao afirmar que os 200 leprosos virão à capital se somar aos 143 que residem em Fortaleza atualmente no que ele chama de “Horrendo Êxodo” (O POVO, 06/MAI/1931, p. 05 e 08).

Assim como aconteceu em 1929, a denúncia de Justa teve repercussão na sociedade, batendo de frente mais uma vez com os ideais cristãos, já que Tabosa ainda continuava liderando a “Associação Promotora e Mantedora do Leprosário Antônio Diogo”, mas gerando ações por todos os lados, o que fez com que a nova obra de melhoria que foi iniciada por Samuel Uchôa antes da sua saída do SSR fosse logo finalizada com a inauguração de um novo pavilhão, duas novas enfermarias e novos banheiros (JUSTA, 1931).

A instabilidade política no Ceará acabou causando mais uma mudança, o que, de certo modo, direcionou as críticas de Justa especificamente aos responsáveis pela saúde pública, já que Fernandes Távora foi retirado do poder, sendo escolhido como novo interventor o militar Carneiro de Mendonça, ocasionando, em dezembro de 1931, a exoneração de Justa do seu cargo no Serviço Sanitário do Estado, devido à chegada do sanitarista Amílcar Barca Pellon, que foi mandado do Rio de Janeiro para chefiar o referido serviço no Ceará.

Justa não se demonstrou muito satisfeito com o trabalho que começou a ser desenvolvido por Pellon no Ceará e fez críticas ao sanitarista. Em julho de 1932, Justa se afastou oficialmente dos serviços relacionados à lepra, deixando inclusive de visitar os

doentes na leprosnria. Segundo o clnico, essa deciso foi tomada devido à falta de ateno que Pellon passou a dar para o combate a enfermidade, tendo inclusive suspenso o envio de medicao a instituio, que era a principal crtica do mdico:

Assim foi at 9 de julho de 1932, data em que fiz a minha ultima visita de Assistencia Medica á Leprosaria. Tinha sido definitivamente suspenso, o fornecimento de medicamentos à Gafaria (Oficio do Diretor da Diretoria de Saude Publica de 8 de Julho de 1932) cessando de tal sorte a injerencia officiosa que durante 4 anos, mantiveramos sem interrupao. (JUSTA, 1933a, p.127-128)

É preciso destacar que todo esse descontentamento com Pellon pode ter sido motivado pelo sanitarista ter sido seu substituto, o que pode ter causado um aborrecimento por parte de Justa. Dessa forma, as crticas sobre o combate à lepra oriundas do discurso de Justa, a partir de agora, estavam direcionadas principalmente a Pellon, ou seja, ao governo estadual. Mesmo o mdico já considerando que a manuteno do leprosnrio só seria satisfatria quando o poder pblico federal, estadual e municipal se unisse para resolver o problema, esse desejo se tornava cada vez mais distante e as motivaes pessoais foram somadas a esse contexto, direcionando as crticas quase que exclusivamente ao poder estadual.

No final de 1932, o SSE é extinto, sendo fundada a Diretoria de Saúde Pública, que continuava comandada por Barca Pellon. O sanitarista fez uma série de alteraes na saúde pública que ficaram conhecidas como “Reforma Pellon”, dentre elas, um sistema de diviso distrital, no qual cidades e municpios foram divididos em distritos sanitrios chefiados por uma administrao central e a criao de um sistema de vigilncia epidemiológica, de inspeo mdico-escolar e de vacinao permanente contra a varíola e outras doenas. (GARCIA, 2011).

Mesmo com as diversas reformas empreendidas por Pellon que movimentaram a saúde pública no Ceará, Justa não se mostrava satisfeito e afirmava que a lepra continuava sem a ateno dos poderes pblicos, pontuando que o problema da água ainda não havia sido solucionado e que as medicaes continuavam irregulares. As crticas também se direcionaram para “Associao Promotora e Mantedora do Leprosrio Antnio Diogo”, afirmando que, como um grupo, o órgão só fez estatutos e que a ao dela se refere a interferncias individuais de pessoas como Tabosa, Demosthenes de Carvalho e Samuel Uchoa, que não devem ser esquecidos como grandes nomes do combate à lepra, mas que uma ao coletiva, enquanto associao traria mais benefcios para a doena, principalmente se ocorresse à regularizao do auxlio governamental (JUSTA, 1933b).

Com o aumento das críticas, o interventor Carneiro de Mendonça começou a marcar reuniões da associação responsável pelo leprosário com o diretor da saúde pública Pellon em uma tentativa de minimizar os problemas que eram motivados pelo discurso de Justa. Nessas reuniões Pellon fez parcerias com a associação responsável pela instituição e ainda afirmou que a receita do leprosário era maior que a divulgada (O NORDESTE, 28/SET/1932, p.1; O NORDESTE, 09/AGO/1932, p. 1.). Justa rebate as alegações, destacando que a receita é maior, mas que o número de assistidos também, posto que o valor é usado na creche e na leprosaria (JUSTA, 1933b).

É perceptível novamente um quadro de disputa entre os grupos cearense, agora, principalmente entre médicos, que eram representados por Justa, e políticos, sobretudo Pellon e Carneiro de Mendonça, que se encontravam em uma situação difícil devido a credibilidade que Justa possuía no meio cearense, o que gerava apoios, sobretudo do periódico A Rua. Talvez como uma estratégia para manter Justa contido, Pellon fez um convite ao CMC, do qual o médico fazia parte, para a elaboração de um relatório sobre o problema da lepra no Ceará. No documento, as conclusões são semelhantes às feitas por Justa: a necessidade da solução do problema da água e da instalação de luz elétrica; a importância da medicação e do auxílio federal, estadual e municipal para a manutenção da instituição e a: “Organização ou reorganização de um corpo administrativo de existência real, ou comissão mantedora e de um Comitê feminino Pro Leprosario” (JUSTA, 1934a, p. 19). Justa, nesse momento, também fez uma leve crítica a “Associação Mantedora do Leprosário”, que estava perdendo cada vez mais credibilidade entre o corpo médico.

Além disso, em janeiro de 1934, Pellon também nomeia Justa para um novo cargo no combate à lepra, o que gera pedidos de esclarecimentos por parte do médico através de correspondências que foram trocadas com Pellon. Em anexo, Justa coloca todas as cartas trocadas com Pellon, trazendo a público todo diálogo que mantiveram, mas só faz isso dois anos depois, período que o sanitarista não estava mais à frente da saúde pública cearense, provavelmente como uma forma de resguardar-se diante da autoridade política. Assim, mesmo aceitando o cargo, faz uma série de ponderações, sobretudo com relação à situação da leprosaria e a indicação feita por Pellon de que fosse seguido o disposto no Regulamento Sanitário de 1923, pois o médico considerava impossível. Justa recebeu, em partes, o apoio de Pellon quanto a isso. O sanitarista também se compromete a dar toda a medicação necessária e os subsídios para as viagens de Justa à colônia.

Com a volta de Justa aos serviços da lepra em 1934, a situação de assistência médica é restabelecida, o que ajuda em uma diminuição temporária das críticas. Mas, a nível nacional,

esse ano marca o início o Governo Constitucional Varguista e a liderança de Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública, o que leva a substituição de Carneiro de Mendonça e de Pellon de suas funções no Ceará, mas mantém a Diretoria de Saúde com a mesma estrutura até 1939 (GADELHA, 2012), tendo à frente Leorne Menescal e posteriormente João Otávio Lobo.

No que se refere à lepra, a chegada de Capanema marcou um interesse maior das autoridades federais nos assuntos relacionados à doença, devido à criação do Plano Nacional de combate à lepra, em 1935. Mas, inicialmente, esse plano não conseguiu atingir o Ceará, o que vai acontecer mais incisivamente na década de 40, que será abordada no próximo capítulo (CUNHA, 2006).

Dessa forma, O Ceará manteve a mesma estrutura no combate à lepra e Justa continuou sua atuação, publicando na Ceará Médico os relatórios feitos para a diretoria de saúde pública e neles são perceptíveis o seu desejo de ver o leprosário funcionando com uma ação pública mais constante: “Sem o concurso dos poderes constituídos (Federal, Estadual e Municipal) e dos particulares, já temos escrito, e nunca será excessivo repetir, nada de proveitoso se conseguirá na campanha contra a Lepra” (JUSTA, 1936b, p. 09).

Mesmo com a volta de Justa, a situação não estava se tornando estável na instituição, afinal existiam outros problemas cotidianos no interior do local que não seriam resolvidos apenas com o retorno do auxílio médico aos doentes, o que ocasionou uma rebelião no ano de 1936. A ocorrência dessa rebelião pareceu confirmar os alertas que foram dados por Justa durante todos os anos. Em relatório publicado na Ceará médico, Justa relata os problemas que a instituição passava como a escassez de água, falta de energia elétrica, superlotação, alimentação rústica e poucas diversões e relaciona esses problemas com a insatisfação dos leprosos com a administração das Irmãs que acabaram por serem consideradas pelos internos as culpadas pela situação que os leprosos viviam. Justa transcreve uma carta direcionada ao arcebispo D. Manuel por treze internos, na qual os doentes pedem a substituição das Irmãs, alegando autoritarismo e fome.

Pelo relato de Justa, a rebelião foi motivada pelo descontentamento de treze internos com o trabalho exercido pelas Irmãs, o que ocasionou uma: “(...) grande assoada no Refeitório, revirando os bancos e entornando os depósitos de alimentos, tendo até ameaçado invadir o prédio da administração” (JUSTA, 1937, p. 33). As Irmãs, com o auxílio da polícia, conseguiram deter os líderes do movimento na cadeia existente na leprosaria e Justa, após receber o apelo das Irmãs, foi até o local e determinou que os insatisfeitos deveriam ficar detidos na própria residência ou se retirar da leprosaria, ocasionando a saída de treze internos

da instituição. A saída dos leprosos do local por uma espécie de expulsão causou alvoroço na sociedade, pois se até as fugas, que não estavam no controle da administração causava notícias na imprensa, imagine algo que teve o consentimento e foi, inclusive, impulsionado pelo médico, mas Justa pondera:

Quanto ao caso destes ficarem soltos pelos centros povoados, compete ao diretor de Higiene providenciar sobre o assunto e recolhe-los em lugar seguro e adaptado. Julgo, também, que isso não é motivo para muito medo, porquanto esses trezes vêm apenas aumentar a lista dos 150 que conheço e andam soltos á perambular pelas ruas de Fortaleza (A RAZÃO, 11/JUL/1936, p.05).

Essa postura de Justa demonstra uma forma de fazer mais um alerta para a situação da lepra, pois afirmou que não era só treze leprosos no centro urbano, se tratavam de mais de 150. Provavelmente a intenção foi motivar o medo, para trazer ações. Ainda na Ceará Médico, o clínico salienta que menos de 15 dias após a expulsão, os leprosos pediram para retornar à instituição, o que foi aceito pelas Irmãs, normalizando a situação no leprosário. A volta dos expulsos à instituição também é perceptível através dos prontuários.

Sobre a denúncia feita pelos leprosos de existir fome no leprosário, Justa afirma ao jornal O Nordeste que isso não ocorre na instituição (O NORDESTE, 10/06/1936, p.2). É interessante perceber a mudança de discurso de Justa que, por vezes, veio a público denunciar a fome na instituição, mas agora nega sua existência. Os motivos dessa alteração podem ser explicados tanto por mudanças que acabaram com a fome no local ou que, devido a sua atuação mais constante à frente do combate à lepra na saúde pública, Justa não quis expor tal situação, pois, afinal prejudicaria seu nome. Também não podemos descartar a possibilidade da situação de fome nunca ter existido no leprosário e do médico ter utilizado esse discurso para causar medo e motivar ações. Dessa forma, a rebelião funcionou como mais um ponto a ser somado entre os inúmeros problemas que sofria a instituição.

Outra mudança importante é a ação do CMC, que passou a demonstrar maior interesse novamente no combate à lepra, tendo inclusive arrecadado muitos donativos para a manutenção do leprosário e cobrado a criação de uma comissão mais eficiente para organizar o funcionamento da instituição. Essa postura do CMC demonstra que eles estavam insatisfeitos com o trabalho realizado pela “Associação Mantedora do Leprosário”, algo que agora que também foi observado nos escritos de Justa.

Esse desejo vai se concretizar ainda em 1936, através da criação da Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, mas antes de adentrarmos na

fundação da referida sociedade, é importante salientar como estava à ação da Igreja Católica nesse período, já que, como demonstramos, na construção do leprosário e em seus anos iniciais, atuou regularmente. Após a década de 30, a Igreja Católica continuou a atuar no combate à lepra, principalmente através das doações que sempre estiveram nas páginas do jornal *O Nordeste* e da influência de Monsenhor Tabosa. Porém, algumas mudanças interferiram para uma diminuição da atenção a esse problema, principalmente aquelas que influenciaram na “Associação Promotora e Mantedora do Leprosário Antônio Diogo”, posto que ainda em 1933, já não contava mais com Amaral Machado, Antônio Diogo e Luís Moraes Correia, permanecendo à frente apenas a figura de Monsenhor Tabosa, que veio a óbito em 1935. Dessa forma, a associação se encontrava desfalcada, já que os membros fundadores foram morrendo, causando uma desorganização e críticas mais intensas. Tudo isso contribuiu para a fundação da Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, que teve início no Ceará com a campanha em favor de um preventório para abrigar os filhos sadios de leprosos. O movimento foi liderado essencialmente por mulheres, como Dagmar Albuquerque Gentil, esposa do banqueiro cearense Antônio Gentil e Utilinda Barros Bittencourt, professora e esposa do comerciante Gentil Bittencourt, que angariaram grande soma para o preventório. Após essa ação satisfatória, a referida sociedade foi fundada. (JUSTA, 1942).

A referida organização cearense foi inspirada estava ligada a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra que havia sido fundada em São Paulo, no ano de 1926 por Alice Tibiriçá e tinha como objetivo a assistência filantrópica aos leprosos e principalmente, aos seus familiares. Durante o período de Tibiriçá era uma instituição autônoma, mas depois, já sobre a liderança de Eunice Weaver, começou a se alinhar aos ideais varguistas, principalmente devido à posse de Capanema no MESP, em 1934 (CURI, 2002). A sociedade fundada por Tibiriçá, como já dito, motivou o aparecimento de outras com a mesma finalidade em outros pontos do Brasil e deu origem a Federação de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra para orientar os grupos, que tinham a frente mulheres que eram consideradas “damas da sociedade”.

Além das senhoras da sociedade, contava também com a participação de médicos e outros profissionais, como advogados. A associação que ficou responsável pelo cuidado ao leprosário durante anos foi incorporada à referida sociedade, que contava agora, devido à morte da maioria dos seus membros fundadores, com a liderança de médicos, eram eles: Drs. Menezes Pimentel, Jurandir Picanço, Antônio Justa, José de Carvalho Lima e Diogo Vital de Siqueira, ou seja, a essência da associação não existia mais da forma que foi fundada na

década de 1920, formada por católicos e beneméritos. Dessa forma, a participação católica, que foi tão determinante nos anos iniciais da colônia, perdia cada vez mais espaço para a ação médica, política e filantrópica. Isso não quer dizer que a Igreja Católica havia perdido total influência nos assuntos sobre a lepra, afinal as Irmãs franciscanas que lideravam o leprosário e a creche e as campanhas caritativas católicas continuavam nas páginas do jornal O Nordeste, mas a liderança centralizadora que possuíam antes foi declinando.

A frente da nova instituição responsável pelo leprosário estavam as mulheres da elite da sociedade cearense, sobretudo Dagmar de Albuquerque Gentil, nomeada presidente, e Edith da Costa Braga (ADERALDO, 1953) Essas mulheres já estavam envolvidas no combate à lepra através das festas, chás e campanhas que faziam entre a sociedade cearense. Justa passou a atuar como diretor técnico da sociedade, até sua morte, em 1941 (LIMA, 2007).

A sociedade, fundada em dezembro de 1936, passou a participar ativamente das ações de combate à lepra e, embora tivesse como função prioritária o cuidado aos familiares dos leprosos, acabaram atuando na construção da segunda colônia do Ceará, que será analisada no próximo capítulo, e na manutenção do leprosário Antônio Diogo, através da aquisição de luz elétrica e do repasse de verbas federais (LIMA, 1988). O preventório Eunice Weaver, posteriormente denominado de educandário, que era uma instituição destinada ao cuidado com os filhos dos leprosos, também foi fundado por essa sociedade e veio completar o modelo tripé desejado por Capanema: dispensário-leprosário-preventório.

Segundo Edith Braga, devido à responsabilidade que tiveram com a manutenção do leprosário Antônio Diogo, ocorreu um atraso na inauguração do preventório, pois, segundo ela, já deveria ter sido inaugurado, o que não aconteceu devido essa responsabilidade, que permaneceu durante três anos, tendo cessado apenas em 1940, quando o presidente do estado Francisco Menezes Pimentel resolve encampar a leprosaria, ou seja, chamar a responsabilidade total da instituição para o governo do estado. Apesar das reclamações, segundo as autoridades, o dinheiro gasto com a leprosaria Antônio Diogo, foi ressarcido à sociedade (ANDRADE, 1947).

Francisco Menezes Pimentel assumiu o governo estadual em 1935, se mantendo como interventor com a chegada do Estado Novo Vargasista de 1937 a 1945. O político se demonstra completamente aberto ao combate à lepra, afirmando que estava realizando diversas medidas para facilitar as visitas médicas à colônia e buscando meios de edificar uma nova instituição de isolamento nas proximidades de Fortaleza em uma parceria da União com

o estado. Além disso, também propõe a elevação anual das verbas para o leprosário (PIMENTEL, 1936).

Assim, a situação no leprosário teve uma melhora devido às ações da Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, do governo estadual e das iniciativas privadas, que ainda eram fundamentais, principalmente as da imprensa, que agora contava com o novo auxílio, a rádio local P.R.E-9, que além do pedido de donativos, realizava festas na instituição que contaram inclusive com a presença de músicos famosos como Sílvio Caldas e Dorival Caymi. A figura do radialista Cabral de Araújo foi a que mais se destacou na realização dessas festas e também no pedido de auxílios, que levaram a construção de um novo pavilhão (LIMA, 1988).

Mas, toda essa movimentação, ainda não era suficiente e Justa continuou fazendo o seu pedido mais constante: “Encampar a Leprosaria Antonio Diogo, facultando-lhes recursos bastantes à sua manutenção, de maneira que os doentes tenham vida confortável, não só quanto a alimentação, como também medicamentos, roupas, calçados, etc.” (JUSTA, 1940, p. 27)

Diante desse contexto, Menezes Pimentel resolve encampar a leprosaria, deixando agora a instituição o seu caráter particular, para se tornar de total responsabilidade dos poderes públicos estaduais a partir de 1940, além da criação do Serviço de Profilaxia da Lepra (SPL), que será abordado no próximo capítulo. O interventor ainda esclarece:

Art 5º - Fica o Governo do Estado autorizado a encampar o “Leprosario Antônio Diogo”, entrando, para isso, em entendimento com a Sociedade de Proteção e Assistência aos Lázaros. § 1º A responsabilidade do Estado começara, nesse caso, da data da encampação. § 2º - Feita a encampação, o Estado poderá contratar com a congregação religiosa que atualmente administra o Leprosário, ou outra que a isso se proponha, a realização do serviço interno do estabelecimento, excluídos os serviços de assistência médica e a direção do leprocômio. (CEARÁ, 1940, p. 32).

Apesar de ser em menor grau, a interferência religiosa ainda continuava mantida, agora apenas restrita ao serviço interno, o que era uma redução de influência, posto que a assistência médica e a direção do leprosário não poderiam mais ficar nas mãos das religiosas. Essa mudança é interessante para perceber como paulatinamente estava se alterando a forma de pensar em torno do combate a uma doença, que estava se tornando cada vez mais uma função pública e médica, do que religiosa.

Mas, mesmo assim, a ajuda particular não é descartada, já que ficou instituído que a receita da instituição teria como origem: produto de impostos e taxas especiais; contribuições

da União e dos municípios; rendas de bens patrimoniais e donativos de particulares. É possível perceber essa postura atualmente também, pois as instituições de ajuda aos necessitados, mesmo aquelas de origem pública, ainda contam com o auxílio privado. Com relação ao dispensário, esse também seria de responsabilidade dos poderes públicos. Assim, o cuidado a lepra estava oficialmente sobre a alçada do poder estadual, ficando a caridade e a filantropia em segundo plano.

Concluindo, foi perceptível o quanto o combate à lepra foi irregular e incipiente nesse período, ficando restrito às ações particulares, o que deixava o leprosário e dispensário reféns de um auxílio irregular, trazendo problemas e uma série de denúncias. Também ficou claro que os grupos de particulares compostos principalmente por católicos e médicos, disputavam a liderança do combate a essa doença, a fim de conseguir prestígio e destaque social. Porém, com a criação do SPL e o decreto que impõe a responsabilidade total das instituições de lepra para o estado, a situação se altera e o cuidado a enfermidade deve agora ser regular e mais satisfatório, pelo menos em teoria, já que os políticos, que se mantiveram em uma inércia quase que total até agora, eram oficialmente os responsáveis pelo combate à lepra, que é o assunto que será abordado no próximo capítulo.

4 LEPROSÁRIO ANTÔNIO JUSTA: AS MODIFICAÇÕES NO TRATO COM A LEPROSA.

Em meio ao processo no qual o leprosário Antônio Diogo foi encampado, se tornando responsabilidade do estado, mas mantendo as ações particulares como um complemento às medidas estatais, tem início a edificação do segundo leprosário do Ceará, inicialmente denominado de Colônia São Bento. Essa instituição foi edificada seguindo os moldes de orientação do governo federal, alterando a estrutura de combate à lepra no estado.

Porém, essas mudanças estão pautadas nas modificações na saúde pública nacional que acabaram por influenciar o combate à lepra no Ceará. Assim, primeiramente buscamos destacar as alterações que ocorreram na saúde pública nacional, pontuando como contribuíram para uma reorganização do aparato salutar cearense, principalmente no que se refere à lepra, que ganhou novos reforços com o início da construção do novo leprosário e do preventório no final da década de 1930 e da fundação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra no mesmo período.

Também buscamos enfatizar como ocorreu a fundação de um novo serviço específico para a lepra, tanto a nível estadual, como federal e como as ações locais e nacionais contribuíram para o início da construção de um novo leprosário e do primeiro preventório cearense, edificados, sobretudo, com investimento federal.

Por fim, como finalização da análise desse novo momento de combate à lepra, destacamos as mudanças e permanências na saúde pública sofridas entre a década de 20 e a década de 40, tomando como ponto de partida a comparação entre os dois leprosários, problematizando esses locais no que concerne a edificação, funcionamento e investimentos, enfatizando as semelhanças e diferenças entre essas duas instituições que, em tese, possuíam a mesma finalidade, mas que sofreram processos diferenciados ao longo do tempo.

4.1 Mudanças na saúde pública nacional e as influências na organização do combate à lepra no Ceará.

Como abordado no capítulo anterior, no decorrer do governo Vargas as alterações na saúde pública começaram a acontecer. Inicialmente, as mudanças no Ceará não foram tão intensas. Até 1939, o estado ainda tinha como órgão principal a Diretoria de Saúde. Ou seja, mesmo com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), o Ceará permaneceu com uma estrutura salutar, com poucas modificações e ainda pautada na

organização feita por Barca Pellon. Referente à lepra, as mudanças também não foram muito relevantes, pois a criação do Plano Nacional de combate à lepra em 1935, já na gestão de Gustavo Capanema (1934-1945) no MESP, não teve ação efetiva no estado imediatamente e a criação de um novo órgão de atenção à doença só vai ocorrer na década de 1940, sendo que o Brasil estava sem um órgão específico desde a extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV), em 1934 (CUNHA, 2005).

As primeiras modificações mais incisivas nacionalmente e que tiveram real influência na saúde pública cearense e, conseqüentemente no combate à lepra, começaram a ser desenhadas em 1937. Lima (2007) discorre que foi nesse período que o Plano Nacional de combate à lepra começou a receber mais destaque perante os estados brasileiros, mas se baseava mais em uma construção de novos leprosários para isolamento dos doentes, do que em medidas realmente diferenciadas para o tratamento aos leprosos. Também preconizava a manutenção do modelo tripé: leprosário, preventório e dispensário. Percebemos que o foco ainda estava na construção de instituições que pudessem controlar os doentes ou aqueles que tiveram convivência com eles por meio de uma vigilância que possibilitasse o mínimo contato dessas pessoas com a população sã, seja através do isolamento nos leprosários para doentes, da internação em preventórios para filhos de leprosos ou do controle dos comunicantes, que ocorria nos dispensários.

É importante destacar que, nesse período, as discussões sobre em lepra em território nacional e internacional ainda colocavam o isolamento como a medida mais recomendada para o controle da doença, afinal as orientações, embora tenham sofrido modificações, em muito ainda estavam pautadas naquelas realizadas durante a III Conferência Internacional da Lepra, ocorrida em 1923, na França, na qual o isolamento de doentes foi altamente recomendado nos casos em que a incidência da lepra fosse endêmica. Além disso, a recomendação do modelo tripé, bastante defendida pelo governo federal, também foi uma característica desse evento (CAHU, 2012).

Na gestão de Capanema no MESP as ações em saúde pública tiveram um maior desempenho. Segundo Maciel (2007), duas importantes reformas ocorreram que acabaram influenciando em mudanças no trato com a lepra. A primeira aconteceu em 1934 e significou o início do já citado Plano Nacional de combate à lepra, que não teve importantes repercussões inicialmente no Ceará e a segunda foi em 1940, com a criação do Serviço Nacional da Lepra (SNL).

Abordando mais especificamente as questões relativas ao Plano Nacional de combate à lepra e sua repercussão no Ceará, em 1937 tem início uma ação mais acentuada do referido

plano, pois, segundo Lima (2007), as movimentações em torno da construção de um novo leprosário começam a acontecer, mas, um pouco antes disso, o MESP já estava concentrado no envio de verbas para reformas no Leprosário Antônio Diogo. É importante salientar que, no período, o leprosário não tinha sido encampado pelo governo do Ceará, algo que só aconteceu em 1939.

De acordo com a mensagem de Getúlio Vargas apresentada ao Poder Legislativo em 1937, as ações referentes à lepra estavam em crescimento, principalmente no Distrito Federal, que foi agraciado com o aumento do número de enfermeiras e ampliação de instalações laboratoriais, que possibilitavam melhorias no diagnóstico da lepra. Também é pontuado que o Leprosário de Curupaití (RJ) recebeu verbas federais que proporcionaram a ampliação da instituição em 200 leitos. Com relação aos outros estados, Vargas salienta que a União não tem em sua responsabilidade a administração sanitária em nenhuma unidade federativa, visto que, cada uma possui departamento próprio, mas afirma que ela tem como função: “[...] executar os serviços que se tornem necessários em qualquer parte do país e, ainda, dar auxílio aos Estados, na medida de suas necessidades” (VARGAS, 1937, p. 141).

Por essa abordagem, percebemos um posicionamento do presidente de retirar da União a responsabilidade pela saúde pública, pontuando que cada estado tinha sua própria administração sanitária. Porém, Vargas não deixa de elencar a evolução do governo federal no que se refere à saúde pública durante seu governo. Sobre a lepra, o presidente afirma que está sendo construída uma aparelhagem de combate à doença nos estados, pautada no já conhecido modelo tripé.

Para ilustrar isso, Vargas cita os investimentos federais no combate à doença nos estados brasileiros. Começando em 1931, afirma que antes desse ano, as autoridades federais dispndiam apenas quantias para os estados investirem no combate à lepra, mas que a partir do Governo Provisório a atuação estava centrada na edificação de instituições de isolamento. Vargas detalha a quantia investida em cada estado anualmente e o Ceará só é citado no ano de 1936, período que, segundo o documento, foi investido 200:00\$ por parte da União.

Na mensagem do governador do estado do Ceará, Menezes Pimentel⁴⁹, datada do ano de 1936, o político retrata a organização do combate à lepra no estado, resumida ao Dispensário Oswaldo Cruz e ao Leprosário Antônio Diogo. O governante descreve os problemas relativos à lepra, principalmente referente ao leprosário Antônio Diogo, que ainda

⁴⁹Francisco de Menezes Pimentel foi um advogado e político que liderou a política cearense durante os anos de 1935-1945, período que atuou inicialmente como presidente e a partir de 1937 como interventor do Ceará no governo Vargas.

sofria com dificuldades no abastecimento de água e com a falta de leitos. A solução para Pimentel é clara: a edificação imediata de uma nova leprosaria nas proximidades de Fortaleza, que teria a função de isolar os doentes válidos para o trabalho agrícola, ficando o leprosário Antônio Diogo com a função de manter apenas os inválidos. Para colocar em prática essa ideia, Pimentel discorre que o governo do estado está em entendimento com as autoridades federais, que entrariam com a importância de 200 contos a ser somados ao investimento estadual de 300 contos para serem utilizados para essa finalidade (PIMENTEL, 1936).

A sonhada e desejada aliança entre governo federal e estadual que, durante muito tempo, foi pauta dos assuntos referentes à lepra, principalmente entre o corpo médico, finalmente começava a se concretizar, sendo oficializada com o início da edificação da leprosaria São Bento. Essa ação demonstra uma importante modificação no trato com a lepra, que começa a sair das mãos privadas para se tornar, cada vez mais, um problema público, tanto no Ceará, como no restante dos estados brasileiros. Com o tempo, essa característica do combate à lepra no estado se intensifica, sendo somada a ela a ação do governador Menezes Pimentel de encampar o leprosário Antônio Diogo, em 1939. Todas essas mudanças, como já pontuamos neste capítulo, não aconteceram por acaso, pois se relacionam com o contexto nacional da Era Vargas e do MESP chefiado por Capanema e para entendê-las é necessário aprofundar alguns pontos sobre esse contexto peculiar e de grandes transformações na saúde pública.

A Era Vargas, iniciada em 1930 com o início do denominado Governo Provisório, foi marcada por medidas que buscavam uma maior centralização do poder. A saúde pública foi um dos aspectos que teve bastante atenção por parte do novo governo, pois uma das primeiras medidas, ainda em 1930, foi a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, que ficou conhecido como MESP, realizada pelo Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Mesmo sendo um órgão que atuaria em torno da educação e da saúde é inegável que significou um avanço na organização de combate às doenças. Ainda relativo a esse mesmo decreto é informado que órgão teria em sua responsabilidade assuntos relativos ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar (BRASIL, 1930a).

No decreto nº 19.444, de 1º de dezembro de 1930, são esclarecidas as divisões do novo ministério, sendo a seguinte: “O Ministério da Educação e Saúde Pública se comporá de um Gabinete, uma Diretoria e quatro Departamentos, todos independentes entre si e imediatamente subordinados ao ministro [...]” (BRASIL, 1930b). Merecem destaque o Departamento Nacional de Saúde Pública e o Departamento Nacional de Assistência Pública, órgãos responsáveis pelos assuntos relativos à saúde dentro do MESP. Dessa forma, o DNSP

que antes era o eixo principal de organização da saúde pública a nível federal, foi incorporado ao MESP, fazendo parte de uma rede muito mais complexa.

No decorrer dos anos, embora tenham acontecido modificações dentro da estrutura do MESP, essas não foram realmente efetivas e acabaram, de certa forma, gerando instabilidade dentro do órgão, devido as constantes trocas ministeriais⁵⁰ e alterações pontuais, que foram pouco relevantes. Inclusive uma dessas mudanças alterou negativamente as medidas contra a lepra que, mesmo com um repasse maior de verbas federais para o combate a enfermidade nos estados, acabou ficando sem o órgão de orientação federal que era responsável pelos assuntos referentes à doença desde início dos anos 20, a IPLDV, extinta em 1934 (COSTA, 2007).

Esses acontecimentos entre os anos de 1930-1934 podem ser considerados como um retrocesso para o combate à lepra, sobretudo para os estados, que ficaram sem um posicionamento federal claro e com uma responsabilidade cada vez maior, prejudicando o andamento do processo de combate à enfermidade. No Ceará, foi perceptível uma desorganização, como demonstramos no capítulo anterior, marcada pelos problemas da Reforma Pellon, a falta de assistência médica no leprosário Antônio Diogo e a irregularidade de medicamentos, o que pode ter sido, em partes, um reflexo da má gestão nos anos iniciais do MESP e do fim da IPLDV.

Em 1934, a saúde pública ganha novas alterações, pois tem início o período da história da Era Vargas que ficou como Governo Constitucional. Vargas, apenas 10 dias após as eleições indiretas que o mantiveram no poder, nomeou Gustavo Capanema como ministro do MESP. Embora tenha passado a chefiar um ministério com atribuições educacionais e salutaras, Capanema tinha formação em Direito, concluída por volta de 1924 e também desenvolveu grande atuação política anterior a sua nomeação para o MESP, tendo atuado como vereador em na sua cidade natal Pitangui (MG) e interventor interino de Minas Gerais em 1933. Após isso, embora tenha tentado se manter no cargo, Vargas optou por outro nome e resolveu trazer Capanema para chefiar o MESP (SANTOS, 2006).

Segundo Barros (2014), os escritos posteriores feitos pelo ministro sobre sua trajetória à frente do MESP apontam que, logo que assumiu o cargo, já dedicou especial atenção à lepra ao pontuar que a doença se encontrava sem nenhum plano de combate específico e carente de um órgão federal exclusivo. Capanema complementa que por perceber esses problemas dialoga com Vargas, que se dispõe a investir verbas para o combate à lepra. Mesmo se tratando de escritos do próprio ministro, o que pode demonstrar um desejo de

⁵⁰Segundo Barros (2014), durante o Governo Provisório, o MESP teve como ministros: Luís da Silva Campos (1931); Belisário Penna (1931); Luís da Silva Campos (1931-1932) e Washington Pires (1932-1934).

supervalorização, o fato é que em 1935 foi apresentado pelo Diretor da Diretoria Nacional de Saúde Pública e Assistência Médico-Social (subordinada ao MESP), João de Barros Barreto, em colaboração com outros especialistas um plano de combate à lepra, que ficou conhecido “Plano de construções” ou “Plano Nacional de combate à lepra”.

De modo geral, o referido plano tinha como objetivo realizar melhoramentos nos leprosários existentes e edificar novos. Para isso, seria necessária uma cooperação entre estados e União, na qual o governo federal atuaria com recursos financeiros e orientação técnica, enquanto os estados teriam como obrigação a instalação de dispensários suficientes de acordo à necessidade do local, doação de terrenos para a instalação de leprosários, responsabilidade sobre os recursos financeiros para a manutenção de metade dos doentes internados, a adoção da legislação federal vigente e a subordinação aos órgãos técnicos da União (BARROS, 2014).

É perceptível que as novas diretrizes federais do combate à lepra estavam pautadas em uma centralização na União como direcionadora das medidas referentes à doença, colocando os estados brasileiros como subordinados, principalmente com relação às ordens técnicas. Então, os novos leprosários não poderiam ser edificados de qualquer forma, pois deveriam ter uma estrutura de acordo com os preceitos de higiene e medicina obrigatórios exigidos pela União. Por esse motivo, os leprosários que foram edificados com os benefícios desse plano se diferenciaram em muito daqueles que foram feitos em momentos anteriores, tendo uma estrutura mais adequada e semelhante às orientações internacionais. Esses locais, em grande maioria, ficaram conhecidos como “colônias-modelo”, sendo denominados dessa forma em muitos jornais, inclusive no Ceará.

Segundo Vivian Cunha existiam quatro modelos de edificação possíveis para o isolamento de leproso: sanatórios, asilos, hospitais-gerais e hospitais-colônias. Os sanatórios eram indicados para locais com pequenos focos da doença ou para a classe mais abastada, já os asilos tinham como função receber os leproso considerados inválidos. Com relação aos leitos nos hospitais-gerais, a indicação só ocorria em alas separadas e em último caso, ou seja, quando não existiam locais destinados exclusivamente para o internamento dos doentes de lepra. O local mais recomendado para casos contagiantes de lepra era os hospitais-colônia, que deveriam seguir uma série de regras: “Essas colônias deveriam estar localizadas nas proximidades dos centros urbanos, com facilidades de comunicação e de transportes. Na organização interna desses hospitais-colônia, era de fundamental importância a separação do terreno em três zonas distintas”. (CUNHA, 2005, p. 95).

As três zonas juntas deveriam ter, aproximadamente, 250 hectares para uma capacidade de 250 a 300 doentes. A zona doente deveria ser de uso exclusivo dos internos, com espaço para a construção de todos os locais necessários para seu cotidiano, para tratamento e também para o trabalho, pois gerariam economia própria. A higiene, o acesso à água e energia também são mencionados como essenciais. Além disso, era necessário o estabelecimento de locais para leprosos indisciplinados, criminosos ou considerados loucos e a edificação de espaço para diversão, contendo quadra de esportes, cassino e cinema (BARROS, 2015).

A zona intermediária ou neutra era onde deveriam ficar os prédios da administração, laboratórios, farmácias, enfermarias e clínicas, ou seja, era o local destinado para contato entre os doentes e as pessoas que trabalhavam na instituição. Por fim, a zona saudável era de uso exclusivo de enfermeiros, funcionários e demais pessoas sãs que porventura estivessem na instituição. (CUNHA, 2005).

Através dessa breve descrição é possível perceber algumas mudanças relacionadas às orientações referentes aos locais de isolamento de leprosos. Fazendo um comparativo com as recomendações do regulamento de 1923, não foi possível identificar nenhum requisito direto sobre o local que deveria ser edificada a instituição, diferente das recomendações feitas na gestão de Capanema, que já trazem como regra que a instituição fique localizada próximo aos centros urbanos, mais precisamente com uma distância de 6 a 30 km da capital ou de um centro urbano acessível por ferrovia ou rodovia (BARROS, 2015).

Essa alteração demonstra um avanço no pensamento sobre a lepra, já que devido à omissão anterior, muitos leprosários construídos durante a década de 1920 e 1930 foram edificadas em locais de acesso complicado, pois a população tinha medo de ter uma instituição desse tipo nos entornos de suas moradias. O Ceará é um exemplo disso, pois ao ser cogitada a construção de uma instituição em local mais próximo a Fortaleza, as críticas foram intensas, ocasionando a escolha de um novo terreno para o primeiro leprosário, que estava a mais de 80 km da capital e que sofreu inúmeros problemas estruturais e de acesso devido a isso, como já demonstramos neste trabalho.

Ainda realizando uma comparação com o regulamento de 1923 é perceptível a indicação da necessidade de edificação de instituições semelhantes aos hospitais-colônias, denominadas no documento de colônias-agrícolas. Elas são descritas como locais amplos, onde seja possível: “(...) estabelecer uma verdadeira villa de leprosos, e, além das condições que assegurem do melhor modo os seus fins, deverão ter hospitaes para os que necessitarem cura de doenças e affecções intercurrentes, crèche, orphanato e asylo para os incapazes”

(BRASIL, 1923). Além disso, também recomenda-se que os leprosos válidos realizem pequenos trabalhos, de acordo com as recomendações médicas.

O modelo descrito no plano proposto por Capanema aponta uma estrutura bem mais complexa a que foi apresentada em 1923, pois aborda questões relativas aos divertimentos e uma divisão da instituição em zonas. Além disso, o trabalho dos internos, embora recomendado nos anos 20, não é colocado com tanto destaque. Entendemos então que o modelo de instituição proposto em 1923 deveria contemplar locais que podem ser considerados como mínimos para a vivência dos doentes, ou seja, os requisitos para internar leprosos era ter o básico para a sobrevivência do enfermo, pois o que era considerado supérfluo não é citado no documento como uma obrigação na estrutura do local, diferente das orientações do “Plano de combate à lepra”, de 1935, que já estavam pautados em discursos que buscavam um isolamento mais humanitário.

É importante destacar que, mesmo com as recomendações de 1923, nesse período os leprosários em grande maioria, nem respeitavam a estrutura mínima, ficando refém de arquiteturas paliativas. Isso também pode ser considerado um reflexo da falta de uma centralização e de ações mais efetivas por parte dos poderes públicos no que se refere à saúde pública, pois essa omissão fazia com que a maioria das instituições fossem construídas por particulares, que acabavam alocando os leprosos em locais inadequados apenas com o intuito de retirá-los do convívio com a população sã. Um exemplo é o caso do leprosário Antônio Diogo, que foi edificado principalmente com verbas particulares e inaugurado com uma estrutura bem inferior ao previsto no regulamento. Apenas com o decorrer do tempo foi ganhando novas construções, como creche, prisão e novos pavilhões, se aproximando da estrutura mínima exposta no regulamento, como já foi demonstrado.

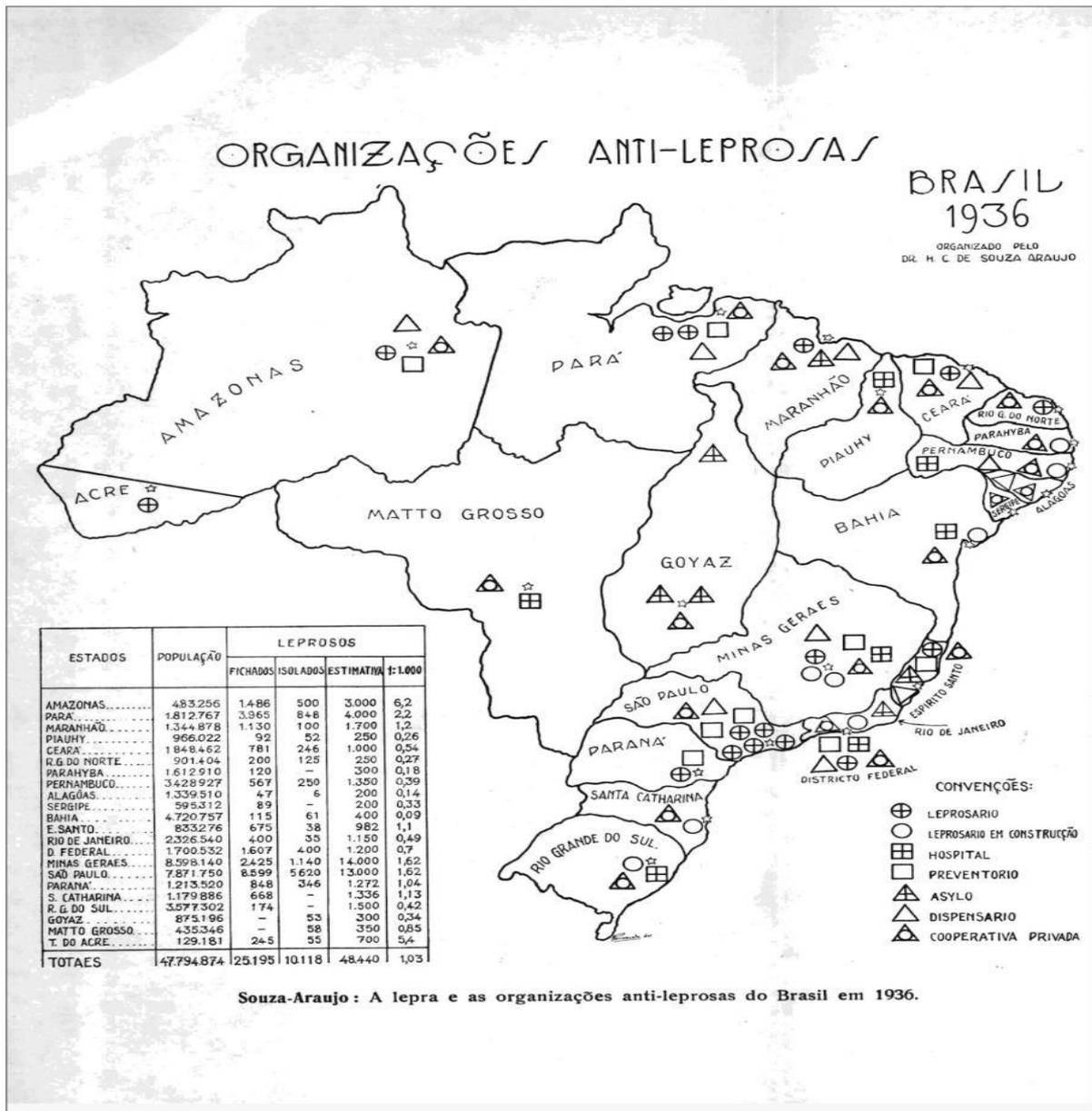
Dessa forma, são perceptíveis modificações que começaram a visar, aparentemente, cada vez mais o bem-estar dos leprosos, mas que também podem ser encaradas como uma forma de evitar o descontentamento dos internos, diminuindo as fugas. Goffman (2001) através do estudo dos manicômios, conventos e prisões cunhou o conceito de instituições totais para categorizar locais com essas características.

O desejo de que um leprosário fosse parecido com uma pequena cidade, na qual a sensação de vigilância é mascarada, já existia nos discursos médicos desde a década de 1920 e, com o decorrer dos anos, foi sendo acentuada e aparecendo cada vez mais nas orientações médicas, até que, em meados da década de 1930, começou a surgir nos documentos referentes às políticas públicas nacionais. Essa postura pode ser entendida, em grande parte, como uma estratégia de controle social, pois podemos realizar um parâmetro entre as prisões analisadas

por Foucault (2012) nas quais o prisioneiro possui uma rotina controlada, sendo utilizado para isso elementos mais simbólicos do que físicos.

Apesar de toda a organização e divulgação em torno do plano proposto por Capanema, que deveria acontecer durante os anos de 1936-1938, o primeiro ano não foi de sucesso, pois as metas não foram atingidas e vários estados não receberam verbas suficientes. Um exemplo disso é o Ceará, que foi escolhido para receber a edificação de um novo leprosário e segundo os dados do próprio plano possuía 800 leprosos recenseados e precisaria de 558 leitos novos, mas não receberam verbas naquele ano. A construção da instituição estava programada para acontecer durante os três anos previstos para o plano e seria realizada através de verbas regulares que deveriam ser enviadas pelo governo federal, além de uma quantia destinada para manutenção da instituição no quarto ano (BARROS, 2014).

A construção só teve início em 1937 e o plano só atingiu uma efetividade maior a partir de 1938, quando a grande maioria das instituições começaram a ser edificadas, com inaugurações apenas após 1940 (CUNHA, 2005). Esse foi exatamente o caso do Ceará que, segundo os já apresentados relatórios do presidente do estado Menezes Pimentel e a Mensagem à Assembleia Legislativa do presidente Getúlio Vargas, só passou a receber verbas federais mais efetivas por volta de 1937. Os escritos de Souza-Araújo corroboram com essa informação, pois, ao analisar o serviço da lepra no estado em um artigo datado de 1936, não menciona o início da construção da leprosaria, afirmando que existem apenas o leprosário Antônio Diogo, o dispensário Oswaldo Cruz, a creche Silva Araújo e a Sociedade de Assistência aos lázaros e defesa contra a lepra. A construção do novo leprosário também não é ilustrada no mapa do Brasil referente às “Organizações anti-leprosas em 1936”.



A lepra e as organizações anti-leprosas no Ceará. SOUZA-ARAÚJO, H. C. A lepra e as organizações anti-leprosas no Brasil em 1936. *Memória Instituto Oswaldo Cruz*. 1937, vol.32, n.1, pp.111-160.

Mesmo existindo uma legenda própria para “leprosários em construção”, essa não foi utilizada no estado cearense, o que aponta, mais uma vez, a inexistência do início da edificação em 1936, demonstrando que ação federal ainda demorou para atingir o Ceará no que se refere ao combate à lepra.

Todo esse contexto de maior investimento na saúde pública pelos órgãos federais e estaduais não significa que as ações privadas cessaram totalmente. Pelo contrário, católicos e médicos se adaptaram a um novo momento da saúde pública, afinal os clínicos são figuras indispensáveis quando o assunto é saúde e doença, e os católicos, mesmo perdendo a liderança, continuaram se envolvendo nesse combate, já que a ação caritativa não foi proibida

e muito menos dispensada nas instituições de saúde, algo que é possível ser percebido até mesmo em tempos mais atuais. Porém, diferente dos médicos, a ação católica acabou ficando mais apagada, devido a uma laicização da caridade através do surgimento de um novo grupo para liderar esse combate, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, liderada pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, que será analisada mais profundamente a seguir e que foi um importante elemento nesse novo cenário.

Como já mencionamos, a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros Defesa contra a Lepra surgiu a partir de ampliações da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, criada em 1926, em São Paulo. Alice Tibiriçá foi a responsável pela fundação, que tinha como função, de modo geral, a liderança de atividades filantrópicas laicas em prol dos leprosos de São Paulo.

O grupo foi ganhando cada vez mais respeito entre a sociedade paulista, mas acabou obtendo alguns desentendimentos com o governo estadual, que considerava a grande divulgação realizada pela instituição em torno da lepra com o objetivo de conscientização social acabou atraindo fama negativa para o Brasil. Segundo o presidente do estado paulista Júlio Prestes, o Brasil estava ficando conhecido como “país da lepra”. Tibiriçá não aceitou realizar mudanças nas ações da sociedade, o que causou um rompimento com o governo estadual. (CURI, 2002).

Nesse contexto, a sociedade liderada por Alice Tibiriçá já havia inspirado a fundação de grupos semelhantes em outros estados brasileiros, fazendo com que a líder buscasse centralizar essas organizações em torno de um órgão central, criando assim a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra para coordenar todas essas sociedades, em 1932. Essa organização começou a ser vista como uma ameaça pelos poderes públicos, que passaram a buscar meios de ter maior controle sobre ela e ganhar prestígio em cima das ações bem sucedidas orquestradas pelo grupo.

No Ceará, também temos o exemplo da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, fundada em 1936 e que teve importante atuação na fundação do preventório e também na manutenção do leprosário Antônio Diogo, como já mencionamos. A sociedade substituiu a antiga “Associação Promotora e Mantedora do Leprosário Antônio Diogo”, que tinha uma liderança majoritariamente católica. Agora o grupo responsável pela lepra passou a ser formado por membros variados, como damas da sociedade, médicos e advogados.

Podemos perceber claramente uma mudança na liderança da lepra que vai se acentuar com o passar dos anos, já que agora as ações particulares em torno do leprosário não estavam mais relacionadas à caridade cristã, pois passaram a sofrer uma laicização, ocupando o terreno da filantropia. A ação católica, embora não tenha desaparecido, ficou em segundo plano. Curi mostra que essa não é uma característica apenas do Ceará, pois, ao analisar algumas fotos, afirma:

Estas fotos mostram uma cena que se tornaria cada vez mais rara. Filantropos, caridosos e médicos reunidos num evento, organizado pelos primeiros e de importância social para ambos. Neste momento, os primeiros desfrutavam de relativa importância que no decorrer do século XX iria gradualmente declinar. Observe-se que os religiosos já não estão presentes (CURI, 2002, p.110).

Assim, é perceptível que, cada vez mais, as ações de combate à lepra começaram a sair do âmbito religioso e caritativo para ocupar um lado mais filantrópico e médico. Essa informação é confirmada, inclusive pela análise do próprio jornal O Nordeste, que passou a destinar um espaço cada vez menor para a lepra em suas páginas, deixando no passado os assuntos relacionados às críticas incisivas e ao gerenciamento de campanhas em prol da doença, restringindo sua ação mais para doações ou acontecimentos de potencial relevância e perdendo em grande parte o poder que possuiu durante anos. Dessa forma, mesmo as irmãs franciscanas capuchinhas continuando à frente da instituição, a influência católica diminui significativamente fora dos muros do leprosário.

Mesmo a filantropia ocupando um espaço cada vez mais efetivo, o prestígio social desse grupo no que se refere à lepra não foi duradouro e monopolista a nível nacional, pois com o avançar das políticas de saúde lideradas por Capanema, o cuidado com os leprosos se tornou um assunto político e médico, posto que os políticos ficariam responsáveis pela parte organizativa e financeira e os médicos pelos assuntos de caráter científico. As ações dos outros grupos passaram a ser vistas como auxiliares e não possuíam mais autoridade para definir os rumos do combate à lepra. Os governos estaduais e federais não estavam mais se escondendo do problema como até meados da década de 1930, pelo contrário, estavam tomando para si a responsabilidade sobre o combate a essa doença, ou seja, centralizando nos poderes públicos o cuidado com a enfermidade.

Além das determinações já analisadas sobre o “Plano de construções de leprosários”, a intervenção federal também atinge a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, principalmente a partir de 1935, pois o governo federal resolveu realizar uma maior aproximação com o órgão. Essa estratégia da União resultou na perda da

autonomia da entidade, pois, apesar de sua grande importância política e social, passou a ter um papel submisso em relação aos poderes públicos.

Curi (2002) afirma que a federação abandonou a postura mais incisiva nas propagandas conscientizadoras sobre a lepra, ficando responsável, com o aval governamental, pela construção de preventórios nos estados com o repasse de verbas públicas. Dessa forma, se tornou mais um órgão subordinado ao MESP, mas que ocupava ainda posição de prestígio, posto que chefiava as demais sociedades no Brasil que também tiveram que seguir esse modelo, ou seja, respeitar as determinações federais. Essa mudança só foi possível devido à liderança de Eunice Weaver, pois Alice Tibiriçá nunca abriu espaço para tal intervenção durante sua gestão.

Por essas questões, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra já nasceu dentro dessa nova fase, porém, mesmo assim, a relação entre a referida sociedade e o governo estadual não foi totalmente pacífica, pois aconteceram alguns embates e críticas, principalmente antes do governo estadual encampar o leprosário Antônio Diogo. Assim, o governo estadual não conseguiu ter força para limitar as ações da entidade, que acabou seguindo as determinações vindas do governo federal através da federação da qual fazia parte.

Já em seus primeiros anos de funcionamento, a sociedade teve uma atuação de destaque através do investimento na manutenção da Colônia Antônio Diogo que, segundo escritos de Edith Braga, vice-presidente da instituição no período, prejudicaram o andamento das funções que tinham real responsabilidade, que era a fundação de um preventório (BRAGA, 1942). É perceptível certa crítica ao governo estadual que, talvez também tenha influenciado na iniciativa de encampar o leprosário Antônio Diogo, em 1940 e na fundação um ano antes do Departamento de Saúde Pública do Ceará, que modificou a estrutura que até então existia e que havia sido criada ainda nos tempos da Reforma Pellon. As principais modificações se referem a uma centralização dos serviços de saúde, que passaram a ser todos orientados por esse órgão. Além disso, foi adicionada aos órgãos de direção e execução uma seção técnica que, entre as atribuições, ficou responsável pela direção do serviço da lepra e pelas propagandas de educação sanitária (BARBOSA, 1994).

Portanto as críticas advindas de uma sociedade que estava ganhando cada vez mais prestígio e dos médicos, liderados por Antônio Justa, que sempre cobrou dos governos responsabilidades com a lepra, somada às mudanças federais que priorizavam e tornavam a questão da enfermidade como problema de saúde pública, visando à padronização das ações salutaras, podem ter funcionado com impulsionadoras de mudanças mais incisivas no trato com a doença.

As ações referentes à lepra no Ceará estavam agora nas mãos do poder estadual e federal, auxiliadas pela da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Para entender melhor essa organização, é importante analisar mais profundamente os seus membros e as suas ações.

A formação inicial da associação se refere às mulheres que faziam parte da elite da sociedade, nomes como Zilda Martins, Dagmar Gentil e Edith Braga são destaques e eram consideradas participantes importantes da sociedade cearense. Apesar do grupo possuir uma ligação com o governo federal, mediada pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, através do recebimento de verbas públicas para serem empregadas em ações contra a lepra, também atuavam através do incentivo da caridade particular. Edith Braga aponta isso ao relatar a arrecadação de dinheiro para o preventório e para a manutenção do leprosário Antônio Diogo: “Necessitavamos, no mínimo, de 20:000\$000 mensais, em vista do que nos vimos forçadas a angariar contribuições mensais entre os comerciantes da Capital e varias famílias, afim de saldar os pesados débitos” (BRAGA, 1942, p.17).

Situação semelhante também é citada no jornal O Povo, que relatou a iniciativa da referida sociedade de construir uma biblioteca para os lázaros em Antônio Diogo com o auxílio das verbas públicas, mas também através de um incentivo material privado: “Segundo estou informado, a Associação de Assistencia aos Lazaros e defesa contra a Lepra enviará em brevemente a todos os intelectuais da terra e a todas as livrarias da nossa capital circulares pedindo contribuições para a biblioteca dos lázaros (O POVO, 15/JAN/1938, p. 03). Portanto, a ação da sociedade também atuava de modo filantrópico, ocupando, em certa medida, um local que pertencia anteriormente aos católicos, que até meados da década de 1930, eram os responsáveis por realizar ações que buscavam angariar fundos particulares para os leprosos, como demonstramos neste trabalho.

Também é importante destacar que apesar da existência de movimentos femininos em prol dos leprosos, esses eram de caráter católico e, muitas vezes, eram divulgados como eventos organizados pelas “senhorinhas católicas”. Com a fundação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, essa situação muda e as ações do grupo não são mais atreladas a um caráter religioso, mas essencialmente relacionadas às ações políticas federais, o que deveria ser uma orientação da federação da qual essa sociedade fazia parte, já que a construção dos preventórios foi uma função atribuída à sociedade pelo governo federal.

Mesmo esse período sendo considerado o auge da interferência da religião na política através da fundação da Liga Eleitoral Católica (LEC)⁵¹, a Igreja não conservou seu espaço nos assuntos referentes à lepra, o que é curioso, pois poderia ter usado as críticas a esse tema a seu favor para garantir mais espaço nas questões de saúde pública. Porém, acabou optando por outros meios para eleger seus candidatos ao pleito. Não podemos afirmar ao certo o motivo para essa mudança, mas é fato que Menezes Pimentel, governador do Ceará eleito em 1935, fazia parte da LEC, o que pode ter contribuído para uma diminuição das críticas nesse período, posto que Pimentel permaneceu no poder até 1945. (PINTO, 2012)

Desse modo, a situação descrita também pode ter se tornado um agravante para o afastamento do jornal das questões da lepra, pois passou a ser utilizado como porta-voz da LEC, defendendo os interesses do grupo político. Tânia Furtado (1990) corrobora com essa ideia, pois relata que houve uma mudança na postura do jornal católico no início da década de 1930, que acabou deixando de lado as questões mais relativas ao cotidiano social cearense e seus problemas, para se concentrar em assuntos de cunho político. Dessa forma, os católicos ficam cada vez mais de fora desse processo e o seu porta-voz focado em outros objetivos, possibilitando a formação de novos contornos de combate à lepra no Ceará.

Voltando a abordar a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, além da representação das mulheres de elite na associação, também passou a contar com médicos entre seus membros. Antônio Justa atuou como assistente técnico da referida sociedade: “Reforçando as informações verbais que no decurso das varias sessões desta Sociedade, presumo não seja inútil uma resumida relação escrita, sobre a situação da <Leprosaria Antonio Diogo>, durante o ano de 1938.” (O POVO, 07/JAN/1939, p.11).

Além da participação, os médicos também exaltavam a importância da sociedade, como o caso de Jurandir Picanço que discursou na inauguração do preventório, enfatizando o grande feito da sociedade (LIMA, 1988). Anos mais tarde, em 1953, o médico Tarciso Aderaldo também destaca a importância da organização: “[...] a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra que foi um forte esteio da Colônia Antonio Diogo, no nascedouro humilde a atribulado” (ADERALDO, 1953, p. 58). O médico ainda aborda a fundação da Colônia Antônio Justa e do Preventório, afirmando que o grupo também teve participação nesse feito.

⁵¹A Liga Eleitoral Católica era uma organização política de âmbito nacional, fundada em 1932 por iniciativa do cardeal Leme. Apenas no Ceará transformou-se em partido político. Em escala nacional, a LEC visava aglutinar forças políticas em torno da doutrina social da Igreja, apoiando os partidos e os candidatos que concordassem com seu programa mínimo. Cf: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/liga-eleitoral-catolica-do-ceara-lec>. Acesso em: 14 de maio de 2020

Outro ponto interessante é o fato da vice-presidente da sociedade Edith Braga ter veiculado um artigo sobre a lepra dentro da revista Ceará Médico, que costumava conter apenas escritos dos médicos que faziam parte do CMC. Inclusive, esse artigo fez parte da edição especial criada em homenagem a Antônio Justa, devido ao seu falecimento.

Essa postura em períodos distintos demonstra que os médicos e a sociedade estabeleceram uma relação positiva no combate à lepra, o que pode ter contribuído para uma maior cooperação entre os grupos envolvidos no combate a essa doença nesse contexto, o que foi pouco percebido em períodos anteriores.

Já com relação à sociedade e aos políticos, mesmo com as críticas iniciais por parte da organização devido à falta de ação dos poderes públicos na questão da lepra, que aprofundaremos posteriormente, após a ação estadual de encampar o leprosário, aparentemente às divergências foram amenizadas, de modo que Menezes Pimentel tece elogios ao grupo:

Este preventório que abriga os filhos sadios doentes de todo o Estado continuou mantido pela Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros, e vem funcionando com admirável precisão e ordem, graças ao acerto com quem tem sido orientado pela sua administração. O nosso Serviço de Lepra presta-lhe assistência técnica e todo apoio necessário ao preenchimento de suas elevadas finalidades medico-sociais (PIMENTEL...1943, p.33).

Percebemos uma relação de cooperação entre esses dois grupos que, somados aos médicos, que já tinham o seu local bem estabelecido, passaram a compor, a nível local, a organização responsável pelo combate à lepra no Ceará após o final da década de 1930. Portanto, as ações desses grupos funcionaram como diretoras do combate à lepra através de uma cooperação cada vez maior, porém com a existência de algumas divergências, afinal são grupos com objetivos diferentes.

Assim, ocorreu uma alteração relacionada ao combate à lepra, pois aconteceu um afastamento dos católicos do eixo central, abrindo espaço para que Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra ocupasse esse espaço, através de uma atuação laica, filantrópica e em consonância com o governo federal. Já com relação aos médicos e aos políticos, eles continuaram exercendo papel destaque, pois os médicos mantiveram o monopólio científico sobre a doença, contribuindo para as questões relativas aos tratamentos antilepróticos e os políticos mudaram de postura, passando a não se esquivar mais dos problemas e a ter responsabilidades financeiras com toda a estrutura de combate à lepra.

É nesse contexto e com a atuação desses grupos somada aos investimentos federais, que foram tão desejados durante os anos iniciais de estratégias paliativas de combate à lepra, que o segundo leprosário cearense teve sua edificação iniciada, sendo concluída em 1942. Essa situação gerou uma alteração na estrutura antileprótica que, além da instituição, ganhou novos reforços, com a inauguração do preventório e a fundação do Serviço de Profilaxia da Lepra no Ceará (SPLC), como analisaremos no tópico seguinte.

4.2 Uma nova fase para o combate à lepra: o novo aparato antileprótico cearense

Com uma intervenção federal mais enfática, os cuidados com a lepra passaram a ser, cada vez mais, um assunto dos órgãos públicos. Essa situação é explicada devido ao contexto histórico brasileiro, que vivenciava um governo federal com características centralizadoras, algo que vai se intensificar com o decorrer do tempo, pois o então presidente Getúlio Vargas, sobretudo com o início do período do Estado Novo, fase ditatorial do seu governo, centraliza as decisões em suas mãos, inclusive nos assuntos relativos à saúde pública.

O novo leprosário cearense começou a ser edificado já no período do Estado Novo varguista. Nesse cenário, as verbas federais oriundas do “Plano Nacional de combate à lepra”, embora ainda incertas, estavam mais regulares, possibilitando o início da construção. Os grupos envolvidos nesse projeto foram as autoridades públicas, tanto estaduais, como federais e a Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. A edificação do preventório também seguiu a mesma organização. Dessa forma, as questões relativas à lepra passaram a receber maior destaque nesse contexto do Estado Novo.

A construção desses dois novos aparatos de saúde pública foi polêmica em alguns momentos, posto que somado aos problemas relativos à edificação, a leprosaria Antônio Diogo necessitava de verbas para a manutenção que continuavam escassas. Justa, trabalhando como assistente técnico da Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, redigiu um relatório, em tom de alerta, no qual apresentava a péssima situação que viviam os leprosos isolados em Antônio Diogo. As questões levantadas no relatório são praticamente as mesmas de antes: alimentação, higiene, água, necessidade de melhorias na estrutura física e mais assistência médica. Justa aponta a possível solução para os problemas da instituição:

Um mais estreito entendimento entre a S. C. A. L. D. C. L [Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra à lepra] e o D. S. P

[Departamento de Saúde Pública] melhor instruiria o sr. Interventor do Estado das necessidades de <Antônio Diogo> e, de uma maneira mais geral, todas as principais autoridades brasileiras ficariam cientes, do esforço que, no Ceará, vem sendo feito há cerca de vinte anos pela Profilaxia da Lepra, modesto sendo o auxílio oficial (O POVO, 07/11/1939, p. 11).

No mesmo documento, Justa ainda afirma que a Sociedade Cearense de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra já tem feito bastante pela instituição através da aquisição de materiais necessários para o seu funcionamento. Outras fontes corroboram com essa afirmativa, mas merece destaque a forma como a própria sociedade, representada pela ex-vice-presidente Edith Braga, compreende essa ajuda dispensada à instituição. Em artigo publicado na revista Ceará Médico, Edith Braga descreve que a função da sociedade era edificar um preventório para filhos sadios de leprosos com verbas federais. Porém, devido à situação do leprosário Antônio Diogo, em outubro de 1937 se comprometeram com o cuidado dos internos da instituição. Como as verbas estaduais não eram suficientes, a sociedade precisou retirar das verbas federais para a construção do preventório os meios para suprir as necessidades dos leprosos internados.

Edith Braga ainda afirma que a referida sociedade comprou o terreno para edificação do preventório em Maracanaú⁵², função que deveria ser das autoridades estaduais. O terreno só foi completamente quitado em 1939, mas, segundo a ex-vice-presidente, toda a verba recebida foi aplicada na manutenção do leprosário Antônio Diogo. Por essa forma complexa de aquisição do terreno, algumas fontes, principalmente as oficiais, colocam que o local foi adquirido pelo estado por meio de uma parceria com a sociedade, já outras colocam o terreno como aquisição exclusiva da referida sociedade, já que o dinheiro recebido no pagamento foi investido na Colônia Antônio Diogo, que era considerada uma responsabilidade estadual. O fato é que a área foi dividida, sendo que 500 hectares foram destinados para a construção de uma nova colônia de leprosos no Ceará e o restante ao preventório.

O governo estadual afirma que todas as verbas investidas pela sociedade na manutenção do leprosário foram pagas, mas não é possível confirmar isso totalmente nas fontes pelas divergências já citadas. De qualquer forma, Edith Braga discorre que esse investimento não programado prejudicou o andamento da obra que realmente era responsabilidade da sociedade: o preventório. Ao falar do atraso na inauguração do empreendimento, afirma que: “[...] certamente já teria sido, verificado se não tivéssemos tomado, durante cerca de três anos a responsabilidade da manutenção e melhoramentos da

⁵² Cidade que pertence à região metropolitana de Fortaleza, que fica a cerca de 25 km de Fortaleza.

<Leprosaria Antonio Diogo>, hoje encampada pelo Governo Estadual” (CEARÁ MÉDICO, JAN/1942, p. 17 e 18).

Através dessa situação descrita no parágrafo anterior, é perceptível que o combate à lepra em meados de 1937 ainda ocupava um lugar muito incerto, pois, mesmo com um maior investimento federal, o aparato de cuidado aos doentes ainda era muito parco, de modo que a única instituição de isolamento passava por uma situação difícil desde a sua fundação, além do fato dos problemas enfrentados para a edificação de uma nova colônia. Ou seja, a lepra, mesmo recebendo mais investimento e atenção que durante as décadas iniciais do século XX, ainda não era considerada como um problema prioritário da saúde pública brasileira, principalmente pelas autoridades estaduais, já que as verbas federais estavam chegando de modo mais organizado.

É possível entender que as questões em torno da lepra, mesmo sendo mais sistemáticas, ainda continuavam em processo organizativo e que, mesmo com o investimento federal, não existia um cuidado satisfatório por parte dos órgãos responsáveis com a enfermidade. Essa desorganização pode ser explicada pela falta de verbas suficientes para investir nos novos empreendimentos e para manter os existentes, o que acabou refletindo na construção do novo leprosário, de modo que, até mesmo o terreno no qual a instituição foi construída, inicialmente, não tinha essa finalidade.

A divisão do terreno entre o leprosário e o preventório não foi totalmente aceita, afinal ainda se fazia muito presente o medo dos leprosos, devido à possibilidade de contágio. Dois médicos de destaque no combate à lepra no Ceará se colocaram contra, esses eram Antônio Justa, já citado, e Walter Porto⁵³, que atuava como leprologista e, nos anos 40 ganhou mais destaque no combate à lepra. Os dois médicos concordavam que não era correto o preventório ficar tão próximo do leprosário e que o governo estadual deveria doar um novo terreno para a edificação do preventório (JUSTA; PORTO, 1940, p. 24-27). Em outro artigo escrito na revista Ceará Médico, Walter Porto volta a discorrer sobre o assunto, afirmando que as terras dos preventórios são ótimas para o cultivo, mas serão rejeitadas devido à proximidade com a zona “suja” do leprosário. (PORTO, 1942, p. 11-13).

Esses discursos que partiam de médicos especializados no combate à lepra demonstram o quanto a doença ainda era vista como algo que deveria ser distanciado do convívio com os sãos, pois nem mesmo uma orientação da medicina nacional que incentivava a construção de leprosários em ambientes próximos às cidades foi capaz de mudar o discurso

⁵³Walter Porto atuou como auxiliar de Justa no leprosário Antônio Diogo, posteriormente, fez o censo da lepra em 1940, assumiu o cargo de diretor clínico e, por um breve período, chefiou o Serviço de Profilaxia da Lepra.

sobre a lepra, que permaneceu inclusive entre os próprios médicos. É interessante destacar que Justa, como analisamos no segundo capítulo, ainda nos anos 30 já tinha pensamentos mais brandos sobre o isolamento dos enfermos, por vezes defendendo que fosse praticado de um modo mais transitório e facultativo, além de considerar o contágio da lepra baixo. Porém, continuou sendo contra a presença dos doentes próximos aos sãos, o que é entendido como algo contraditório em seus discursos. Podemos estabelecer duas hipóteses para entender essa questão: a grande pluralidade de informações e incertezas sobre a doença gerava mudanças rápidas no pensamento do médico ou que Justa mudava de postura de acordo com o necessário para o contexto e com o objetivo que gostaria de alcançar em seus escritos, posto que ele poderia até não ver grandes problemas na construção de um leprosário nas proximidades do preventório, mas por saber que a população rejeitaria tal ato, se posicionou estrategicamente contra.

Os escritos destacados que se colocavam contra a divisão do terreno entre leprosário e preventório datam de um período no qual já havia acontecido o IV Congresso Internacional de Lepra, no Cairo. O evento aconteceu em 1938 e assim como os anteriores, tendo o último acontecido em 1923, buscou apresentar novas diretrizes para o tratamento da lepra. As determinações finais da conferência foram praticamente as mesmas dos encontros anteriores, mas, mesmo defendendo o isolamento, considerava que esse deveria ser praticado, sempre que possível, de modo mais humano, científico e racional. Dessa forma, o isolamento compulsório só era recomendado para os casos de alta contagiosidade, os doentes que tivessem a forma mais branda e menos contagiosa da doença, não precisariam se submeter ao isolamento, mas deveriam sofrer uma vigilância médica constante (CAHU, 2012).

Dessa forma, entendemos que o evento buscou amenizar a forma com a doença era vista, trazendo uma perspectiva mais humanitária para o isolamento e até mesmo defendendo a presença de doentes não contagiosos entre a população sã. Porém, mesmo assim, o pensamento e a prática retrógrada permaneceram, até mesmo entre os médicos cearenses, que continuavam a defender práticas cada vez mais segregadoras.

Então, se os próprios médicos que estudavam para entender a doença continuavam com esse tipo de pensamento, mesmo com tantas informações novas sendo disponibilizadas, a população leiga no assunto mantinha o desejo de afastamento dos leprosos. Portanto, o pensamento cearense médico e leigo pouco sofreram alterações entre a década de 1920 e meados da década de 30.

Sobre a construção do novo leprosário, o terreno selecionado ficava em Maracanaú⁵⁴ e era conhecido como “Sítio São Bento”. A distância do referido terreno de Fortaleza era em torno de 23 km, bem mais perto que a primeira instituição, que ficava a 80 km da capital. A nova colônia deveria seguir as orientações federais do MESP, tendo zona sadia, intermediária e doente, além de todo o aparato já citado no tópico anterior, como prisão, espaços para divertimentos e possibilidade de trabalho para os enfermos válidos.

Dessa forma, existia a promessa de que a nova colônia seria edificada de acordo com as modernas orientações federais e não apenas de modo paliativo, como ocorreu com a Colônia Antônio Diogo. É certo que o processo de construção do novo empreendimento foi diferenciado em alguns aspectos, pois a presença de verbas públicas federais e estaduais eram mais sistemáticas, algo que sempre apareceu nos discursos locais como fundamental para melhorar o tratamento da lepra no estado. A ação particular e religiosa não foi tão definidora para a edificação do leprosário, de modo que à frente dessa edificação estavam as autoridades públicas estaduais e federais e a Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.

Mas, como já pontuamos, a edificação do novo leprosário também enfrentou problemas, de modo que o de maior destaque foi o repasse de verbas, que não eram suficientes, devido a manutenção do leprosário Antônio Diogo. Portanto, nos anos iniciais a construção não teve muito avanços, algo que só mudou quando o governo estadual resolveu encampar a leprosaría Antônio Diogo, ficando totalmente responsável pela sua manutenção em 1940. Além disso, outro fator que impulsionou o combate à lepra no estado foi a criação do Serviço de Profilaxia da Lepra no Ceará (SPL).

É interessante destacar que a criação do SPL foi feita mesmo antes da criação de um órgão exclusivo de combate à lepra a nível federal, algo que falaremos posteriormente. Dessa forma, o Ceará foi pioneiro através da fundação do referido órgão, o que demonstra que, mesmo no contexto centralizador do Estado Novo, nem todos os aspectos partiam exclusivamente das autoridades federais, pois embora o SPL fosse aprovado e orientado pelas diretrizes nacionais, sua fundação partiu de uma ação estadual.

Foi através do Decreto-Lei 686, de 13 de março de 1940 que o SPL foi fundado, tendo como função principal a execução e a fiscalização das medidas referentes ao desenvolvimento da lepra no Ceará para restringir o crescimento da enfermidade. Além disso, o órgão também deveria realizar estudos e pesquisas relativas à doença. (LIMA, 1988).

⁵⁴Algumas fontes retratam que o local ficava em Maranguape, cidade vizinha a Maracanaú.

Portanto, todas as ações relativas à lepra deveriam passar pela autorização prévia do referido serviço, de modo que a organização do órgão era feita em quatro partes: chefia; colônias para leprosos; dispensários para comunicantes e preventórios para filhos sadios menores. É perceptível uma divisão pautada no modelo tripé, algo que ainda estava em alta no período em tela e que ganhava cada vez mais destaque entre as orientações médicas de combate à enfermidade.

Também fica claro que todos os dispositivos de combate à lepra seriam liderados pelo SPL, o que demonstra uma tentativa de centralização e de controle mais efetivo no cuidado da enfermidade. Esse contexto pós-fundação do serviço aponta um afastamento cada vez maior da lepra como assunto privado, posto que agora a doença ganhou um órgão estadual específico, ocupando cada vez mais espaço na agenda de saúde pública.

A caridade continua perdendo o seu local de liderança, atuando como auxiliar no processo de combate à enfermidade. Inclusive, com ação do estado de encampar o leprosário e a fundação do SPL, os católicos, que antes atuavam como definidores do combate à lepra, praticamente somem desse cenário, tendo suas ações submetidas às limitações do estado. Um exemplo disso é a influência que as autoridades estaduais passam a exercer até mesmo no cotidiano do leprosário, pois a seleção da congregação religiosa que cuidaria da instituição agora seria responsabilidade do estado, podendo ser o grupo religioso já atuante ou algum novo. E mesmo após a seleção, o decreto deixa claro que a assistência médica e a direção do leprosário não seriam responsabilidades religiosas. Ou seja, o grupo religioso só atuaria nos assuntos cotidianos e internos da instituição, algo totalmente diferente do que percebemos durante os anos 20 e 30 (LIMA, 1988).

Essa limitação da ação católica causa uma reviravolta no combate à lepra, que foi relegada por tantos políticos durante anos e agora é alvo de destaque entre os políticos cearenses, como Menezes Pimentel, responsável pela criação do SPL e por encampar o leprosário. Como é possível explicar uma mudança tão intensa nas ações públicas relativas à lepra?

Claro que podemos levantar como um grande influenciador o contexto nacional, que claramente, após a fundação do MESP, tratou com mais destaque os assuntos relativos à saúde pública, afinal agora existia um ministério que tinha esse tema como uma das principais atribuições. Além disso, a gestão de Capanema e as diversas reformas empreendidas impulsionaram ações mais efetivas nos estados em torno das doenças, já que estavam sendo cobrados e vigiados nesse quesito. Mas, mesmo sem ser uma imposição federal, Menezes Pimentel fundou um serviço exclusivo para a lepra, antes da fundação do serviço federal e

ainda tomou toda a responsabilidade da manutenção do leprosário para o estado. Essa ação não pode ser explicada apenas pela influência federal, mas também pelo interesse de Menezes Pimentel que, sem dúvida, se sentia pressionado pelos discursos médicos e pelas cobranças da Sociedade Cearense de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, que encontrava meios de criticar a falta de ação estadual e os prejuízos que isso causava na resolução dos problemas relativos à doença, como o atraso na edificação do preventório.

Então, como já pontuamos em outros momentos, o envolvimento com um assunto de grande destaque, inclusive em cenário nacional, trazia prestígio, se somarmos ainda as críticas que podiam gerar uma imagem ruim do citado governante, prejudicando sua carreira política, temos uma grande motivação que pode ter funcionado como impulsionadora das referidas atitudes de Menezes Pimentel.

Assim, durante o processo de edificação do segundo leprosário cearense, o contexto era totalmente diferente, pois podemos inferir que a ação pública estadual e federal era a real líder no cenário combativo leprótico, posto que até mesmo a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra não tinha uma ação independente, pois respondia às ordens das autoridades federais. E as autoridades estaduais paulatinamente centralizavam as decisões federais em suas mãos, como é perceptível no decreto de criação do SPL. O documento define as seguintes funções para o órgão: “Compete ao Serviço de Profilaxia da Lepra executar e fazer cumprir **todas** as medidas tendentes e a restringir o desenvolvimento da lepra no Estado e a realizar estudos e pesquisas relativas à sua **epidemiologia, profilaxia e terapêutica**” (LIMA, 1988, p. 32, grifo nosso). É perceptível que o órgão tinha uma função abrangente e tomava para si todos os assuntos referentes à lepra, colocando a doença em destaque na agenda de saúde pública cearense pela primeira vez.

Com a fundação do SPL, o censo da lepra no Ceará foi intensificado, realizado por Walter Porto. O resultado trouxe dados alarmantes para o estado, trazendo a possibilidade da existência de mais de 1000 leprosos no Ceará. O censo foi realizado em duas fases de janeiro até dezembro de 1940, contando com dados da capital e do interior, inclusive do dispensário e do leprosário Antônio Diogo (PORTO, 1942b).

Enquanto no cenário estadual a lepra estava ocupando grande destaque nos assuntos públicos, no cenário federal não foi diferente. Assim como aconteceu no Ceará foi fundado um órgão específico de combate à lepra, algo que não existia desde a extinção da IPLDV, realizada no início dos anos 30. O órgão foi o Serviço Nacional da Lepra (SNL) e, diferente da IPLDV que, além da lepra, tinha como incumbência as doenças venéreas, o órgão atuaria exclusivamente no combate a lepra.

O SNL foi fundado na reforma de 1941, juntamente com outros serviços de combate a enfermidades, como malária, tuberculose e câncer. Porém, mesmo sendo fundados juntos, cada órgão tinha organização, chefia e funções específicas. No caso do SNL, podemos destacar como incumbência o fortalecimento do modelo tripé em todos os estados da república, incentivo às pesquisas científicas, a criação de normas para altas de enfermos e o incentivo à cultura de plantas utilizadas no tratamento da doença.

Mesmo com funções abrangentes e, em certa medida, inovadoras, o SNL acabou tendo uma atuação inicial mais voltada para o modelo tripé, principalmente na regulação e fiscalização das instituições nos estados, porém sem deixar de atuar nas outras funções descritas anteriormente (MACIEL, 2007). Dessa forma, o novo serviço centralizou as ações de combate à lepra, algo já esperado para o período, posto que era característica do Estado Novo Vargas ações interventoras, centralizadoras e autoritárias.

Em grande medida, o órgão seguiu o que havia sido direcionado no Plano Nacional de Combate à Lepra, produzido em 1935, já durante a chefia de Capanema no MESP. Portanto, podemos inferir que o órgão acabou colocando em prática as ideias do plano, principalmente no que se refere à construção de locais destinados ao isolamento dos doentes, pois antes da fundação do órgão, poucas ações do referido plano haviam saído do papel.

Voltando para o cenário cearense, a edificação do novo leprosário e do preventório estava em curso no início da década de 40. A imprensa dispensava pouco destaque ao feito, afinal o momento era outro, no qual as cobranças não eram mais tão necessárias, posto que as autoridades públicas haviam tomado para si o combate à lepra. Além disso, Zilda Lima aponta outras possibilidades:

Talvez, em virtude da repercussão ocasionada pela rebelião ocorrida no leprosário e pela censura explícita do período, é perceptível, após a deflagração do Estado Novo, que as notícias divulgadas nos jornais sobre o leprosário resumiam-se à exposição do trabalho desenvolvido pela Sociedade Cearense de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra (SCALeDCL), apenas no que competia às campanhas de arrecadação de fundos para a instituição. Por outro lado, os jornais passaram a veicular uma propaganda mais cotidiana de outros serviços de saúde e profilaxia de outras doenças endêmicas no Ceará, como o impaludismo e o tracoma bem como deram uma grande ênfase à “defesa saúde da criança” (LIMA, 2007, p. 224).

Portanto, é possível destacar diversos fatores que levaram a uma alteração na forma que a imprensa noticiou essa nova fase de combate à lepra. Mas, isso não significa que a doença desapareceu totalmente dos periódicos locais, só que passou a ocupar um espaço mais restrito de forma mais atenuada e pontual, voltando a escrita mais para o elogio do que para a

crítica, afinal criticar o combate à lepra agora significava reprovar as ações federais de um governo que possuía características autoritárias.

Como já abordamos, o terreno escolhido para a edificação das duas novas instituições foi o de Maracanaú. A construção dos empreendimentos foi entendida como um feito em conjunto do SPL, das autoridades federais e da Sociedade de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra, sendo a ação exclusivamente particular menos lembrada e pouco decisiva e ação religiosa resumida ao cotidiano interno da instituição, como já pontuamos. Mesmo assim, o prestígio em torno do envolvimento com a lepra continuava gerando uma onda de destaque social.

No caso do preventório, que posteriormente recebeu o nome de Educandário Eunice Weaver, mesmo a referida sociedade possuindo ligação direta com as autoridades públicas e usando majoritariamente verbas federais, os nomes das pessoas envolvidas no órgão acabaram se destacando, afinal a participação não era algo obrigatório, portanto era visto como uma ação benemerita: “E’ como muito jubilio que assinalamos a passagem do primeiro decenio do Educandário Eunice Weaver. Instituição modelar, benemerita, que congregou elementos de escol da nossa elite em favor da criação de um estabelecimento que albergasse os filhos sadios de hansenianos” (BOLETIM DA COLÔNIA ANTÔNIO JUSTA, 1952, p. 41).

O trecho anterior se refere, principalmente, às mulheres que estavam à frente da Sociedade de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra, como Dagmar Gentil, que era casada com Antonio Gentil, rico banqueiro cearense com envolvimento político, o que culminou no cargo de deputado federal durante os anos de 1946-1951. Situações como essas são uma constante quando se tratam dos envolvidos no combate à lepra e não aconteciam só no Ceará, pois vários estados brasileiros vivenciaram a presença da elite (intelectual, política, profissional...) no combate à doença nesse período, como aponta Santos e Leandro (2019).

Já com relação ao leprosário, a sociedade também teve seu papel e seus membros receberam destaque pelos motivos já citados. No caso dos políticos e médicos que se envolveram no combate à lepra devido às incumbências de seus cargos, mesmo se tratando de uma obrigatoriedade adquirida por suas funções, eles também ganharam grande destaque. Claro que o prestígio social foi em menor escala se comparado ao que aconteceu com Antônio Justa que teve sua imagem cunhada em torno da lepra, afinal o seu contexto de vida foi completamente diferente, pois existiam poucos profissionais que aceitavam se envolver com a lepra e a doença não era interesse das autoridades políticas.

A presença de um aumento de status social demonstra que não importa o motivo e nem o contexto, se tinha algum envolvimento com a lepra, ganhava prestígio entre a

sociedade cearense, possivelmente pela carga negativa a que a doença sempre esteve atrelada até então. Um exemplo disso é a forma como os médicos que chefiaram o SPL ou dirigiram as instituições antilepróticas na década de 40 foram representados na imprensa. Destacamos o modo como Walter Cantídio, primeiro diretor do SPL, foi descrito:

Foi marcante e fecunda a atuação do Dr. Cantídio que, pela sua operosidade e competência, credenciou-se autêntico continuador da obra de Antônio Justa. [...]. Ao deixar a direção do SPL, o seu 1º e competente Chefe havia construído uma obra notável e digna de admiração de seus conterrâneos” (ADERALDO, 1953, p. 57 e 58).

Podemos compreender que aqueles que se envolviam no combate à lepra já tinham prévio prestígio social ou profissional na época, o que era fortalecido pelas ações que desempenhavam em favor da doença. Ou seja, o destaque social não era atingido por qualquer um, apenas por aqueles que já tinham alguma condição financeira ou profissional para galgar um bom espaço no cenário social cearense.

Com todo o aparato antileprótico existente agora no Ceará, todo o processo de edificação do preventório e do leprosário ocorreu de forma mais rápida, de modo as instituições foram inauguradas menos de dois anos depois da fundação do SPL. De certo, parece que a ação das autoridades estaduais de encampar o leprosário Antônio Diogo e de fundar um órgão específico de combate à lepra surtiu efeito, coroando uma nova fase para o combate à lepra no Ceará, na qual a doença se torna um assunto de saúde pública prioritária, tanto no cenário estadual, como federal.

Pelo exposto, é perceptível que a ação dos grupos locais que atuaram com bastante ênfase nas décadas de 20 e em boa parte dos anos 30, sofreu uma considerável mudança, já que os católicos se afastaram do cenário, sendo o espaço ocupado agora pelos políticos e médicos cearenses. Além disso, também podemos destacar outra alteração importante, pois nesses anos iniciais da década de 40, as orientações federais passaram a serem mais presentes, influenciando na forma como a lepra foi combatida no estado. Nos anos 20 e 30 isso não foi perceptível, o que acabou contribuindo para que a doença fosse combatida de modo particular e específico em cada estado, inclusive com maior ação caritativa que pública, pois não existiam orientações e muito menos um grande interesse federal, nem estadual, na enfermidade.

Esse novo cenário trouxe modificações na forma como foi edificado o segundo leprosário, de modo que, para compreender melhor essas mudanças, é relevante fazer um comparativo entre os dois leprosários cearenses, que embora tivessem a mesma finalidade,

passaram por processos totalmente diferentes, demonstrando as grandes alterações que o combate à lepra sofreu nos anos 30, mas que só foram sentidas como maior ênfase nos anos 40. Porém, mesmo com muitas mudanças nesse novo contexto, não podemos esquecer que existiram permanências que também merecem destaque. O comparativo entre o antigo e novo cenário de combate à lepra através das duas instituições de isolamento é o foco do próximo tópico deste trabalho.

4.3 Antônio Diogo x Antônio Justa: mudanças e permanências no combate à lepra através da análise das duas instituições.

Na segunda metade da década de 30, as modificações no trato à lepra começaram a ser sentidas de modo mais intenso. Para compreender melhor essas mudanças é interessante fazer um comparativo entre as duas instituições de isolamento de leprosos no Ceará, tanto no que se refere ao seu processo de construção, como relacionado ao seu funcionamento, inclusive na década de 40, período em que as dois locais já coexistiam.

O leprosário Antônio Diogo teve sua construção iniciada em 1926, em um período no qual o combate à lepra ocupava pouco espaço na agenda pública de saúde, tanto que, como já abordamos anteriormente, a construção da instituição foi feita, prioritariamente, pela ação particular, que foi altamente incentivada pela Igreja Católica. Totalmente diferente foi o cenário de construção do segundo leprosário iniciado por volta de 1937, pois a ação pública já era mais efetiva, de modo que a instituição foi construída com verbas oriundas dos poderes federais e estaduais, sendo pouco relevante a ação particular para a inauguração do local.

Essas diferenças são importantes para entender a primeira modificação que a lepra sofreu no final da década de 30 e que foi o ponto de partida de muitas outras, pois denotam que a doença passou a ser um assunto de saúde pública, de modo que a nova instituição não precisou, prioritariamente, de dinheiro particular para ser erguida. Mas, mais do que isso, a pouca necessidade da caridade para a construção do leprosário acarretou em um afastamento dos grupos religiosos desse processo, pois agora a ação desempenhada por eles não era mais tão essencial e ficou relegada a assuntos cotidianos e simplórios dentro do leprosário, inclusive na Colônia Antônio Diogo, que também sofreu alterações significativas devido a esse novo contexto, como abordaremos posteriormente.

Comparando os dois cenários cearenses no período de construção das instituições é possível compreender uma modificação importante no que se refere ao cuidado e ao interesse no combate à doença, já que as políticas públicas estaduais e federais estavam colocando a

lepra em destaque, retirando a autoridade que os outros grupos cunharam nesse assunto devido aos anos que estiveram à frente do combate à lepra. Assim, a ação local e particular perde espaço e o eixo do combate à lepra agora está relacionado às políticas públicas federais e estaduais. Souza-Araújo corrobora com essa ideia: “Somente em 1935 foi a lepra considerada como problema sanitário nacional e o governo federal incrementou sua profilaxia em vários Estados, mediante acordos” (SOUZA-ARAÚJO, 1954, p. 423).

No caso específico do Ceará, até mesmo as ações estaduais foram parcas, só sendo mais efetiva nos anos finais da década de 30 e as verbas federais, apesar de ter alcançado alguns estados em 1935, só chegaram ao Ceará em fins de 1937. Portanto, a segunda metade da década de 30 foi um divisor de águas no combate à lepra no Ceará, motivado, sobretudo, pela sistematização das ações federais e estaduais.

Mas, como destacamos no parágrafo inicial deste tópico, apesar das mudanças entre os dois períodos em destaque, as permanências também são perceptíveis, sobretudo no que se refere ao pensamento leigo e médico sobre a forma de contrair a lepra e a terapêutica adequada. O fato é que, mesmo com um intervalo de tempo tão significativo, a enfermidade continuava a ser vista como contagiosa e as medicações como paliativas e sem grandes efeitos, acarretando no fortalecimento do isolamento como a forma mais viável de impedir o avanço da lepra.

Em 1926, o combate à lepra era orientado pelas diretrizes internacionais, sobretudo naquelas defendidas pelas conferências internacionais (1897; 1909; 1923), que se apoiavam na importância do isolamento compulsório e na alta contagiosidade. Já a partir de 1937, surge um discurso mais humanizado dentro das conferências, especificamente aquela realizada no Cairo, em 1938. Nesse evento, o isolamento aparece com um tom mais ameno e ponderado, trabalhando, inclusive com a perspectiva da baixa contagiosidade da doença em alguns casos, o que dispensava o isolamento.

Porém, entre os médicos, inclusive brasileiros, não existia um consenso e o isolamento de leprosos não teve um arrefecimento, pelo contrário, foi nesse contexto que isolar leprosos passou a ser praticado com mais afinco no Brasil, pois as verbas federais possibilitaram a construção em massa de locais para isolamento. Dessa forma, mesmo com alterações, a forma de ver e tratar a doença no Brasil permaneceu praticamente inalterada, algo que só vai realmente sofrer uma mudança drástica no final da década de 40, que será analisada no último capítulo deste trabalho.

Mesmo com a continuidade do isolamento, é importante destacar que algumas mudanças foram perceptíveis na forma de executar esse combate. O processo de edificação da

Colônia Antônio Diogo sofreu duras críticas tanto da imprensa, como dos médicos devido a ter sido selecionado um terreno para a instituição que ficava nas imediações da Parangaba. A pressão médica e popular foi tão intensa, que a edificação da instituição foi transferida para o distrito de Antônio Diogo, em Redenção, a 80 km de Fortaleza. Além da distância, o acesso ao local era complicado e só era feito mediante viagem de três horas de trem ou de automóvel, sendo que a estação ainda era distante da colônia. Caso fossem de trem, o restante do trajeto deveria ser feito a cavalo, até mesmo para os médicos, como relatou Walter Cantídio no escrito presente no livro de Lima (1988).

Ao lado da Colônia Antônio Diogo, foi edificada na gestão de Samuel Uchôa no Serviço de Profilaxia Rural, uma creche para filhos de leprosos. Inicialmente, Uchôa queria edificar a instituição em Fortaleza, mas encontrou grande resistência. (O POVO, 06/MAI/1931, p. 05). Portanto, resolveu edificá-la em terreno adjacente ao leprosário, ação que não gerou, no período, muitas críticas. É interessante perceber que, mesmo com o medo do contágio, o fato de crianças saudáveis viverem perto da colônia não acarretou negativas, pelo contrário recebeu elogios na imprensa: “E’ como se vê uma iniciativa digna de encomios, projectada e realizada pelo illustre e esforçado pelo director do Saneamento Rural, dr. Samuel Uchôa, que se torna, por isso, merecedor da gratidão dos infelizes leprosos.” (O NORDESTE, 23/MAI;1930, p. 04). Situações como essa demonstram que, mesmo sem ter a doença, essas crianças já nasciam sob a sombra do estigma, por serem descendentes dos leprosos e, portanto, também deveriam ser afastadas do convívio com a população sã.

Já a Colônia Antônio Justa não enfrentou muitos problemas com relação à escolha do local para edificação, afinal as orientações federais não defendiam que o leprosário ficasse tão distante dos centros urbanos, de modo que o leprosário foi edificado a menos de 30 km de Fortaleza, em Maracanaú. Mas, a divisão do terreno entre leprosário e preventório para filhos saudáveis foi algo que não agradou os médicos cearenses, que apontavam que essa situação prejudicaria, sobretudo o preventório, que enfrentaria um ônus por ficar tão próximo ao leprosário. Walter Porto chega a afirmar que até mesmo as terras, que eram férteis, enfrentariam problemas:

As terras pertencentes ao preventório, são facilmente cultiváveis, pois, a irrigação fornecida pelo açude ali existente, permite seu aproveitamento, mesmo fora da estação invernal e nas crises climáticas periódicas que assolam o nosso estado. São, portanto, terras verdadeiramente privilegiadas, mas, devem sofrer uma recusa no seu aproveitamento pelo preventório, devido à proximidade com a zona suja da Colônia Antônio Justa, que lhe fica contígua (PORTO, 1942a, p. 13).

É interessante comparar que a creche edificada na década de 1930 não sofreu com tantas críticas, enquanto o preventório, edificado em torno de 10 anos depois, teve problemas com a proximidade com o leprosário, o que aponta uma mudança na forma de ver os filhos sadios de leprosos, que agora eram pessoas que deveriam ser protegidas e acolhidas. Já com relação aos leprosos, a visão segregadora ainda permanecia.

Assim, essa situação demonstra que, em fins da década de 30 e início da década de 40, um leprosário ainda não era totalmente aceito entre a população sã, de modo que o receio da proximidade com a instituição ainda permanecia. Mas, por outro lado, não podemos esquecer que a Colônia Antônio Justa ter sido edificada mais próxima dos centros urbanos foi um avanço significativo e importante para os novos rumos que o combate à lepra tomou no Ceará desde então.

Quando a Colônia Antônio Diogo foi inaugurada, em 1928 possuía uma estrutura formada basicamente por 64 pequenas casas com capacidade para 180 doentes, capela, além das áreas destinadas para uso exclusivo da administração e das irmãs. Pouco tempo após a inauguração, a colônia já estava com a capacidade máxima praticamente atingida e o número de leprosos que necessitavam de isolamento aumentava a cada dia mais. Dessa forma, a estrutura da instituição foi alcançada com o tempo, baseada em campanhas e cobranças. Souza-Araújo, ao visitar o Ceará em 1933, produziu um importante documento que nos ajuda a compreender a estrutura da instituição na década de 30:

O leprosario está situado num descampado, em terreno plano, e compreende a parte limpa e a zona dos doentes. A parte limpa consta de uma praça com um hectare, com 4 edifícios; à direita da estrada a administração e convento das religiosas, à esquerda, a creche <Silva Araújo>, e na frente da praça as casas da residência do capellão e do administrador (SOUZA-ARAÚJO, SET/1933, p. 273).

Na imagem a seguir o prédio da administração da Colônia Antônio Diogo, demonstrando a estrutura simplória das áreas da instituição.



Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H. C. Contribuição à Epidemiologia e Prophylaxia da lepra no Norte do Brasil. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**. Set/1933, tomo XVII, fascículo 03, p.165-337.

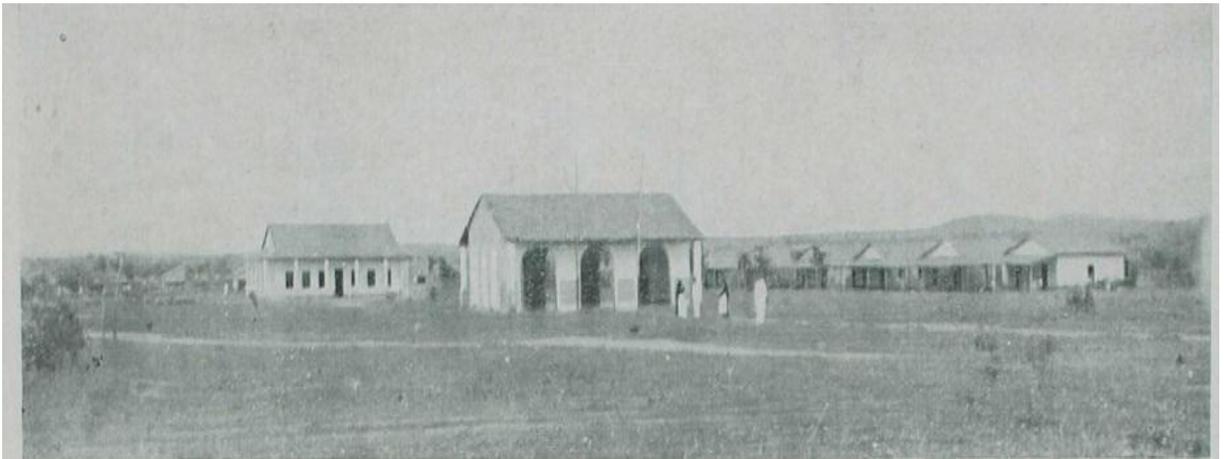
Sobre a zona destinada ao doente, Souza-Araújo apresenta uma estrutura melhorada comparado ao período da inauguração. A descrição do médico aponta uma ideia da extensão da instituição e do quanto sofreu mudanças:

1) Capella, situada nos fundos e em continuação com a casa da administração. Dahi se descortina todo o leprosário, vendo-se no centro da praça, no 1º plano o Casino e no fundo a Enfermaria Dr. Samuel Uchôa. 2) No lado esquerdo: a cozinha geral, o refeitório das mulheres, o refeitório dos homens e seguem-se 12 casas geminadas, eguaes. 4) No lado direito, mais outras 12 casas. São, portanto, 32 casas geminadas, numeradas de 1 a 64. Atraz de cada fileira de casas existem as installações sanitárias, correspondendo um banheiro e duas latrinas para cada duas casas (SOUZA-ARAÚJO, SET/1933, p. 274).

Porém, mesmo com tantas modificações, um problema permanecia desde a inauguração: a falta de abastecimento regular de água. Souza-Araújo afirma que o leprosário não teve, em nenhum momento, água encanada até 1933. Toda a água utilizada era transportada até o local através de caminhões ou de trem que partiam de Acarape, cidade que ficava em torno de 15 km de distância da colônia. Esse problema assombrou o leprosário durante anos, sendo parcialmente resolvido no final dos anos 30 devido aos feitos da Inspeção Federal de Obras contra as Secas. (O POVO, 07/JAN/1939, p. 11)

O médico chama atenção para outros problemas, como a falta de divertimentos para os internos, problemas alimentares e de higiene. Por fim, Souza-Araújo conclui que muito ainda precisava ser feito para o combate à lepra no Ceará alcançar um patamar mais alto, destacando, principalmente, a necessidade de um maior interesse estadual e federal, que como vimos, só vai se concretizar realmente na década de 40.

Essa estrutura tão problemática demonstra que o leprosário foi inaugurado às pressas com a clara intenção de retirar rapidamente os leprosos do ambiente urbano, mesmo que a estrutura mínima para uma vida digna não fosse garantida, afinal até água faltava, o que é um item básico para o ser humano. Ainda em 1933, mesmo com as melhorias, a estrutura ainda era incipiente, o que pode ser percebido através de algumas imagens da colônia no ano citado, respectivamente é possível ver uma visão geral de parte da instituição e um grupo de pessoas em frente a enfermaria feminina.



Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H. C. Contribuição à Epidemiologia e Prophylaxia da lepra no Norte do Brasil. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**. Set/1933, tomo XVII, fascículo 03, p.165-337.



Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H. C. Contribuição à Epidemiologia e Prophylaxia da lepra no Norte do Brasil. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**. Set/1933, tomo XVII, fascículo 03, p.165-337.

Na imagem anterior percebemos a proximidade entre irmãs, médicos e internos, o que é interessante se levarmos em conta que boa parte do pensamento médico brasileiro do período ainda entendia a doença como altamente contagiosa e era exatamente essa teoria que sustentava a permanência dos leprosos nas instituições de isolamento. A existência de teorias que já classificavam casos como contagiosos e não contagiosos ajudam a explicar essa relação, mas não totalmente, pois, no período, os exames para identificar o contágio ainda não eram amplamente realizados na instituição, já que não existia um atendimento médico e um controle efetivo dos internos⁵⁵. Outra situação que pode explicar essa relação é a defesa tanto de Justa, como de Souza-Araújo de que a lepra só era transmitida por contato íntimo e prolongado. As hipóteses são muitas a serem levantadas, mas é fato que sadios e doentes possuíam uma relação entre si, mesmo em um contexto tão segregador para o leproso.

A Colônia Antônio Justa, como já relatamos, foi edificada com verbas públicas, portanto possuía uma possibilidade maior de ter uma estrutura mais adequada para uma vida mais digna aos internos, algo que já era exigido pelas autoridades federais, que descreviam uma série de requisitos para a instituição ser considerada adequada para o isolamento de leprosos, como a separação de zona sadia, intermediária e doente, espaços para divertimentos, entre outros requisitos. Dessa forma, oficialmente, muito já era exigido, diferente do contexto de construção do primeiro leprosário, no qual as condições para o funcionamento eram bem menores.

Mesmo com um contexto consideravelmente melhor, a Colônia Antônio Justa também foi inaugurada com a estrutura inacabada, pois estava sendo utilizada para outros fins, como o aquartelamento de tropas militares. Por esse motivo, a instituição iniciou o funcionamento com apenas seis doentes. Zilda Lima (2007) afirma que na inauguração já existiam oito pavilhões com capacidade para 28 doentes cada, cozinha, refeitório, lavanderia, casas para funcionários, pavilhão de serviços médicos e serviços de água, luz e esgoto. Assim, a estrutura inicial do novo leprosário era bem superior ao do antigo e os doentes não enfrentaram grandes problemas nas garantias das necessidades básicas individuais.

As imagens a seguir retratam, respectivamente, uma visão geral de parte da instituição e a divisão entre zonas através de um muro dentro do local.

⁵⁵No ano de 1933, a Colônia Antônio Diogo estava sem o atendimento médico prestado por Antônio Justa, algo que, inclusive, foi relatado por Souza-Araújo.



Fonte: SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da Lepra no Brasil – Volume II – Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.



Fonte: ANDRADE, José Maria de. Aspectos do Serviço da Lepra no Ceará. **Ceará Médico**, JUL.AGO/1947.

É interessante perceber na imagem anterior que o muro que separava as zonas da colônia não era consideravelmente alto, o que permitia a passagem dos doentes sem demais problemas. Isso nos permite problematizar a ideia de que o muro poderia ser mais simbólico

do que físico, de modo que a separação do doente se dava mais pelo medo, do que propriamente por algo material que causava impedimento.

As comparações levantadas até aqui, tanto semelhanças, como diferenças, ajudam a entender o processo de transformação que o combate à lepra sofreu no estado entre nos anos 20 e 30, de modo que a chegada dos anos 40 significou uma nova fase para o trato com a doença, no qual o objetivo era dar: “[...] uma assistência médica mais assidua ao doente, procurando modificar-lhe o antigo conceito de um despresado de sorte e de réprobo da coletividade”. (ANDRADE, 1947, p. 07)

Partindo para esse novo momento do combate à lepra, mas continuando nossa análise do comparativo entre as duas instituições de isolamentos de leprosos, já que elas são consideradas o pilar do aparato antileprótico cearense, é importante entender como os leprosários funcionaram a partir do momento em que coexistiram, afinal agora compartilhavam de um mesmo momento histórico e tinham a mesma finalidade, de modo que não existiam motivos para diferenças drásticas entre eles.

Um ponto já merece destaque desde o início: enquanto a Colônia Antônio Diogo sobrevivia prioritariamente através de verbas estaduais, a Colônia Antônio Justa era mantida com verbas federais e estaduais. Essa diferença é considerada significativa para entender como essas duas instituições funcionaram durante a década de 40.

Um primeiro ponto que chama atenção é a disparidade entre o número de doentes internados em Antônio Diogo e aqueles internados em Antônio Justa. O relatório do governo de 1943 aponta que existiam 296 pacientes internados na Colônia Antônio Diogo e apenas 85 internados na Colônia Antônio Justa. (PIMENTEL, 1943). Esses dados chamam atenção, pois o novo leprosário recém-inaugurado já tinha uma estrutura adequada para o recebimento de um número maior de doentes, mas, mesmo assim, foram internados um número bem inferior. Levando em consideração a descrição da estrutura do leprosário feita por Zilda Lima, no mínimo, a instituição teria capacidade para receber 200 doentes.

É contraditório pensar que uma instituição tão esperada não tenha sido isso amplamente para o fim que foi criado, afinal, segundo o censo que estava sendo realizado em curso, o Ceará possuía mais de 1.400 casos de lepra, então não era a falta de doentes que fazia a colônia recém inaugurada ter um número tão baixo de internos (LIMA, 2007). Podemos então imaginar que havia uma desorganização por parte dos órgãos responsáveis, o que acabava superlotando a colônia Antônio Diogo. Mas, também não podemos deixar de citar que existia uma dificuldade emocional para transferir os doentes da instituição antiga para a nova, pois muitos criaram laços afetivos. Jucá e Lima (2015) relatam essa realidade, citando o

caso de uma interna que, após 15 anos na Colônia Antônio Diogo, foi transferida à Colônia Antônio Justa. Ela acabou não se adaptando à nova moradia e retornou para o seu antigo lar.

Mas, o mínimo que poderia ser feito era encaminhar os novos casos de internação apenas à colônia Antônio Justa, algo que não aconteceu, posto que as duas colônias receberam novos doentes. É interessante destacar que a colônia Antônio Justa recebeu 34 doentes durante o ano de 1943, sendo que 33 leprosos foram transferidos de Antônio Diogo. Essas informações demonstram que a instituição não estava sendo usada com o devido afincamento em seus anos iniciais de funcionamento e não foi possível determinar a causa disso.

Em 1943, a colônia Antônio Diogo continuava superlotada e enfrentando problemas e o governo estadual, novo responsável pela manutenção da colônia, estava bem sobrecarregado. A melhor distribuição de internos só foi realmente efetivada com o decorrer dos anos, de modo que, segundo dados colhidos por Souza-Araújo, a colônia Antônio Diogo possuía 278 internos e a colônia Antônio Justa tinha 260, em 1946.

Com relação às melhorias, as duas instituições tiveram consideráveis avanços, que são reflexos das mudanças orquestradas no período pelas autoridades públicas. Por isso, é importante realizar um panorama geral do Serviço de Profilaxia da Lepra (SPL), que foi o órgão estatal que passou a orientar e executar todas as ações em torno do combate à lepra no solo cearense.

No tópico anterior esclarecemos o contexto de fundação do referido serviço, que além dos dois leprosários, era responsável pelo dispensário de Fortaleza e, posteriormente, o de Iguatu, Educandário Eunice Weaver e toda organização relacionada à lepra, como envio de medicamentos, realização de censos e entre outros.

Para chefiar o órgão, Antônio Justa foi o escolhido, mas acabou falecendo, ocupando o cargo Walter de Moura Cantídio, que permaneceu quatro anos à frente do serviço, trazendo importantes conquistas para o combate à lepra, entre elas: a criação de um quadro de funcionários; verbas estáveis para assistência hospitalar aos leprosos; assistência médica especializada nos leprosários; contratos com as Irmãs Capuchinhas para o cuidado diário dos dois leprosários; remodelação e modernização do antigo dispensário; realização de novo censo; garantia de exames para identificação do tipo de lepra; assistência ao educandário. (ADERALDO, 1953)

Especificamente nos leprosários, o aumento do uso de medicação foi considerável, de modo que, ao sair do referido serviço, os leprosos internos e atendidos no dispensário recebiam em torno de quatro mil medicações por mês. Além disso, garantiu a ocupação da nova colônia, atingindo o número de 218 leprosos. Walter Cantídio também nomeou médicos

para fazer o atendimento médico regular nas duas colônias, inicialmente Walter Porto e Manuel Odorico de Moraes ficaram responsáveis, respectivamente, pela Colônia Antônio Diogo e Colônia Antônio Justa. Posteriormente, foram substituídos, ainda na gestão de Walter Cantídio, por Carlos Viana e Luís Costa. (ANDRADE, 1947). Cantídio ficou muito conhecido devido a sua ação no serviço, sendo sempre elogiado nos escritos posteriores a sua gestão, o que demonstra que, mesmo a ação que exerceu no combate à lepra ser um atributo de sua função, a valorização e o prestígio daqueles que se envolviam positivamente nesse combate sempre crescia.

Com a saída de Cantídio, em 1946, Walter Porto foi nomeado o novo chefe do SPL. O médico já havia atuado no censo de 1940, como auxiliar o médico Antônio Justa e na direção de Antônio Diogo. Porto acabou ficando por pouco tempo no serviço, em torno de cinco meses, e deu continuidade aos feitos de Cantídio, além de se dedicar em aplicar disciplina e organização dentro da colônia.

Após Walter Porto, José Maria de Andrade assume o serviço, ficando conhecido por muitas melhorias nos leprosários, preventório e dispensários durante os três anos finais da década de 40, inclusive foi o responsável pela aquisição das sulfonas, novo medicamento que proporcionou as primeiras altas médicas no Ceará. Os feitos do médico serão analisados no próximo capítulo deste trabalho.

É fato que o combate à lepra mudou durante a década de 1940, saindo das mãos privadas para as públicas, o que trouxe muitos benefícios para os doentes. E mais do que isso, diminuiu, em larga escala, as críticas às ações governamentais, pois não eram mais tão necessárias. Isso só foi possível devido à aliança do estado com a União, que sempre foi desejada pelos envolvidos no combate à lepra. Assim, a ação particular e individual perde significativa importância e o assunto do combate à lepra fica nas mãos dos setores públicos, que passam a colher os frutos desse trabalho.

Mas, mesmo com tantos avanços, muito ainda precisava ser feito. Os doentes continuavam privados de liberdade, ainda que com condições básicas de vida e sustento garantidos. Essa situação só começa a caminhar para uma mudança a partir de 1947, com a chegada das primeiras doses de sulfonas no Ceará, que é assunto do próximo capítulo deste trabalho.

5 MUDANÇAS NO TRATO COM A LEPROSA: CIÊNCIA, SULFONOTERAPIA E ALTAS.

O fim dos anos 40 marcou o início de um momento de grandes mudanças referente ao combate à lepra, processo que teve continuidade nos anos 50 e que alterou a forma de lidar com a doença no Ceará. Todo esse processo foi iniciado com os avanços no pensamento científico no mundo e no Brasil que acabaram por refletir na forma de tratar a doença. A mudança principal foi a substituição do óleo de chaulmoogra por um novo tratamento mais efetivo que ficou conhecido como sulfonoterapia.

Dessa forma, no decorrer deste capítulo, analisaremos os novos discursos e práticas em torno da lepra que tiveram início no mundo, se espalhando pelo Brasil, sobretudo aqueles relacionados à nova classificação da lepra, que finalmente possibilitou que os doentes não contagiosos não fossem obrigados a se submeter ao isolamento.

Além disso, abordaremos como a sulfonoterapia chegou ao Brasil, os discursos médicos que foram produzidos sobre ela e como se tornou a medicação mais aceita para o combate à lepra em fins dos anos 40, tomando o espaço que por anos foi ocupado pelo óleo de chaulmoogra.

Por fim, destacaremos como foi o impacto e a aceitação desse novo tratamento entre os médicos cearenses, buscando perceber como os pacientes foram afetados por essas mudanças de terapêutica. Finalizaremos mostrando que, através do uso da sulfonoterapia, as primeiras altas no estado cearense aconteceram, trazendo uma nova perspectiva para o combate à *lepra*.

5.1 Lepra e ciência: novas perspectivas para o tratamento da lepra.

Até o fim da década de 40, o único tratamento conhecido para a lepra era o óleo de chaulmoogra, uma medicação que não trazia melhoras significativas para os pacientes acometidos pela lepra e era entendido como um tratamento paliativo. Devido à falta de tratamento e o pensamento científico do período, o isolamento de doentes de lepra ainda era entendido como a melhor forma de controle para a disseminação da enfermidade.

A mudança desse cenário começa a ser sentida no final da década de 40. Um exemplo disso são os primeiros questionamentos mais incisivos em torno do isolamento compulsório, que passou a ser discutido com mais ênfase em 1938, no já citado IV Congresso Internacional da lepra, no qual foi levantada a recomendação de que o isolamento seja praticado apenas

para aqueles que tivessem a doença “aberta”, ou seja, contagiante. Nos demais casos era colocada a possibilidade de ficar sob vigilância e tratamento através do acompanhamento médico no dispensário. Era a primeira vez que um evento de alcance internacional trazia uma forma de combater a lepra que se afastava da perspectiva isolacionista, mesmo que fosse em países endêmicos. Essa nova forma de lidar com a doença, mesmo que apenas para casos não contagiantes, iniciou um novo momento para o combate à lepra que só foi proporcionado pelos avanços médicos e científicos.

É claro que essa recomendação não mudou imediatamente a forma de tratar os leprosos, mas, mesmo assim, deve ser considerada um avanço, pois é nesse momento que se tem início novos discursos médicos que, paulatinamente, tentam desassociar o diagnóstico de lepra à segregação. Também começam a surgir formas mais humanitárias para cuidar dos doentes, afinal um debate que ganhou espaço foi sobre as consequências a longo prazo que tirar alguém do convívio social de modo compulsório poderia trazer para os indivíduos, consequências essas que podiam ser sem volta.

Essa nova postura presente em um congresso de peso internacional passou a ecoar pelo mundo e a doença, que antes era vista como extremamente perigosa, passa a ser alvo de discursos e práticas médicas que buscam trazer novas nuances para o tratamento da lepra calcado no argumento científico de que doentes de tipo não contagioso deveriam ser dispensados do isolamento obrigatório.

Mesmo com esse novo cenário, ainda estava distante de acontecer uma modificação que revolucionasse a forma de tratar a lepra, pois um maior consenso entre a classe médica ainda não havia sido alcançado. Na conferência citada essa situação já é perceptível, pois enquanto parte dos médicos era a favor de um tratamento em dispensário, o restante apenas levantava a necessidade de um isolamento mais humanitário em prol da proteção da população sã. (MACIEL, 2007).

Em meio a isso, ainda havia discordância sobre a classificação da doença, pois alguns médicos consideravam difícil determinar na fase inicial se a doença era lepromatosa, tipo contagioso, ou tuberculóide, forma não contagiosa, o que poderia ocasionar erros de diagnóstico e manter fora do isolamento um paciente contagioso. Eduardo Rabello propôs uma nova classificação, a incaracterística, posteriormente rebatizada para indeterminada, que se aplicaria a casos nos quais não era possível definir o tipo de doença, mas a proposta foi negada pelos médicos participantes desse congresso (CAHU, 2012). Esse cenário de muitas opiniões, divergências e mudanças em torno da lepra se intensificou com o passar do tempo, gerando discursos e posteriormente práticas diferentes de lidar com a lepra, principalmente

sobre as questões em torno do isolamento e dos tratamentos médicos dispensados no cuidado aos doentes.

É importante lembrar que mesmo antes desses discursos mais diferenciados em torno da lepra, o médico Antônio Justa, como foi demonstrado anteriormente, antes das recomendações internacionais mais incisivas, ainda em meados da década de 1930, já apontava indícios de uma defesa, mesmo que tímida, do isolamento transitório, algo bem perceptível em seu discurso, mas pouco destacado em sua prática. Esse exemplo demonstra o engajamento científico que os médicos brasileiros, sobretudo os cearenses, possuíam, posto que não seguiam simplesmente as orientações internacionais, pelo contrário, utilizavam a sua experiência médica e seus estudos para criar suas próprias conclusões sobre a lepra, influenciando práticas diferentes, ainda que tímidas, de lidar com a doença.

Se entre os médicos já era complicado aceitar o desmoronar do isolamento compulsório, a população que já era acostumada com o afastamento dos leprosos, também teve dificuldades de lidar com o novo cenário. Uma das estratégias para amenizar o choque foi a educação sanitária. Com a criação do Serviço Nacional da Lepra (SNL) no início da década de 40, a educação sanitária e o investimento na especialização de profissionais da saúde para lidar com a lepra surgiu entre as atribuições do novo órgão brasileiro, tornando essas práticas obrigatórias e prioritárias como ferramentas de combate a doença⁵⁶. Porém, o investimento na edificação de instituições para o controle de leprosos figurava como prioritário, afinal é nesse contexto que as verbas para a construção de leprosários por parte dos órgãos públicos passam a ser mais efetivas.

Mesmo com isolamento sendo a prioridade nas atribuições do referido órgão, o papel dado à especialização médica e a educação sanitária é algo que merece destaque, pois apresentou um novo lado para o combate à lepra no Brasil. É importante destacar que a educação sanitária já era assunto das conferências internacionais desde 1923. Laurinda Maciel aponta que o assunto principal dessa conferência se refere ao reforço do isolamento, com destaque para locais endêmicos, e a educação sanitária: “[...] chamou a atenção para a necessidade dos médicos educarem a população sobre os aspectos referentes à transmissão da lepra e diferentes formas de contágio” (MACIEL, 2007, p. 209). Assim, a justificativa para educação sanitária nos anos 20 era conscientizar as pessoas acerca do contágio, algo que, conforme o avançar dos estudos científicos em torno da lepra, sofreu processos de

⁵⁶Antes disso, órgãos como Sociedade de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra já promoviam ações de conscientização, porém essas aconteciam de modo mais pontual no território brasileiro, tendo sido amplificadas por meio do investimento federal no SNL.

transformação, que modificaram o objetivo da educação sanitária, passando a estar centrada na desestigmatização da lepra. Essa desestigmatização ocorria através da tentativa de fazer com que a população passasse a ver a doença como algo relativamente fácil de ser tratado e não mais como uma condenação social ou uma sentença de morte.

O objetivo da educação sanitária em diferentes contextos sempre era proporcionar o conhecimento da população sobre a doença, seja com objetivo de facilitar diagnósticos ou de desestigmatizar a lepra e, sobretudo, aquele que era acometido por ela. Para atingir esse objetivo, várias estratégias foram utilizadas, como, filmes, folhetos, palestras e publicações.

Sobre a educação sanitária no Ceará, na década de 30, não era algo muito presente e os discursos em torno da lepra na imprensa traziam elementos como o medo e o perigo. Esses elementos eram comuns principalmente entre os leigos, embora existissem médicos que tratavam a doença por meio de um olhar totalmente segregador e melindroso, o que trazia mais pavor ainda para a população. Em contraponto a esses discursos, o que existia era um espaço, sobretudo na abordagem de alguns médicos, destinado para esclarecer cientificamente essa doença tão temida, defender um isolamento mais humanitário e amenizar o estigma que prejudicava tanto a vida do doente, como detalhamos nos capítulos anteriores.

Voltando para a análise dos congressos médicos relacionados à lepra, em 1946, no Rio de Janeiro, ocorreu a II Conferência Pan-Americana da Lepra. O evento contou com representantes de 19 países e teve uma divisão em três eixos principais: epidemiologia, classificação e terapêutica, assuntos que estavam em destaque entre os médicos e cientistas participantes que buscavam trazer novas perspectivas para o estudo da lepra.

Dois dos pontos de destaque são os debates em torno de um novo medicamento para a lepra, que será analisado no próximo tópico, e a retomada da discussão em torno da classificação da doença. Em 1938, Eduardo Rabelo já havia levantado esse debate na conferência internacional realizada no Cairo, mas teve a proposta recusada pelos colegas presentes. Já no evento corrente, a comissão da classificação, que não contava mais com a participação de Rabelo devido seu falecimento, retoma com ênfase o assunto, reforçando a ideia proposta pelo médico em 1938:

A classificação por nós proposta, tendo por ponto de partida os diferentes tipos estruturais da lepra, pretende integrá-los mediante o reconhecimento de elementos clínicos e imunobiológicos, em um corpo de doutrina coerente, capaz de orientar a profilaxia, a epidemiologia, o prognóstico e a terapêutica. Dentro destes propósitos, esta Comissão adota a discriminação de três tipos fundamentais: Lepromatoso (L), Incaracterístico (I) e Tuberculóide (T), representando o tipo incaracterístico o elemento dinâmico entre os dois tipos

polares. Cada um dos três tipos fundamentais apresenta formas clínicas que lhes são próprias, logo abaixo definidas (COMISSÃO DE TERAPÊUTICA, 1946, p. 334).

A nova classificação foi aceita pelos participantes do evento e passou a ter seu uso recomendado para todos os países participantes. Essa tipologia influenciava no isolamento de doentes de lepra, pois era a partir da classificação recebida durante o diagnóstico, que o isolamento seria recomendado ou não. A forma lepromatosa era considerada a mais severa e era de tipo contagioso, sendo o isolamento considerado necessário pelos médicos nesses casos, já a tuberculóide era entendida como não contagiante, portanto livre da necessidade de isolamento e, por fim, o tipo incaracterístico era considerado instável e podia se desenvolver para a forma lepromatosa ou tuberculóide, o que o tornava passível de ser tratado pelo isolamento.

Para realizar o diagnóstico de um caso suspeito eram necessários exames clínicos e testes para detectar a presença ou não de bacilo. Oliveira apresenta as medidas tomadas de acordo com o resultado dos exames:

Para o tipo lepromatoso, o resultado do teste deveria ser negativo, indicando falta de resistência ao bacilo. Nestes casos, o isolamento era obrigatório, e o controle dos comunicantes deveria ser mais rigoroso, uma vez que a contagiosidade nesses casos era mais alta. Os doentes com o tipo tuberculóide apresentariam uma grande positividade, indicando alta resistência ao bacilo de hansen, o que os caracterizam como não-contagiantes. Nestes casos, os exames dos comunicantes não eram urgentes. Já o tipo indeterminado poderia apresentar tanto uma reação negativa quanto uma reação positiva, o que indicava que a forma clínica poderia evoluir para o tipo lepromatoso ou para o tuberculóide. Nestes casos, os exames dos comunicantes deveriam ser periódicos e o tratamento iniciado o mais rapidamente possível, pois, as chances de evolução para a forma lepromatosa seriam reduzidas. (CAHU, 2012, p. 42).

A nova classificação interferia não só na vida do doente, mas também na dos comunicantes, forma como eram chamados os grupos de pessoas que tiveram contato com o enfermo, pois aqueles que estabeleceram relações com doentes não contagiosos, estariam livres de uma vigilância rigorosa, diferente daqueles que tiveram contato com doentes incaracterísticos e, principalmente, lepromatosos, ou seja, contagiosos, que seriam submetidos à vigilância constante.

Percebemos então que a incorporação dessa nova classificação deveria impulsionar uma aceitação cada vez maior do isolamento apenas de casos contagiantes de lepra, tanto que na resolução final do evento é apresentado: “O combate ao contágio constitui o elemento

decisivo na campanha contra a lepra e deverá ser realizado principalmente em colônias de leprosos [...]” (COMISSÃO DE TERAPÊUTICA, 1946, p. 334). É perceptível que o trecho se refere ao “combate ao contágio”, o que pode ser entendido como uma evolução na forma de entender a lepra, de modo que o perigo agora aparenta está no contágio e não nos doentes de lepra em geral. Em contrapartida, para os casos contagiantes, as colônias seriam necessárias. Assim, embora nas conclusões não fique explícito a recomendação do fim do isolamento para doentes não contagiosos, as discussões apresentadas na conferência demonstram o início de novas perspectivas que ainda precisavam percorrer longos caminhos para ter impactos verdadeiramente positivos na vida dos acometidos pela lepra.

A nova classificação da lepra é perceptível nos prontuários médicos cearenses até mesmo antes da recomendação oficial na II Conferência Pan-Americana da Lepra, o que aponta certo conhecimento por parte dos médicos do estado acerca das discussões que eram travadas em caráter nacional, de modo que mesmo que não estivessem sendo realizadas em eventos de grande porte, chegavam a terras cearenses. Uma fonte de informação importante que poderia ser utilizada pelos médicos cearenses era a Revista Brasileira de Leprologia, que trazia artigos variados sobre diversos aspectos científicos da lepra, sobretudo relacionados ao espaço de São Paulo. Além disso, também era comum encontrar na Ceará Médico referências a outros trabalhos produzidos nacionalmente sobre o combate à lepra, o que pode ter influenciado nas informações que chegavam até o corpo médico cearense e eram incorporadas no combate à doença no estado.

Na Revista Brasileira de Leprologia, em 1947, a classificação surge como tema, sendo altamente recomendada pelos médicos: “As medidas profiláticas adotadas em relação aos doentes de forma tuberculóide e incharacterística vêm se tornando cada vez mais suaves, à medida que os conhecimentos clínicos, imunológicos, histológicos e bacterioscópicos vão se aprofundando”. (BECELLI, 1947, p. 251). O uso dessa classificação é visto como positivo também por proporcionar uma diminuição do estigma atrelado ao doente, algo que já começa a ser uma preocupação por parte dos médicos.

É importante destacar que a nova classificação só foi finalmente incorporada a nível internacional em 1948, dois anos depois da II Conferência Pan-Americana da Lepra, já no V Congresso Internacional da Lepra. Essa nova classificação somada aos avanços da sulfonoterapia modificou de modo efetivo a forma de combater a lepra em várias partes do globo. Esse novo cenário será analisado mais profundamente nos tópicos seguintes.

Entendendo a nova classificação como impactante para os rumos do combate à lepra, é importante destacar que antes mesmo da chegada das sulfonas ao Brasil já é possível perceber

um movimento que objetivava garantir a alta de alguns leprosos baseado na ideia de que o doente não estava transmitindo o bacilo, ou seja, não tinha a forma contagiosa da doença. Nelson Souza Campos, médico do Departamento de Profilaxia da Lepra, apresentou à Revista Brasileira de Leprologia observações sobre quatro anos de altas em doentes ambulatoriais ou hospitalizados em São Paulo. Para garantir o benefício, Nelson Campos, médico responsável pelo artigo, cita os requisitos:

Desde o início, estabeleceram-se duas categorias de altas: Alta hospitalar concedida ao doente hospitalizado, que tenha obtido o número de exames de laboratório negativos exigidos [em torno de 12 exames], que apresente suas lesões clínicas com aspecto de inatividade, achando-se por isso em condições de continuar seu tratamento em ambulatório: e, se de tal modo forem seu estado clínico, a forma inicial de sua molestia, o número de seus exames negativos, será considerado desde logo em Alta Condicional (CAMPOS, 1937, p. 343).

No caso da alta hospitalar é obrigatório ao doente liberado continuar o tratamento rigorosamente e regularmente, ter condições sociais adequadas e não pode exercer determinadas funções trabalhistas (acreditamos que a restrição se estende às profissões que exercem contato direto com o público). Já na alta condicional: “[...] o tratamento é mitigado ou facultativo, a critério do médico assistente; mais tolerantes as exigências das condições sociais; o trabalho permitido em maior número de profissões [...]”.(CAMPOS, 1937, p. 343).

É importante destacar que as primeiras altas relatadas por Campos ocorreram em 1933, muitos anos antes das discussões sobre a nova classificação da lepra, o que demonstra que as teorias médicas que colocavam os doentes não contagiantes como possíveis casos de lepra que não exigiam isolamento já estavam sendo testadas em São Paulo. Claro que, como já apontamos, para garantir a alta, muitos requisitos deveriam ser cumpridos, porém, mesmo com tantos empecilhos, Campos relata que 643 doentes tiveram alta entre 1933 e 1936. Desse número, 584 foram controlados por médicos até 1937, sendo que 103 doentes tiveram recidivas, mas nenhum deles possuía a forma tuberculóide da doença, ou seja, a forma não contagiosa. Esses dados podem ter ajudado na formação de uma nova classificação para a doença, contribuindo para os estudos médicos brasileiros que culminaram em uma forma diferente de entender a lepra. Prova disso são as recomendações indicadas por Campos no artigo, que apontam a manutenção das altas, porém para os casos mistos e tuberosos (na nova classificação é o equivalente a indeterminados e lepromatosos), o paciente deveria ter pelo menos dois anos de negatividade para conseguir a autorização, já os casos tuberculóides deveriam ser alvo de regras mais brandas.

Além do artigo citado, na Revista Brasileira de Leprologia outros escritos que levavam em consideração a nova classificação começam a surgir. Em 1947, um artigo publicado no periódico aborda especificamente a forma de tratamento a que os doentes de lepra do tipo tuberculóide eram submetidos. O escrito inicia abordando as mudanças que a nova classificação da lepra proporcionou para a forma de tratar os doentes:

No entanto, com o melhor conhecimento e individuação dessa forma de moléstia, veio a ser considerada como de bom prognóstico e colocada no tipo neural da classificação do Cairo, no qual se reuniam os casos que evoluíam, favoravelmente; e na classificação sul-americana veio a constituir uma das formas "polares" (Rabello), expressão de elevada imunidade do organismo. E' sabido de todos os colegas, e portanto não constitui novidade, que a lepra tuberculóide tem evolução favorável, podendo, no entanto, muito raramente, sofrer mutação clínica, o que se verificaria de acordo com alguns autores, nas chamadas formas "intermediárias" ou "limítrofes" [...]"(CAMPOS, 1947, p. 19).

É interessante destacar que o artigo afirma que após a conferência do Cairo, ou seja, em 1938, o diagnóstico de lepra tuberculóide passou a ser considerado positivo o que aponta que mesmo a classificação tendo sido alvo de recusa no evento, às considerações defendidas pelos médicos brasileiros não foram esquecidas e continuaram a ser aplicadas e aprofundadas no meio médico, prova disso é que foram levadas a discussão nos congressos seguintes.

Sobre o tratamento que os doentes de tipo tuberculóide deveriam receber, o artigo discorre que eles devem ser: “[...] submetidos a vigilância mais suave, sendo suspensos do tratamento. [...] De outro lado, o doente tuberculóide passa a gozar de maior liberdade de ação, aparecendo mui raramente em nosso serviço”. [...]”. (CAMPOS, 1947, p. 21). Essa recomendação em uma revista de destaque nacional demonstra que a nova classificação trouxe mudanças na vida dos doentes que eram diagnosticados com lepra tuberculóide. O artigo citado ainda vai mais além, e de modo apresenta preocupação com o preconceito que aquele doente poderia adquirir ou ter adquirido ao ser diagnosticado com lepra, então os médicos propõem que aqueles que apresentarem a forma tuberculóide recebam diagnóstico de “suspeitos” ou “em observação” e que o termo leproso ou doente de lepra não seja utilizado para esses casos com a intenção de preservar a: “moral e os mais elementares princípios de direito humano”. [...]”.(CAMPOS, 1947, p. 21).

Ao final do escrito, os médicos pedem a opinião dos companheiros de profissão para encontrar novos meios e estratégias para: “amparar a pessoa afetada de lepra tuberculóide”. (CAMPOS, 1947, p. 22). A atitude anterior denuncia uma preocupação com o doente para além das questões puramente médicas, passando a se preocupar com as consequências do

diagnóstico para a vida mental e social do enfermo. É importante lembrar que esse cuidado tinha como alvo os doentes que eram considerados não contagiosos, ou seja, que não representavam perigo, na visão dos médicos, para os sadios. Os doentes acometidos como o tipo lepromatoso continuavam vivendo sob a mesma condição: isolamento e estigma.

É interessante perceber que, mesmo diante desse novo contexto, as altas não viraram algo comum dentro dos leprosários. De certo modo aparenta que os beneficiados da legitimação dessa nova classificação não seriam aqueles já isolados, posto que a lei federal que estabeleceu critérios para as altas de internos só foi sancionada em 1950. Até isso, aqueles que já estavam isolados não tinham oficializada a possibilidade de sair da instituição. Assim, apenas os doentes de tipo de tuberculóide que não tinham sido isolados passaram a ser vistos com outros olhos.

É claro que algumas exceções aconteceram ao longo dos anos de isolamento de leprosos, pois, como já demonstramos São Paulo instituiu altas de doentes ainda na década de 1930 e o Ceará também teve exemplos de saídas da instituição por motivos variados, como saída autorizada e transferência para o leprosário, mesmo antes desse novo olhar sobre o doente de tipo tuberculóide. É interessante destacar que, antes dos discursos que traziam a possibilidade de lepra ter um tipo não contagioso, Justa já falava em uma matéria a Ceará Médico sobre essa possibilidade, afirmando que nem sempre a lepra era contagiosa e cada caso deveria ser analisado. Isso demonstra, mais uma vez, a postura ativa dos médicos cearenses (JUSTA, 1930a, p. 11-16).

No Ceará, é perceptível que com o passar dos anos as ideias que tiveram início nas conferências e se espalharam pelo Brasil, ganharam cada vez mais espaço no estado, pois começam a surgir cada vez mais discursos com foco no esclarecimento científico e na desestigmatização da lepra: “Por profilaxia entendemos o que eu acabei de dizer, a descoberta do foco, exame sistemático do comunicante, e o **isolamento do contagiante** em colônia de isolamento” (ANDRADE, 1947, p.30, grifo nosso).

O trecho anterior faz parte de uma mesa redonda sobre os serviços de saúde no Ceará e foi proferido por José Maria de Andrade, médico responsável pelo Serviço de Profilaxia da Lepra (SPL) do Ceará no período em tela, o que demonstra certa mudança de postura sobre o isolamento, já que o clínico afirma que estava sendo realizado isolamento apenas para os casos contagiantes.

É importante destacar nesse contexto a figura e os feitos de José Maria de Andrade à frente do SPL. O médico assumiu a chefia do serviço da lepra por volta de 1946 e ficou conhecido por ter realizado muitos feitos de destaque e que são considerados avanços e

melhorias significativas na organização do combate à lepra no estado: “Assumi a direção do S.P.L, com a saída do Dr. Walter Porto, o Dr. José Maria de Andrade que se mostrou um administrador de larga visão e amplo descortino”. (ADERALDO, 1953, p.58).

Entre as realizações de José Maria, a ampliação do SPL foi fundamental para uma maior supervisão e orientação do referido serviço. Além disso, instalou e inaugurou o dispensário de Iguatu, criou o necrotério, aumentou o dispensário central, realizou o isolamento de doentes contagiantes de diversos municípios, criou quatro escolas nas colônias, conseguiu aumento de verbas e: “[...] instalou luz e força, cinema, barbearia, dentisteria, abrigos para recebimentos de alimentos, boxes-vestiários e outros melhoramentos nas colônias”. (ADERALDO, 1953, p.58).

José Maria de Andrade também foi responsável pela criação do Serviço de Assistência Social que tinha como objetivo zelar pelos interesses dos internos e de suas famílias e reajustar ao meio social os egressos dos leprosários, que enfrentavam muitos problemas de aceitação da sociedade. Através dos feitos de José Maria de Andrade à frente do SPL é perceptível uma preocupação tanto em isolar os doentes contagiantes, como em proporcionar melhorias às condições de vida, tanto físicas, como psicológicas, daqueles que estavam vivendo em reclusão nas instituições de isolamento. Isso demonstra que o posicionamento do médico vai ao encontro das mudanças que estavam sendo orquestradas a nível internacional e nacional.

E foi justamente durante a chefia de José Maria de Andrade que a situação da lepra no Ceará sofreu a sua mudança mais radical até então: o aparecimento de um novo medicamento que viria proporcionar a saída do isolamento para aqueles que possuíam lepra em sua forma contagiosa, que ficou conhecido como sulfonas.

5.2 A sulfonoterapia em destaque: o novo tratamento para a lepra e as implicações da nova medicação no combate à doença.

Como já demonstramos nos capítulos anteriores, o óleo de chaulmoogra foi o principal medicamento utilizado na terapêutica antileprótica. Mesmo com a ampla utilização, a real eficácia da medicação no tratamento de casos de lepra nunca foi verdadeiramente comprovada e os médicos encararam a chaulmoogra mais como um paliativo do que como um medicamento que trazia melhoras significativas para os doentes, não chegando a proporcionar uma possível cura ao paciente.

A medicação era considerada de baixa eficácia, mas os médicos continuavam utilizando devido à inexistência de um medicamento verdadeiramente efetivo para o tratamento do leproso. Por esse motivo, os médicos brasileiros desenvolveram pesquisas e artigos que visavam dar esclarecimentos sobre o uso do óleo de chaulmoogra, como por exemplo, um artigo publicado na Revista Brasileira de Leprologia que, ao discorrer sobre o uso da chaulmoogra, considerava que era o único medicamento que realmente tinha alguma efetividade entre tantos já utilizados na terapêutica antileprótica, mas tece críticas a ele: “Infelizmente a acção do tratamento anti-leprotico é ainda demasiado lenta, calculada por mezes e annos, fonte de desanimo para o medico e de má acceitação e de falta de persistencia da parte do doente”. (COSTA, 1937, p. 67).

Henrique Costa, médico do hospital-colônia de Curupaity (RJ) e assistente do Centro Internacional de Leprologia, foi o responsável pela escrita do artigo e relata sua experiência médica com o uso da chaulmoogra. O médico aconselha o uso de doses mais altas do medicamento para que possa ser alcançada uma efetividade maior e mais rápida no trato com o doente. Porém, mesmo tendo certa crença na efetividade da medicação, afirma que ainda não se sabe exatamente como a chaulmoogra age: se tem uma ação direta no bacilo ou se apenas atua de modo indireto no corpo do doente, amenizando os sintomas. Essas dúvidas depois de tanto tempo de uso demonstra a incerteza que existia em torno dessa medicação.

As análises realizadas pelo médico apontam o quanto tudo era muito incerto relacionado à chaulmoogra e que os médicos buscavam estratégias para utilizar essa medicação por ser a única encontrada que agia, mesmo que timidamente, no corpo do doente e pela esperança de conseguir encontrar modos de trazer melhorias para a terapêutica antileprótica, esperança essa totalmente depositada na chaulmoogra até meados dos anos 1940.

A situação medicamentosa relacionada à lepra começa a mudar com a chegada da sulfonoterapia. Em 1941, o médico norte-americano Guy Faget conseguiu constatar o poder terapêutico das sulfonas através da experiência de uso no Leprosário de Carville, Louisiana, nos Estados Unidos. Mas, a sulfonoterapia não era um tratamento novo, pois, inicialmente foi usada na terapêutica contra a tuberculose. Porém, com a Segunda Guerra Mundial, a medicação foi aperfeiçoada e passou a ser utilizada em outras situações, até mesmo no socorro em campos de batalhas, o que ocasionou a percepção da eficácia para além da tuberculose (CUNHA, 2005).

O uso das sulfonas no Brasil teve início em 1944 através da aplicação de Promin, medicamento derivado das sulfonas, em internos do hospital-colônia Padre Bento, em São

Paulo. Segundo Keila Auxiliadora (2012) a medicação também foi usada no mesmo período na Colônia Santa Izabel, em Minas Gerais. O resultado positivo do uso dessa medicação foi altamente difundido, sobretudo em periódicos médicos, nos quais eram destacados os benefícios do uso da sulfonoterapia e, sem dúvida, foi a partir do seu uso que foi possível sentir mudanças mais intensas na forma de combater e de sentir a lepra.

Na II Conferência Pan-Americana da Lepra, que ocorreu no Rio de Janeiro, em 1946, o uso da sulfonoterapia já foi mencionado, mas o entusiasmo ainda não era tão grande, afinal a medicação estava sendo testada pelos médicos brasileiros a cerca de dois anos. Lauro de Souza Lima, médico responsável pelo uso das sulfonas no hospital-colônia Padre Bento, em São Paulo, redige um relatório que foi publicado na Revista Brasileira de Leprologia para enaltecer os benefícios da sulfonoterapia. Mas, ao lembrar o parecer da comissão de terapêutica da II Conferência Pan-Americana da Lepra sobre as sulfonas, mostra que o medicamento não foi aceito imediatamente entre a comunidade médica como uma possível solução para o problema da lepra. O relatório da comissão de terapêutica complementa essa ideia: “Acha o Comitê que muito pouco tempo de observação contam as sulfonas e número relativamente pequeno de casos foram tratados, para aprová-las definitivamente como agente quimioterápico na lepra. Mas os resultados são, até agora, tão promissores, que devem ser consideradas como realmente ativas” (COMISSÃO DE TERAPÊUTICA, 1946, p. 345).

O comitê demonstra certa parcimônia ao fazer as considerações sobre a medicação, evitando qualquer alarde, provavelmente devido ao processo histórico da terapêutica da lepra, que contou com muitos exemplos de medicações que eram grandes promessas de cura para o leproso, mas que logo foram descartadas e consideradas inúteis para o tratamento antileprótico. Curi (2002) corrobora com essa teoria, afirmando que, mesmo quando a sulfonoterapia adquiriu a eficácia comprovada, as dúvidas sobre o tratamento ainda continuaram, o que pode ser explicado pela cautela que os médicos optaram por ter com essa medicação. Essa cautela, inclusive, gera certo atraso na aprovação de medidas que mudaram verdadeiramente a vida do acometido pela lepra, como o decreto que aprovou as altas de internos e o fim do isolamento compulsório no Brasil.

Por outro lado, a comissão de terapêutica do evento já começa a demonstrar certa desconfiança com a eficácia da chaulmoogra, afirmando que as altas doses devem ser usadas por todos os médicos para efeito de teste. Porém, não descarta a importância dessa medicação e afirma que os resultados dos tratamentos de casos lepromatosos com a chaulmoogra devem ser comparados aos resultados obtidos através do uso da sulfonoterapia em pacientes também lepromatosos a fim de identificar aquele que alcançou melhores resultados nos tratamentos

com a lepra. Assim, o grupo recomenda a continuidade das pesquisas com a sulfonoterapia e o uso das duas medicações em caráter comparativo, sem apontar de modo definitivo uma terapêutica específica para a lepra.

Cerca de dois anos após a II Conferência Pan-Americana da Lepra, em 1948, ocorre em Havana, a V Conferência Internacional da Lepra, que amplificou muitos dos pontos discutidos na conferência pan-americana, inclusive foi finalmente incorporado em caráter internacional à classificação da lepra o tipo indeterminado, o que é considerado um avanço na forma de pensar a doença. Além disso, a sulfonoterapia volta a ser um assunto debatido no evento e os médicos tecem opiniões sobre a terapêutica adequada para a lepra. Nas conclusões do evento publicadas na Revista Brasileira de Leprologia, a terapêutica da lepra é destacada:

Obteve-se progresso tanto na nova terapêutica com os derivados sulfônicos como no emprego de óleo de *Hydnocarpus* (*Chaulmoogra*) em altas doses. Enquanto que a actividade terapêutica destes medicamentos é evidente, sua acção sobre o *Mycobacterium leprae* é relativamente lenta. Sugere-se que se estimule a realização de novas investigações com o objeto de aumentar a eficiência destes medicamentos (COMISSÃO DO CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 1948, p. 235).

A *Chaulmoogra*, mesmo com o advento das sulfonas, continua sendo usada como uma das alternativas para o tratamento da lepra, pois ainda atuava em conjunto com outra medicação, não tendo ocupado o posto de principal no tratamento da lepra de modo solo durante esse contexto. Mas, mesmo assim, a eficácia das sulfonas não era desacreditada, principalmente para os lepromatosos, para os quais era considerada a medicação mais adequada.

O restante do relatório é permeado de tentativas de padronização da forma de tratar a lepra e de uma recomendação para os países revisarem os seus regulamentos referentes à enfermidade de acordo com os progressos científicos e médicos. Algumas dessas recomendações realizadas durante o congresso merecem destaque e estão relacionadas às mudanças que o uso da sulfonoterapia permitiu para o trato com a doença, como, por exemplo, a divisão do controle da lepra em medidas de ordem médica, medidas de ordem legal e educação ao público.

As medidas de ordem médica, mesmo com todos os avanços médicos e científicos sobre a doença ainda trazem o modelo tripé como a base para o combate à doença, com destaque para os leprosários continuarem figurando no topo dessa tríade. A manutenção do leprosário como modo principal de combate à lepra ajuda a inferir que a situação da doença

ainda não havia se alterado de modo satisfatório, já que o isolamento permanecia como principal forma de combate à enfermidade. Mas, é importante destacar que a forma de utilização do leprosário apresentava algumas diferenças:

Um leprosário, ou leprocômio é um lugar para o asilamento de: a) os doentes infectantes e b) doentes não infectantes, em virtude de razões sociais, económicas, ou outras. Os serviços prestados aos doentes. — sociais, médicos, etc. devem ser completos e gratuitos. O tipo de leprosário mais satisfatório é a colônia agrícola, na qual os doentes podem ocupar-se em diversas atividades agropecuárias [...]. Além do asilamento institucional, deve permitir-se o isolamento em domicílio, sempre que se possa garantir que este e a profilaxia serão adequados. Não se deve permitir o isolamento em edifícios de escritórios, de apartamentos e industriais. (COMISSÃO DO CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROSA, 1948, p. 277-278).

O isolamento apenas de doentes infectantes demonstra um novo posicionamento relacionado à doença. Essa ideia já havia sido pincelada no congresso internacional anterior, ocorrido em 1938, mas que agora é trazida com maior ênfase, provavelmente devido à aceitação da nova classificação para a lepra e a melhoria na terapêutica anti-leprótica. Porém, é claro que ainda havia um longo caminho a ser percorrido para as mudanças no combate à lepra pudessem realmente ser sentidas por aqueles que mais sofriam com elas: os doentes.

É interessante destacar também que as diferenças sociais continuavam a ser definidoras da forma de tratar a doença, já que um doente que não fosse contagioso, mas que não tivesse condições econômicas de vida nos moldes determinados pelos médicos era submetido ao isolamento. Essa situação acabava colocando o doente em risco, pois seria obrigado a conviver com doentes contagiantes, o que demonstra que as questões econômicas estavam acima da proteção salutar do indivíduo. Ou seja, o tratamento da lepra, ainda nesse contexto, continuava variando de acordo com a continuação socioeconômica do acometido pela doença.

Já com relação à população que possuía melhores condições financeiras, o isolamento domiciliar era permitido, desde que seguisse os requisitos básicos e a moradia não fosse em edifícios. Não fica claro no documento se o isolamento domiciliar era permitido para casos contagiantes ou apenas para não contagiantes. O fato é que a população mais abastada continuava recebendo um tratamento diferenciado para tratar a doença, enquanto a população das camadas mais baixas não possuíam os mesmos privilégios.

Ainda sobre as medidas de ordem médica, dispensários e preventórios também aparecem para completar o modelo tripé, de modo que os dispensários continuariam atuando no sentido de vigilância de comunicantes, mas também no tratamento de casos nos quais não

era necessário o isolamento. Além disso, também seriam responsáveis pela educação sanitária, seleção de casos para isolamento, controle de fugitivos e “altas” definitivas dos casos.

Já os preventórios atuavam como locais de cuidado aos filhos e não só para casos em que a criança não era portadora de lepra, mas também em situações em que as crianças tivessem a forma tuberculóide da lepra (não contagiosa) ou indeterminada. Também é apontado que as crianças que adquirissem altas dos leprosários deveriam ser acolhidas dentro dos preventórios em pavilhões específicos onde deveriam ficar em observação. Mas, para que isso fosse realizado era necessário que o local tivesse um acompanhamento médico constante.

Ainda nas questões relativas às medidas de ordem médica, a necessidade de especialização para profissionais da saúde é colocada como prioridade: “Recomenda-se que médicos, enfermeiros, técnicos de laboratórios e serventes, recebam curso de leprologia, e treinamento prático nos serviços ou estabelecimentos de controle da lepra”. (COMISSÃO DO CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 1948, p. 229).

Sobre as medidas de ordem legal é colocada como fundamental a atualização dos regulamentos referentes à doença. Essa atualização deve ser feita periodicamente por profissionais capacitados e ter os avanços médicos e científicos como base para essa mudança. Especificamente, o relatório traz alguns apontamentos importantes sobre as recomendações legais de combate à lepra, deixando claro que a realidade local vai definir melhor a aplicação dessas recomendações: “A forma e duração do isolamento variarão de acordo com as condições clínicas e sociais do doente e da localidade” (COMISSÃO DO CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 1948, p. 230).

Apesar de reconhecer a importância do tratamento médico, também respeita as especificidades de cada região: “Quando possível, providenciar-se-á tratamento adequado para todos os casos, isolados ou não”. (COMISSÃO DO CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 1948, p. 230). A recomendação dispensa abertura para que as localidades definam se conseguem ou não destinar tratamento adequado para todos os doentes, o que é considerado bem contraditório em um contexto em que a busca pela cura da lepra era tão desejada.

Para finalizar a parte referente às medidas legais, o documento afirma que o governo deve garantir meios adequados de subsistência aos doentes dentro e fora do isolamento, permitindo inclusive para aqueles que estão internados garantir melhorias de vida dentro da instituição através do próprio esforço.

O último eixo do controle da lepra se refere à educação sanitária, que é entendida pelos participantes do congresso como dividida em três grupos: público-geral, público seletivo e conviventes com os enfermos. As estratégias recomendadas eram variadas e iam desde a imprensa em geral até produções teatrais e cinematográficas. Além disso, também é recomendada a parceria com organizações que possuem influência com a opinião pública, como associações profissionais e religiosas, a fim de que esses grupos informem a população sobre a lepra.

É interessante perceber que a forma de abordar a enfermidade nesses processos de educação sanitária traziam certa amenização da doença, o que pode ser explicada tanto devido ao contexto, como por estratégias para fazer com que as pessoas não tivessem medo de fazer o exame e das consequências que um resultado positivo teria.

Deve insistir-se em que a lepra é infecciosa e contagiosa, mas evitável. Seu controle requer precauções e restrições que variam segundo as distintas regiões mas que não necessitam ser excessivas. Só os casos abertos necessitam isolamento. O período de isolamento depende do avanço da doença e de sua resposta ao tratamento. A lepra é frequentemente curável e tanto mais se trata precocemente por médicos treinados e com a regularidade necessária. Os medicamentos modernos prometem ser mais efectivos que os usados no passado. (COMISSÃO DO CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROSA, 1948, p. 231).

O trecho anterior demonstra uma visão bem positiva diante de um diagnóstico de lepra, mas, não podemos nos enganar com essa descrição, pois o isolamento de doentes ainda continuou, durante bastante tempo, como a principal forma de combater e controlar a doença, recebendo respaldo por parte dos médicos.

Outra tentativa de minimizar o impacto que um diagnóstico de lepra trazia foi realizada através da recomendação da abolição da palavra “leproso” para se referir aos doentes de lepra. Essa atitude parecia querer tirar a visão de que o acometido pela lepra era o foco principal da doença, de modo que a pessoa diagnosticada perdia parte da sua identidade e passava a ser referenciada como leproso. Mas, essa ação não pensava apenas no bem-estar mental do doente, pois existiam outros objetivos: “Corrigir a crença popular que a lepra é praga bíblica e que o doente é maldito. **Esta crença prejudica e estigmatiza o doente, fazendo-o ocultar a doença e impedindo-o de solicitar auxílio médico, aumentando o perigo para o público**”. (COMISSÃO DO CONGRESSO INTERNACIONAL DE LEPROSA, 1948, p. 230, grifo nosso).

É perceptível que o foco estava mais na proteção da população sadia do que no cuidado com o doente. Ou seja, a intenção era retirar a imagem negativa que a lepra representava para facilitar a procura pelo diagnóstico a fim de impedir que a doença alcançasse a população sã, pois se o indivíduo continuasse com medo do que a lepra representava para a sua vida, poderia se esconder e acabar levando a doença para as pessoas sadias.

Voltando para a questão da terapêutica, como já dito a chaulmoogra e as sulfonas continuaram sendo recomendadas, do mesmo modo que as pesquisas para trazer mais efetividade para esses tratamentos também foram destacadas como necessárias e deveriam ser realizadas em pacientes lepromatosos, já que os doentes de tipo tuberculóide e indeterminado geralmente possuem uma remissão voluntária.

No caso da sulfonoterapia, o documento dedica mais espaço a esse tratamento e discorre sobre a sua eficácia para os casos lepromatosos, afirmando que a medicação atua tanto na sintomatologia, como no bacilo da lepra. Os medicamentos recomendados para uso eram Promin (Promanida), Diasona, (Diamidine) e Sulphetrone, que são considerados semelhantes entre si, porém, ainda não era possível diferenciar a forma como cada um agia sobre a doença. O relatório também aponta as doses recomendadas para uso, mas, sempre afirmando que ainda não existiam dados suficientes para afirmar de modo definitivo a posologia adequada para cada medicamento.

Mesmo destacando as vantagens da medicação, a comissão de terapêutica não deixa de apontar as reações que tal medicamento pode causar no paciente. Entre elas, a de maior destaque é a anemia que pode aparecer já nos primeiros dias de uso e que pode acarretar a necessidade da suspensão do tratamento. Por esse motivo, a recomendação é que, junto com a sulfonoterapia, sejam administrados doses de ferro e de vitamina B.

Sobre o uso da chaulmoogra, o escrito descreve que a alta dosagem é o caminho para que medicação adquira o máximo de benefícios para o doente. Ainda é afirmado que o uso da chaulmoogra na dose recomendada é muito eficiente para os casos lepromatosos. Desse modo, a conclusão do evento é que sejam somados o uso da chaulmoogra com a sulfonoterapia para adquirir melhores resultados no tratamento do enfermo.

A análise desse documento com as conclusões do V Congresso Internacional da Lepra ajudam a compreender as mudanças que agora estavam sendo orquestradas no combate à lepra, afinal era o evento de maior renome no período referente à doença e que contava com a participação de médicos e cientistas de vários locais do mundo, inclusive os brasileiros. Era a partir dessas discussões que o combate à lepra estava sendo pautado em nosso país.

Com o uso da sulfonoterapia no Brasil não foi diferente, já que é evidente que ocorreram mudanças significativas no combate à lepra e algumas alterações nas orientações oficiais merecem destaque, todas elas pautadas nas discussões internacionais e nas experiências médicas brasileiras. Porém, antes de adentrar a análise dessas mudanças na legislação é importante entender como chegaram às primeiras informações da nova medicação no Brasil, bem como o modo como ocorreram os primeiros usos das sulfonas no país.

Em 1944, a Revista Brasileira de Leprologia publicou a tradução de um artigo produzido por médicos norte-americanos, tendo a participação inclusive de Guy Faget, médico que liderou o estudo que confirmou a eficácia das sulfonas na terapêutica antileprótica. No escrito são detalhados os benefícios do uso de tal medicação nos EUA: “Seu emprego experimental no tratamento da Lepra foi iniciado pelos autores há mais de dois anos, e, atualmente, julga-se que o Promin é um agente terapêutico digno de ulterior experimentação na Lepra humana”. (FAGET, 1944, p. 133). Mesmo com tanto entusiasmo, para os autores, a medicação necessitava ser melhor estudada, sobretudo para encontrar formas de minimizar as reações adversas e para entender como o medicamento agia na doença, algo que ainda gerava dúvidas. Porém, mesmo com tantas incertezas, já destacavam que as sulfonas eram um grande progresso no combate à lepra que deveria ser melhor aperfeiçoada através das pesquisas médicas e laboratoriais.

Após a publicação desse artigo, os testes brasileiros foram iniciados ainda em 1944, no hospital-colônia Padre Bento, em São Paulo. Consequentemente, artigos sobre a sulfonoterapia começam a surgir na Revista Brasileira de Leprologia. Um escrito publicado em 1947 de autoria de um químico do Instituto Butantan identificado como J. Rzeppa aponta a importância da sulfona, mas destacando que o uso deve ocorrer em conjunto com o óleo de chaulmoogra, o que demonstra, mais uma vez, que a chaulmoogra não foi abandonada facilmente pelos médicos, já que existiam muitas incertezas diante das sulfonas: “Apesar dos resultados animadores obtidos até hoje, as diaminodifenil-sulfonas não devem ser consideradas químio-terápicos específicos contra a lepra. Entretanto é evidente, que possuem um efeito inibidor sobre o desenvolvimento da doença e em certo número de casos provocam regressão das lesões”. (FAGET, 1944, p. 143).

Essa forma de pensar dos médicos brasileiros estava em consonância com o pensamento médico presente na II Conferência Pan-Americana da Lepra, que já havia ocorrido e também com as resoluções futuras do V Congresso Internacional da Lepra, o que demonstra que os médicos brasileiros estavam atentos às discussões internacionais.

Nos anos seguintes, com o avançar do uso da medicação e das pesquisas com a sulfonoterapia, a quantidade de artigos sobre essa temática tem um aumento significativo. Esses escritos buscavam demonstrar o uso das sulfonas no território brasileiro, que já estava sendo utilizada em outros leprosários do Brasil, além do hospital-colônia Padre Bento, em São Paulo. Inclusive, nesse contexto, as primeiras aplicações de sulfonoterapia no Ceará já haviam acontecido, algo que abordaremos no próximo tópico deste capítulo.

Nesses artigos, as conclusões sobre o uso das sulfonas são bem parecidas e giram em torno da afirmação que a medicação ainda estava em fase de experimentação, mas que os benefícios são percebidos nos testes realizados nos doentes de lepra. No artigo publicado pelo médico Hugo Guida, clínico do hospital-colônia Padre Bento, publicado em 1947, os resultados dos três anos iniciais do uso das sulfonas na instituição é divulgado, nos quais é apontado que as reações adversas foram variadas, mas nenhuma de alta gravidade, além do que o médico afirma: “Esses são, num rápido esboço, as medidas tomadas no controle clínico do tratamento pelas sulfonas, no Sanatório "Padre Bento". São elas de carácter essencialmente prático, não tendo nós nenhuma veleidade de firmar conceito”. (GUIDA, 1947, p. 100).

O autor afirma então que não tem nenhum desejo de produzir uma verdade sobre a eficácia ou não da medicação, mas sim demonstrar as conclusões do uso prático dela nos pacientes internados na colônia. Por ser uma medicação que ainda gerava muitas dúvidas e que causava muitas reações naqueles que a ela eram submetidos, provavelmente os médicos tinham receio de afirmar a efetividade dela e depois ter sua tese refutada. Uma prova disso é que os médicos buscavam destacar a necessidade de pesquisas mais profundas sobre a medicação, pois afirmavam que ainda não tinham indícios suficientes para afirmar se as sulfonas podiam ser consideradas um medicamento específico para a lepra.

Com o avançar dos anos, as sulfonas começam a ganhar cada vez mais confiança entre os médicos brasileiros, que passam a enxergar nessa medicação uma possibilidade de amenizar o peso que o diagnóstico de lepra representava:

Até pouco tempo, a maioria dos autores considerava sempre que a lepra, depois de um curso prolongado, é usualmente fatal. Hoje, os novos progressos terapêuticos, em particular o desenvolvimento de novas drogas do grupo das sulfonamidas, despertaram as esperanças de um prognóstico menos sombrio para esta moléstia cuja origem se remonta a épocas antiquíssimas. (REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA, 1947, p. 185).

O trecho anterior pertence a um artigo de 1947 e já mostra uma postura mais confiante sobre as sulfonas. No ano seguinte, Lauro de Souza Lima, médico responsável pela primeira

administração de sulfonas no Brasil, produz um artigo em que, embora destaque as reações adversas da medicação, também demonstra uma grande confiança na medicação, destacando o quanto ela trouxe benefícios para a vida do doente, ajudando até na melhoria de graves lesões e afecções oculares. O médico também apresentou diversos dados que corroboram com essa ideia, porém ainda afirma que pesquisas são necessárias para aperfeiçoar tal medicação. (LIMA, 1948, p. 75-85).

Como o processo de confiança na sulfonoterapia enfrentou dificuldades entre os médicos, as mudanças legislativas em torno da lepra aconteceram de modo devagar e só foram realmente impulsionadas com o aumento da confiabilidade nos efeitos positivos da sulfonoterapia. A partir de 1947, momento em que a sulfonoterapia passou a ganhar mais confiança entre médicos e cientistas, o Serviço Nacional da Lepra cria a Portaria n.º 3 de 28 de fevereiro de 1947 para estabelecer orientações sobre a concessão de altas para os doentes de lepra. A intenção de Ernani Agrícola, diretor do órgão, era uniformizar os parâmetros para as altas de leprosos no Brasil.

É interessante perceber que logo nas primeiras linhas do decreto a palavra “altas” surge entre aspas. Ao longo do texto, é explicado que as altas aconteciam mediante requisitos e que poderiam ser parcial ou total, temporária ou definitiva.

Para ter a possibilidade de sair da instituição de isolamento, ou seja, ser transferido para acompanhamento no dispensário, o doente tinha que passar por um longo processo que começava com exames negativos (no caso de tipo lepromatosos eram necessários 12 exames mensais consecutivos, além de regressão das lesões; já para os demais era pedido seis exames consecutivos negativos); candidatura para transferência ao dispensário, autorização do diretor e da junta médica, e por fim, provar que podia se manter financeiramente fora da instituição, além de se comprometer a realizar o acompanhamento mensal nos dispensários. Esses eram os principais requisitos recomendados apenas para conseguir sair da instituição.

Já com relação a uma alta provisória, os requisitos eram ainda mais criteriosos:

A alta provisória será concedida aos doentes de dispensário depois de 24 meses consecutivos de negatividade baciloscópica e estacionamento ou involução das manifestações cutâneas, durante os quais serão feitas revisões clínicas trimestrais e exames de laboratório de material colhido por técnicos dos serviços oficiais. (AGRÍCOLA, 1947, p. 43).

Ou seja, era um processo ainda mais delicado. E caso o indivíduo conseguisse a alta provisória deveria fazer acompanhamento quadrimestral nos três primeiros anos e semestral nos três anos seguintes. Caso tivesse apenas exames negativos durante esses seis anos,

poderia conseguir a alta definitiva. Mas, o escrito deixa claro: “A concessão de alta definitiva não impede que o caso possa ser novamente fichado como doente de lepra”. (AGRÍCOLA, 1947, p. 44). Ou seja, voltar à instituição de isolamento não era algo completamente descartado só porque a pessoa recebeu alta. Essa situação demonstra que a doença estava sempre à espreita e aquela pessoa que foi uma vez acometida pela lepra acabava carregando o peso do medo e o estigma para a sua vida, mesmo após ter alcançado a sonhada alta definitiva.

A presença de uma portaria de caráter nacional que orientava o procedimento para as altas até de casos lepromatosos sem dúvida é um avanço que só foi alcançado devido à eficiência da sulfonoterapia. Claro que os requisitos para alcançar tal privilégio eram muitos e não eram todos os doentes que conseguiam sair da instituição ou até mesmo queriam sair de um ambiente que viveram tanto tempo. Porém, a elaboração de tal portaria comprova que a visão em torno da lepra estava sendo alterada paulatinamente.

Com o passar dos anos, os avanços em torno da lepra continuavam e isso continuou refletindo nas leis relacionadas à lepra. Em 1949, período em que já havia acontecido o V Congresso Internacional da Lepra e as orientações de combate à doença estavam cada vez mais objetivas, uma nova lei foi criada. A lei nº 610, de 13 de janeiro de 1949 fixava normas para a profilaxia da lepra. Embora a notificação de um caso de lepra continuasse compulsória, o isolamento só era obrigatório para casos lepromatosos e os não lepromatosos que fossem contagiantes. Dessa forma, é fixado em lei algo que já estava sendo discutido desde 1939, ainda na IV Conferência Internacional da Lepra, no Cairo.

Além disso, o isolamento também continua obrigatório para doentes que, mesmos não lepromatosos, não seguissem as medidas sanitárias fora da instituição e para “[...] quaisquer casos quando os doentes não puderem obter os recursos necessários á própria subsistência, ou forem portadores de estigmas impressionantes de lepra”. (BRASIL, 1949). Dessa forma, mais uma vez a questão de um tratamento específico baseado na condição social do doente se faz presente e, mais além, os doentes que tivessem sequelas graves da doença não poderiam viver entre a população sã para não causar um choque naqueles que por ventura com eles cruzassem. Ou seja, mesmo sem transmitir a doença, o corpo doente era julgado e isolado para preservar o interesse dos sãos. Outro motivo para isso poderia ser manter os casos mais avançados longe da população sadia para tentar diminuir o medo que um diagnóstico de lepra exercia nos indivíduos, o que dificultava a busca voluntária por diagnóstico.

A lei ainda aponta que o isolamento domiciliar seria permitido, nos casos em que as condições financeiras e de habitação dos doentes permitissem. Essa é mais uma situação em

que o recorte de classe surge, pois apenas a população mais abastada conseguia atingir tais requisitos para alcançar o privilégio de se manter isolado em sua residência.

Sobre o tratamento, o documento aponta que deve ser gratuito e obrigatório tanto para isolados, como para não isolados. Os doentes não isolados deveriam se submeter à vigilância periódica e também tinham direito a assistência social para fazer o reingresso do indivíduo na sociedade: “Art. 25. Aos doentes não isolados, inclusive os egressos de leprosários, a assistência social deverá visar, fundamentalmente, ao seu reajustamento ocupacional de modo que eles fiquem, por si mesmos, providos dos recursos para sua subsistência”. (BRASIL, 1949). Já para os doentes isolados, a preocupação era garantir condições de vida digna e confortável e que se assemelhasse ao cotidiano fora da colônia.

O objetivo era dar condições de vida aos internos semelhantes ao mundo fora dos muros da colônia e a assistência social que os doentes fora do isolamento deveriam receber apontam que existe uma preocupação com a saúde mental do doente, algo que já vinha sendo debatido há um tempo. Finalmente, os impactos do isolamento compulsório e do diagnóstico de lepra começam a ser percebidos e levados em consideração, o que gera tentativas de reparação histórica com o objetivo de minimizar os males causados na vida daqueles que viveram períodos de suas trajetórias isolados do mundo exterior.

Assim, a lepra chega ao final dos anos 40 reformulada, de modo que os discursos sobre as doenças entre o meio médico e também nas leis são mais amenos. Todas essas mudanças só foram possíveis devido aos avanços médicos-científicos, sobretudo aqueles relacionados à nova classificação da lepra e ao uso da sulfonoterapia.

No caso do Ceará, a situação não foi diferente e a chegada das novas teorias científicas e da sulfonoterapia marcou o início de um novo momento de combate à lepra no estado, que culminou nas primeiras altas de internos das instituições de isolamento do Ceará. Esse processo é o que analisaremos no próximo tópico.

5.3 A sulfonoterapia no Ceará e as primeiras altas: uma nova esperança para a lepra.

O combate à lepra a nível nacional foi alterado pelas mudanças médicas e científicas que aconteceram nos anos 40. O Ceará, sem dúvida foi influenciado por essas alterações e a forma de lidar com a lepra no estado foi se alterando paulatinamente. Mesmo antes do uso da sulfonoterapia em nosso estado, ainda na década de 30, o Ceará já tinha médicos que traziam ideias consideradas diferentes da forma tradicional de combate à doença. Um exemplo disso é a ação de Antônio Justa que, como mostramos nos capítulos anteriores, já falava na

possibilidade de um isolamento transitório e da hipótese da lepra não ser contagiosa em alguns casos. Isso tudo em um contexto que não era uma orientação dos eventos internacionais e muito menos dos órgãos federais de saúde pública.

Justa, no início da década de 40, torna os seus discursos ainda mais flexíveis e já aponta que o problema da lepra não será resolvido apenas com a fundação de leprosários e preventórios, a solução seria muito mais complexa e embora incluísse o leprosário, esse não deveria ser para todos:

“[...] os doentes incipientes, aqueles que mais se beneficiam do tratamento modernamente preconizados, devem ser socorridos sem prejuízo de suas atividades, ou quando esse for preciso, devem ser socorridos sem prejuízo das suas atividades, ou quando esse se faz preciso devem receber compensação equivalente, enquanto lhes durar o impedimento.” (JUSTA, 1942, p. 07).

Nesse contexto já havia ocorrido o IV Congresso Internacional da Lepra, que já orientava o isolamento apenas de casos contagiantes. Isso demonstra que o pensamento médico cearense, nesse momento exemplificado através dos escritos de Justa, evoluiu junto com as orientações internacionais, e no caso médico, antes mesmo de algumas dessas orientações aparecerem, já demonstrava uma opinião diferente sobre a lepra baseada em sua vasta experiência médica no combate à doença.

Com relação à prática médica, Justa inclusive possibilitava saídas autorizadas e transferência para tratamento no dispensário em um contexto no qual as leis da saúde pública ainda não discutiam essa possibilidade. Claro que esses casos são exceções, mas ajudam a compreender que já era perceptível no estado, em certa medida, uma forma diferente de entender a enfermidade desde os anos 30.

Mas, mesmo com posturas consideradas modernas por parte de alguns médicos, a falta de uma medicação específica para lepra ocasionava o pouco questionamento do isolamento e certo pessimismo: “Entretanto, estou certa de que, se continuarmos a trabalhar na mesma velocidade e com o mesmo impulso criador, dentro de suas gerações estará extinto o mal no Brasil” (O NORDESTE, 16/MAI/1939, p. 03).

Somente com os avanços médicos e científicos que ocorreram na década de 40 que a situação da lepra no estado se alterou de modo mais perceptível, sobretudo com as mudanças na terapêutica antileprótica. Em agosto de 1947, o Ceará teve a oportunidade de aplicar em seus pacientes a medicação conhecida como sulfonoterapia. Inicialmente, foram usados os

derivados da sulfona conhecidos como Promim e Diazone. A utilização era feita em injeções e em comprimidos.

Ainda em 1947, a revista Ceará Médico aborda o assunto das sulfonas, destacando que, inicialmente, a medicação foi desenvolvida para tratar a tuberculose, mas não trouxe avanços significativos. Porém, no caso da utilização da terapêutica antileprótica, considera os resultados animadores e que, atualmente, o medicamento que está sendo escolhido para tratar a lepra são as sulfonas. Assim como no cenário nacional, a sulfonoterapia ainda não tem total confiança dos médicos locais, que dizem não ser possível determinar ainda se esse tratamento pode ser considerado específico para a lepra, mas destacam que: “[...] as melhorias clínicas observadas permitem atestar que é ele, o agente mais valioso no tratamento da doença”. (ANDRADE, 1947, p. 05). Além disso, afirmam que a sulfonoterapia também enfrenta o empecilho de propriedades tóxicas, o que acaba causando a necessidade de diminuir ou interromper a medicação, prejudicando o tratamento e diminuindo os resultados.

Ainda em 1947, José Maria de Andrade, chefe da saúde pública, também abordou as vantagens da sulfonoterapia como uma grande esperança de tornar doentes até então positivos em negativos. O médico afirmou que muitos doentes cearenses já haviam recebido a medicação e que já era possível registrar casos de doentes contagiantes que tiveram exames negativos. Além disso, José Maria de Andrade afirma que as melhoras físicas também são perceptíveis: “Feridas nasais, oculares, etc, que são o grande problema da pessoa atacada, tem regredido a passos largos, o que faz supor que esse medicamento é o mais específico dos atuais”. (ANDRADE, 1947, p. 19).

Porém, o médico continua defendendo a importância de isolar os doentes de lepra na forma contagiosa. Ele resume que a atual profilaxia da lepra se refere a: “[...] a descoberta do foco, exame sistemático do comunicante e o isolamento do contagiante em colônia de isolamento. Para conhecimento do foco dispomos no Ceará de dois dispensários”. (ANDRADE, 1947, p. 20).

O médico ainda levanta alguns dados que merecem destaque. Ele afirma que estavam fichados no Ceará para isolamento 1930 doentes, e em torno de seiscentos estavam isolados em instituição. A justificativa para o não isolamento do restante é a falta de acomodações suficientes e de verbas. Os dados do isolamento domiciliar também são destacados e José Maria de Andrade afirma que em Fortaleza existem 306 leprosos em vigilância, dos quais 178 são contagiantes. Após explanar essas informações, o médico reclama da falta de verbas para atender melhor os doentes e ter mais espaço nos leprosários para praticar o isolamento para os casos necessários. Ainda aponta a importância do controle dos comunicantes, por isso destaca

os dispensários como fundamentais para realizar essa função, tanto no que se refere aos doentes, como aqueles com quem eles mantiveram contato.

Por fim, mesmo destacando os outros fatores como importantes, o médico apontou dois pontos como essenciais para um combate à lepra efetivo. O primeiro era o dispensário: “Acreditamos que o dispensário é à base desse serviço por que torna mais fácil localizar fóco novo e por serem itinerantes cobrem grandes regiões e cobrindo grandes regiões podem manter uma fiscalização maior sobre os comunicantes” (ANDRADE, 1947, p. 22). É importante lembrar que, nesse contexto, o Ceará possuía dois dispensários fixos, um em Fortaleza e o outro Iguatu, mas o desejo de José Maria era edificar mais dois, sendo um Sobral e o outro em Russas.

O outro ponto que o médico considera fundamental é a medicação. José Maria acredita nos avanços científicos como essenciais para levar a lepra a uma situação futura melhor e a sulfonoterapia, para ela, podia ser a grande oportunidade tão esperada há tanto tempo: “[...] do ponto de vista científico, nada mais justo que tratar da lepra porque constitue uma profilaxia. Fazendo a negatividade dos casos contagiantes, estamos fazendo a profilaxia”. (ANDRADE, 1947, p. 05). Assim, para o médico tratar a doença era, ao mesmo tempo, uma terapêutica e uma profilaxia, pois tornar o doente não contagioso, impedia que novos focos da enfermidade surgissem, evitando o contágio de mais pessoas.

A análise dos relatos de José Maria de Andrade ajuda a entender como estava o combate à lepra nesse período. É certo que muitas mudanças haviam acontecido no estado cearense referente a essa enfermidade, mas alguns problemas permaneciam, como a dificuldade de verbas específicas para a lepra. Isso demonstra que mesmo com a parceria entre governo federal e estadual, nem todos os problemas relacionados à lepra foram solucionados, apenas minimizados. Afinal, o número de doentes só aumentava, o isolamento não era transitório, ou seja, os doentes não tinham nenhum tipo de prazo para deixar a instituição, além do que a morte de leprosos não era algo comum, pois a doença não era considerada potencialmente fatal.

Desse modo, o número de doentes só subia e as verbas públicas não conseguiam dar conta da manutenção de tantas pessoas totalmente custeadas pelo estado, afinal a lei dizia que a manutenção da vida do enfermo deveria ser responsabilidade do estado. Essa responsabilidade poderia ser dividida com as ações de filantropia e caridade, porém, nesse contexto, devido à atuação cada vez maior do estado e da União, a ajuda particular não era mais tão atuante no combate à lepra.

Outro ponto que os escritos de José Maria de Andrade ajudam a compreender é como a sulfonoterapia, embora fosse criticada em alguns pontos, adquiriu muito importância e acabou se tornando o eixo da terapêutica antileprótica em um curto espaço de tempo, ocasionando mudanças significativas em nosso estado, sobretudo as primeiras altas (como eram conhecidas às transferências para acompanhamento no dispensário).

Em outro escrito, José Maria relata as dificuldades de usar a sulfonoterapia nos doentes, pois considerava a medicação cara e que, devidos às reações adversas, outros medicamentos precisam ser utilizados para controlar esses efeitos, o que torna o tratamento ainda mais caro. O médico afirma que a falta de verbas torna impossível medicar todos os doentes com o tratamento que ele considera mais moderno e ainda conclui que o número de leprosos só aumenta e as verbas públicas não acompanham esse crescimento, o que torna impossível manter todos os doentes de modo satisfatório. Mais uma vez percebemos a falta de verba prejudicando o andamento do combate à lepra, o que prova que, mesmo com uma atenção maior das autoridades públicas para a situação dos doentes, os problemas não foram solucionados em sua totalidade e faltava muito a ser feito para melhorar verdadeiramente a situação do combate à lepra no Ceará e a vida dos afetados pela política isolacionista.

Além disso, José Maria também afirma que o certo é que as autoridades públicas devem custear o tratamento, uma vez que o doente é retirado da sociedade, os órgãos públicos possuem uma responsabilidade com eles, pois perdem a liberdade e as formas de sustento devido ao isolamento a que estão sendo submetidos. Por fim, o médico afirma que até o momento apenas 105 pessoas acometidas pela lepra já haviam sido submetidas ao tratamento da sulfonoterapia. Percebemos então que o processo de uso das medicações, embora fosse considerado importante, não foi realizado imediatamente em larga escala. Isso tornou ainda mais lento o alcance das sonhadas altas nas instituições de isolamento.

Os elogios à sulfona só aumentaram no Ceará e através dos prontuários médicos da colônia Antônio Diogo foi possível perceber que a presença da nova medicação interferiu no cotidiano e na organização do atendimento médico dispensado ao paciente. Antes do início da aplicação das sulfonas, não foi encontrada nenhuma ficha exclusiva que fizesse o acompanhamento medicamentoso do interno, apenas algumas informações soltas são encontradas nas fichas gerais. Mas, com o início do uso das sulfonas a partir de 1947 foi incorporada uma ficha exclusiva para o acompanhamento do doente, criada pelo Serviço Nacional da Lepra para padronizar os registros sobre os doentes.

Essa ficha contava com o nome da medicação utilizada, a data da aplicação ou ingestão e também a quantidade. Além disso, também contava com os exames realizados pelo

paciente e o resultado obtido. Todas essas informações eram necessárias para que, posteriormente, o paciente estivesse apto para receber a transferência para o dispensário. Mas, a sonhada transferência para o dispensário por vezes demorava bastante e podia levar em média quatro anos para acontecer. Por que demorava tanto?

Para entender o processo de alta é preciso levar em consideração que, como já mostramos no tópico anterior, as sulfonas não ganharam a confiança dos médicos rapidamente. Conseqüentemente, o processo de altas demorou a ser aprovado pelas políticas de saúde pública, algo que só aconteceu por lei em 1950. Quando as altas foram regulamentadas, os requisitos para que elas acontecessem eram muitos, ou seja, a possibilidade de altas não significou uma abertura em massa dos portões dos leprosários em nenhum lugar do Brasil, muito menos no Ceará.

A lei nº 1.045, de 02 de janeiro de 1950 autorizou a alta de doentes de lepra no Brasil. A alta pode ser provisória ou definitiva. Sobre a alta provisória: “§ 2º A alta provisória poderá ser concedida a doentes não sujeitos ao isolamento compulsório, atenuando-se as restrições impostas pelas leis e regulamentos em vigor”. (AGRÍCOLA, 1950). Ou seja, a alta provisória só poderia ser aplicada aos doentes que não estavam em isolamento em leprosários e, em suma, significava que a vigilância sobre o doente seria diminuída. Já sobre a alta definitiva, o documento pondera: “A alta definitiva poderá ser dada a doentes de alta provisória e cessarão deste modo as restrições impostas pelas leis e regulamentos em vigor”. (AGRÍCOLA, 1950). Dessa forma, apenas os doentes que já haviam conseguido a alta provisória poderiam ter a alta definitiva, o que significa que o indivíduo não teria mais que se submeter a nenhuma restrição imposta pela profilaxia da doença.

No caso dos doentes em isolamento domiciliar ou nosocomial, a situação era mais delicada: “Aos doentes isolados em leprocômios ou em domicílio, cessados os motivos determinantes do isolamento, será permitida a transferência para dispensário, onde deverão continuar sob tratamento e vigilância” (AGRÍCOLA, 1950). Para conseguir a transferência para o acompanhamento médico no dispensário, o indivíduo tinha que passar por uma série de exames que eram registrados na ficha médica e pela avaliação de uma comissão específica para avaliar se a pessoa teria ou não o seu pedido atendido:

Art. 3º Em cada Unidade Federada, os doentes candidatos ou propostos para a alta e a transferência para dispensário deverão ser submetidos a exames por uma comissão de três leprólogos, assim constituída: dois, designados pela autoridade sanitária competente e um, que será o presidente da comissão, pelo diretor do Serviço Nacional de Lepra. § 1º Não poderão fazer parte das

comissões os médicos assistentes dos candidatos e os chefes de serviço de profilaxia da lepra (AGRÍCOLA, 1950, p. 51).

Após ser avaliado pela referida comissão, caso o pedido fosse negado, o interno teria o direito a recorrer dentro de oito dias do parecer. Mas, até chegar à possibilidade de ter o seu caso examinado, um longo caminho deveria ser percorrido pelo paciente para que fosse considerado apto a transferência ao dispensário e conseguir o direito de ter o seu pedido avaliado.

A Portaria n.º 11, de 08 de março de 1950 discorreu sobre os requisitos que o interno deveria cumprir para ser considerado apto a transferência para o dispensário. O escrito se baseava em muito do que já havia sido dito na Portaria n.º 3 de 28 de fevereiro de 1947, já analisada neste trabalho.

De modo geral, os pacientes internados precisavam ter regressão de suas lesões e manter os seus exames bacteriológicos negativos. No caso de doentes lepromatosos seriam necessários nove exames negativos consecutivos e para os da forma indeterminada e tuberculóide eram pedidos três exames negativos, também consecutivos. Caso, durante o percurso, o candidato à transferência para o dispensário tivesse um exame positivo, esse seria refeito e em caso da confirmação do resultado, o processo seria iniciado novamente. Lembrando que essas regras tinham validade para doentes positivos, já que os doentes negativados não precisavam mais se submeter ao isolamento, somente em casos justificados pela “[...] exigências clínicas, econômicas, sociais, estéticas ou disciplinares” (AGRÍCOLA, 1950, p. 54).

Após cumprir todos os requisitos citados no parágrafo anterior, o interno seria submetido a exames finais que seriam encaminhados à comissão de alta. Conforme já explicado, o caso era avaliado sendo considerado aprovado ou reprovado. Não podiam ser encaminhados para avaliação da comissão casos em que o interno tivesse alienação mental, estivesse cumprindo medida judiciária, não tivesse condições de garantir a sua subsistência e fosse acometido por “estigmas impressionantes de lepra”. Mais uma vez, assim como na Portaria n.º 3 de 28 de fevereiro de 1947, as questões sociais e estéticas são colocadas como requisitos fundamentais para a vida do indivíduo fora do isolamento compulsório, de modo que, mesmo que uma pessoa tivesse condições clínicas favoráveis para a transferência ao dispensário, a autorização não seria permitida devido à condição social ou as sequelas que a doença deixou naquele que foi por ela acometido.

Percebemos que todo esse aparato limitava a saída dos internos das instituições de isolamento, pois os requisitos eram muitos, o que tornava cada vez mais difícil para um interno se livrar das amarras do isolamento compulsório.

Após conseguir a transferência para o dispensário, alcançar uma alta provisória ou definitiva era um caminho ainda mais complexo:

Aos doentes que obtiverem "transferência para dispensário" será concedida "alta provisória", depois de vinte e quatro (24) meses consecutivos de observação, verificada a inatividade da doença com bacterioscopia reiteradamente negativa e estrutura inflamatória crônica inespecífica ou tuberculóide, negativa para bacilos ácido-álcool-resistentes (AGRÍCOLA, 1950, p. 55).

Em alguns casos, o indivíduo poderia conseguir a alta na metade do tempo, como, por exemplo, se tivesse a forma clínica da doença tuberculóide ou indeterminada. Lembrando que isso não era uma regra e sim uma exceção. Já para alcançar a alta definitiva, o paciente deveria ser acompanhado por seis anos, mantendo exames negativos e condições clínicas favoráveis. Caso o doente tivesse algum exame positivo confirmado, o processo seria reiniciado ou o doente poderia até mesmo ser isolado novamente, o que tornava cada vez mais difícil que uma pessoa atingisse os requisitos para a alta definitiva.

Mesmo com tantos empecilhos, essa era a maior oportunidade desde o início do isolamento compulsório para que os doentes saíssem da instituição através dos meios legais. No Ceará, as primeiras altas tiveram início em janeiro de 1951 apenas na Colônia Antônio Justa, onde 18 internos saíram da instituição.

No relatório de Walter Cantídio, diretor do Departamento de Saúde, referente ao ano de 1952, 64 doentes de Antônio Justa e 48 doentes de Antônio Diogo haviam recebido transferências para o dispensário. (CANTÍDIO, 1953) Isso se explica pelo processo dificultoso que era para o doente conseguir ser considerado apto para a liberação do isolamento compulsório.

Quando os doentes conseguiam, muitas vezes, eram barrados pela comissão de altas. Os recursos eram realizados pelo médico da instituição e um exemplo disso foi o recurso escrito por Carlos Vianna, diretor clínico da Colônia Antônio Diogo, para questionar a recusa da comissão de altas para aprovar a transferência de cinco doentes internados na instituição. Essa quantidade significativa de recusas demonstra que não era uma prática incomum.

No recurso, o médico justifica que os candidatos cumpriram todos os requisitos clínicos, possuem formas de subsistência e estão aptos para o trabalho, além de possuírem

famílias dispostas a recebê-los. Nesses casos questionados por Vianna, o motivo da recusa foi social, já que os doentes em conversas com a assistência social negaram possuírem condições de se manter fora da instituição e, segundo a comissão de altas, foi uma tentativa de serem beneficiados pelas ações de amparo ao egresso. Mas, nesse caso, o recurso foi acolhido e os internos foram transferidos para acompanhamento no dispensário (BOLETIM DA COLÔNIA ANTÔNIO JUSTA, 1953, p. 29-31).

Caso o doente conseguisse a transferência para o dispensário, ainda teria que enfrentar um novo desafio: a adaptação no mundo externo. O fator principal que contribuía para que o doente enfrentasse dificuldades na sua nova vida era o estigma. O medo da lepra não desapareceu do nada, pelo contrário, teve uma grande durabilidade, ainda mais devido ao isolamento compulsório que ainda estava sendo praticado para alguns casos de lepra. Então, não era fácil para uma pessoa que viveu anos da sua vida sob controle social se adaptar a uma sociedade que ainda via a doença a qual ele era acometido como sinônimo de medo. Os próprios jornais, muitas vezes, se posicionavam de forma que gerava constrangimento social aos doentes e dava ainda mais incentivo para a população tratar o egresso com certo preconceito. É o que Carolina Cahu aponta: “A cura para a doença, o atestado de “transferência para dispensário”, o laudo médico afirmando que o doente não era mais um foco de contágio de nada valiam. As sulfonas trouxeram novas esperanças, mas também um novo problema” (CAHU, 2012, p. 132).

Os médicos, por vezes, até tentavam minimizar o estigma que a lepra carregava, afirmando que não havia motivo para excluir o egresso da vida social, pois a lepra era uma doença como tantas outras. Porém, mesmo assim, o meio social continuava hostil com o egresso:

Se essa ocorrência (altas) é, realmente, uma clareira providencial que se abre na vida dos infortunados, outros problemas têm eles de defrontar. [...]. É o chamado problema dos egressos, que tem de ser resolvido não pelo médico ou pelo interessado, mas por um Serviço Social com finalidades específicas ao encaminhamento dos curados ao meio sadio de onde forem retirados para a clausura do leprosário (CANTÍDIO, 1953, p. 17).

Entendendo essa nova necessidade, passou a existir no Ceará um Serviço Social interligado ao Serviço de Profilaxia da Lepra. O objetivo desse serviço era auxiliar os egressos do leprosário a se reajustar na sociedade, pois muitos doentes estavam voltando ao isolamento por não encontrarem no meio social o acolhimento para poder reiniciar a vida em comunidade. Outro objetivo do serviço era prevenir que situações como essas acontecessem

novamente com aqueles que estavam sendo internados nesse novo contexto, pois, mesmo com as altas, os doentes contagiantes ainda estavam sendo isolados. Além do cuidado ao doente, o referido serviço também deveria dar apoio às famílias dos internos que, muitas vezes, ficavam desamparadas diante do isolamento de um membro provedor da família.

O foco principal do Serviço Social era realmente aquele que ia ser submetido ao isolamento e, segundo Helena Barreto, diretor do referido serviço, o cuidado com o doente não deveria acontecer apenas na saída, mas, quando fosse submetido ao isolamento, era necessário que o indivíduo fosse acompanhado para que tivesse apoio psicológico e fosse adaptado a sua nova realidade. Outro ponto de destaque é a importância do contato familiar, pois, mesmo isolado, o doente deve ter a oportunidade de ter contato com sua família através de cartas ou visitas.

Com relação à saída do doente, o Serviço Social tem a função de acompanhá-lo nesse momento, conhecendo sua habitação e condições de vida, bem como contribuindo para que o egresso consiga um trabalho que possa realizar e se sinta parte integrante da sociedade novamente, mesmo em um contexto em que a volta do enfermo ao convívio social ainda causasse certa repulsa. (BARRETO, 1953, p. 25-27).

Mesmo com as altas, o problema do leproso agora estava no meio externo, a tão sonhada liberdade se tornou um motivo de tristeza, levando o doente a se recolher por vontade própria, porém coagido pelo meio social, ao lugar no qual ele não era rejeitado e excluído. Dessa forma, o doente voltava ao isolamento, não por intermédio da lei ou dos médicos, mas porque preferia viver isolado que está em uma sociedade que não era mais sua.

Um exemplo dessa repulsa ao egresso estava nos jornais locais, que, algumas vezes, traziam escritos como esse “Leproso passeia livremente pelo bairro Bom Futuro” (O POVO, 02/ABR/1954, p. 02). A matéria conta um caso de um doente de lepra que é relatado como foragido a dois dias de uma das colônias de isolamento do Ceará. Com certa revolta, o escrito aponta que o doente continua andando pelas ruas, sem nenhuma intervenção dos órgãos públicos, o que é considerado um absurdo.

Menos de uma semana depois, o mesmo jornal publica uma carta endereçada à Colônia Antônio Justa. O escrito já apresenta outro tom: “A lepra e’ uma doença como outra qualquer”. (O POVO, 10/ABR/1954, p. 08). Na carta é esclarecido que o doente em questão na verdade havia conseguido a transferência para o dispensário e que a lepra não deveria mais ser tratada de modo pejorativo como havia sido feito na matéria de dias atrás. O artigo é finalizado afirmando que a lepra é uma doença como outra qualquer e que o egresso não deve ser tratado dessa forma pelo meio social, pois já faz muitos sacrifícios para preservar a vida da

população sã. É interessante perceber que, na carta, o termo lepra e leproso não é mais utilizado, o que era uma tentativa para diminuir o estigma que o doente sofria por estar relacionado a uma doença carregada de significado e de preconceitos.

Dessa forma, apesar do uso da sulfonoterapia ter proporcionado as primeiras altas de internos das instituições de isolamento de lepra no Ceará, essa situação não pode ser considerada uma resolução para o problema da lepra e nem uma mudança de caráter radical. Como mostramos, os requisitos para concessão de altas eram complicados, o que dificultava o alcance por parte do interno, de modo que nem todos conseguiam nem ao menos ser considerados aptos para transferência ao dispensário. Quando o doente era analisado pela comissão de altas, podia ter seu pedido negado, o que tornava todo o processo ainda mais difícil. Por fim, caso conseguisse passar por todas essas etapas, o egresso ainda tinha que se adaptar ao novo meio social, que não era muito acolhedor com os que voltavam do isolamento compulsório e ainda precisava esperar no mínimo seis anos para conseguir a alta definitiva, algo que não era garantido, pois o doente podia até voltar a ser isolado durante esse intervalo de tempo.

As altas possibilitadas pela sulfonoterapia foram sem dúvida um marco histórico importante para mudanças no tratamento da doença. Mas, apenas jogar de volta os doentes na sociedade sem uma grande rede de apoio e estratégias de reinserção social e de educação sanitária não foram suficientes, pois muitos daqueles que foram isolados não se encaixavam no meio social e passaram a sofrer um isolamento fora dos muros da colônia.

Assim, buscamos mostrar que, mesmo com todas as melhorias médicas e científicas que ocorreram na década 40, estas não foram suficientes para solucionar o problema da lepra no Ceará, pois o isolamento compulsório continuou para os casos considerados contagiosos e aqueles que receberam alta foram repelidos pela sociedade. Ou seja, todo imaginário sobre a lepra que foi construído desde fins do século XIX, não pode ser destruído tão facilmente e os egressos foram os que pagaram o preço pelo estigma que foi cunhado ano a ano quando se falava de lepra.

O problema da lepra ainda estava longe de acabar, pois um longo caminho ainda seria percorrido para o fim do isolamento compulsório e para diminuição do estigma construído em torno da enfermidade. Estigma esse construído pelos médicos, imprensa e cientistas que nesse contexto buscavam formas de reparar o erro e encontrar um meio de mudar a imagem da lepra a ponto dela ser considerada finalmente uma doença como outra qualquer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada sobre o combate à lepra no Ceará entre os anos 1918 e 1951 revelou que as estratégias de atenção à saúde no estado passaram por diversas mudanças, que influenciaram na forma de entender e de tratar essa enfermidade. Conseguimos perceber que a forma de conceber a doença e os grupos que com elas se envolviam estava ligado ao modo como a enfermidade era vista internacionalmente e nacionalmente, pois as orientações dos eventos que debatiam a doença serviam como base para a organização do combate à lepra no Brasil e no Ceará.

Inicialmente tratar a lepra se resumia basicamente à retirada do leproso do contato com a população sã, ou seja, isolar obrigatoriamente aqueles que estavam acometidos por lepra era visto como a única solução, pois, de acordo com o pensamento do período, a doença era extremamente contagiosa e os que por ela eram acometidos, não deveriam viver em liberdade, e sim em instituições edificadas com a finalidade de retirar o doente da sociedade; esses eram os leprosários. Portanto, a lepra foi uma doença que esteve atrelada à política do medo, gerando preconceitos com aqueles que contraíram essa enfermidade.

A partir de 1918, as ações de cuidado a lepra no Ceará ficaram restritas, sobretudo as iniciativas particulares, nas quais os católicos receberam grande destaque, pois atuaram como uma liderança na construção e nos primeiros anos de funcionamento do leprosário Antônio Diogo, utilizando discursos que buscavam motivar a caridade. Esse processo durou até meados da década de 30 e, durante esse período, as políticas públicas de combate à lepra eram mínimas, tanto no Brasil, como no Ceará.

Até então a lepra não demandava grande atenção das autoridades e isso gerava intensas cobranças por parte dos católicos, que passaram a liderar esse combate, e dos médicos, que eram as autoridades no assunto. Dessa forma, nos anos iniciais de formação da organização de combate à lepra, as ações foram divididas entre católicos e médicos, sendo que os primeiros tiveram como função a obtenção de verbas particulares que seriam destinadas a doença e os segundos contribuíram através da ação médica, tanto nos discursos, como nas práticas. Assim, concluímos que, apesar da existência de órgãos de saúde pública no Ceará durante esse período, os poderes públicos não foram direcionadores das ações de combate à lepra no contexto.

Conseguimos perceber que a situação começou a mudar com o início da Era Vargas, que destinou mais atenção à saúde pública, inclusive fundando o Ministério da Educação e

Saúde Pública (MESP). Esse novo órgão buscou centralizar as ações relacionadas à saúde e fundou o Serviço Nacional da Lepra (SNL), que ficou responsável por orientar a forma como o combate à lepra deveria ser exercido nos estados brasileiros. Além disso, nesse contexto, as verbas destinadas para a enfermidade se tornaram mais presentes, sendo repassadas para os estados, o que acarretou na construção de leprosários, preventórios e dispensários em todo o Brasil.

Destacamos que com o Ceará não foi diferente, de modo que as mudanças de caráter nacional acabaram alterando os rumos do combate à lepra no estado. Uma das alterações mais relevantes foi a fundação de um segundo leprosário e de um preventório, ambos foram construídos prioritariamente com verbas públicas, tanto federais, como estaduais. Nesse momento, o combate à lepra foi retirado das mãos dos grupos particulares, de modo que a direção das instituições, inclusive do primeiro leprosário cearense, foi entregue aos cuidados públicos.

É consolidado no Ceará um combate à lepra pautado nas ações públicas, de modo que as iniciativas privadas acabaram ficando em segundo plano, posto que agora o local de destaque era ocupado pelos médicos e pelos políticos que se interessavam em dedicar atenção para a enfermidade. Conseguimos entender que, apesar dos católicos terem deixado de ocupar espaço de destaque nas ações de atenção a enfermidade, não perderam influência total, já que os leprosários continuavam sendo organizados em seu cotidiano pelas irmãs católicas, que influenciavam nas regras do local e na vida do interno em seus dias isolados.

Mesmo com tantas mudanças que ocorreram em meados dos anos 30 e nos anos iniciais da década de 40, é perceptível que uma prática acabava sendo mantida: o isolamento compulsório. Aparentemente, o único ponto que havia mudado na forma de combater a doença era que os órgãos públicos passaram a atuar mais enfaticamente nesse combate, gerando um aumento de verbas e melhorias nas instituições de isolamento. Porém, o pensamento da lepra como uma doença que deveria ser tratada com o isolamento compulsório, que era justificado pela falta de uma medicação específica e pela contagiosidade da doença, permanecia fortemente e o número de leprosários aumentava a cada ano.

Na década de 40, a situação da lepra começou a sofrer alterações mais profundas que não se resumiam apenas em quem liderava esse combate, mas sim na forma de tratar a doença. Os congressos internacionais criaram uma nova classificação para a lepra, o que possibilitou aos doentes considerados não contagiosos não precisarem mais se submeter ao isolamento. Além disso, o aparecimento de uma medicação mais eficiente para o combate à lepra, a sulfonoterapia, trouxe novas possibilidades para os doentes, o que posteriormente

gerou as primeiras altas. Essas duas mudanças são consideradas os primeiros grandes avanços em anos de combate à lepra.

Essas orientações internacionais foram acatadas pelos médicos brasileiros, o que foi percebido na análise da Revista Brasileira de Leprologia, e também pelos médicos cearenses, o que foi analisado por meio da revista Ceará Médico. Com o início da aplicação das sulfonas no Ceará em 1947, a expectativa para as altas cresceram e foram consolidadas em 1951, após longos processos que envolviam regressão nos sintomas e testes para comprovar a não contágiosidade.

Porém, como destacamos, as altas e uma medicação eficiente para a doença não significou que todo o estigma construído ano após ano em torno dos doentes mudou, pelo contrário, muitos eram rejeitados pelo meio social, até mesmo pela própria família, não conseguiram trabalhos, tendo dificuldade de se adaptar à nova vida fora dos muros da colônia. Essa situação obrigou muitos doentes a voltarem para os antigos leprosários, agora devido à postura da sociedade, que segregava os egressos dos leprosários.

Mesmo com o fim oficial do isolamento compulsório no Brasil, em 1962, e a posterior mudança do termo lepra para hanseníase, em 1974, devido o significado simbólico que esse nome remetia, a situação daquele que um dia foi considerado leproso não mudou e muitos ainda vivem nos antigos leprosários, que surgiu como um espaço de segregação, mas que agora é um lugar de acolhimento. No Ceará, o Centro de Convivência Antônio Diogo, em Redenção, é um exemplo desses lugares, que acolheu e acolhe aqueles que não conseguem se sentir parte integrante da sociedade cearense.

REFERÊNCIAS

Hemerográficas

Revista Ceara Médico (1928-1937; 1940; 1942; 1947) – Fortaleza.

Jornal O Nordeste (1922-1933; 1939) – Fortaleza.

Jornal O Povo (1929-1930; 1938; 1939; 1954) – Fortaleza.

Jornal A Razão (1929; 1936) – Fortaleza.

Jornal A Imprensa (1925) – Sobral.

Artigos de revistas médicas e boletins médicos.

ADERALDO, Tarciso. Flagrantes do Serviço de Profilaxia da Lepra do Ceará. **Boletim da Colônia Antônio Justa**, Fortaleza, ano II, número 3, p. 56-61, agosto, 1953.

AGRÍCOLA, Ernani. Serviço Nacional de Lepra. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 39-44, 1947.

_____. Serviço Nacional de Lepra. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 52-56, 1950.

ANDRADE, José. Aspectos do Serviço de Profilaxia da Lepra no Ceará. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XXVII, Número 7 e 8, 04-24, julho-agosto, 1947.

BARRETO, Helena. O Serviço Social junto ao S.P.L. **Boletim da Colônia Antônio Justa**, Fortaleza, ano II, número 3, p. 25-27, agosto, 1953.

BECELLI, Luís. Posição dos doentes de forma tuberculóide e Incaracterística (inflamatória simples) na profilaxia da Lepra. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 251-260, 1947.

BRAGA, Edith. A lepra no Ceará. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XXII, Número 1, 15-18, janeiro, 1942.

CAMPOS, Nelson. As altas aos doentes de lepra. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v.5, n. 3, p. 341-356, 1937.

_____ et al. Situação social do doente tuberculóide em relação com o prognóstico dessa forma de moléstia. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 19-22, 1947.

- CANTÍDIO, Walter. Ação do Departamento Estadual de Saúde no setor da Lepra. **Boletim da Colônia Antônio Justa**, Fortaleza, ano II, número 3, p. 15-16, agosto, 1953.
- CENTRO MÉDICO CEARENSE. Actas da Sociedade. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano VIII, Número 1 a 7, 27-32, janeiro-julho, 1929.
- COMISSÃO DE TERAPÊUTICA. Relatório Da Comissão De Terapêutica. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 344-345, 1946.
- COMISSÃO DO CONGRESSO INTERNACIONAL DA LEPROA. Conclusões do 5.º Congresso Internacional de Lepra, Reunido em Cuba — Abril de 1948. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 225-243, 1948.
- COMISSÃO DE EPIDEMIOLOGIA. Relatório das Comissões. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 329-333, 1944.
- COSTA, Henrique. As doses fortes de chaulmoogra no tratamento da lepra. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 67-86, 1937.
- FAGET, Guy et al. O tratamento da lepra pelo Promin. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 133-148, 1944.
- GUIDA, Hugo. Contrôlê Clínico no Tratamento de Lepra pelas Di-amino-Difenil-Sulfonas. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 95-100, 1947.
- JUSTA, Antônio. A lepra. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano VIII, Número 9 e 10, 2-4, setembro-outubro, 1929.
- _____. A lepra II – Epidemiologia. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano IX, Número 5, 11-16, maio, 1930a.
- _____. A lepra III – Simtomalogia Diagnostico. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano IX, Número 6, 16-19, junho, 1930b.
- _____. A lepra III – Simtomalogia Diagnostico (conclusão). **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano IX, Número 7, 4-6, julho, 1930c.
- _____. A lepra IV – Tratamento. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano IX, Número 8, 16-18, agosto, 1930d.
- _____. A lepra IV – Tratamento (conclusão). **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano IX, Número 9, 9-14, setembro, 1930e.
- _____. A lepra V – Profilaxia. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano IX, Número 10, 16-19, outubro, 1930f.
- _____. A lepra VI – Observações. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano IX, Número 11, 9-15, novembro, 1930g.

- _____. O problema da lepra no Ceará. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano X, Número 5, 6-12, maio, 1931a.
- _____. A terapeutica de moléstias de diagnostico obscuro. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano X, Número 8, 11-15, agosto, 1931b.
- _____. Inauguração do Pavilhão-Enfermaria Dr. Samuel Uchôa na Leprosaria Antonio Diogo. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano X, Número 8, 17-19, agosto, 1931c.
- _____. A profilaxia da lepra no Ceará (Numeros e comentários). **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XI, Número 6, 1-4, junho, 1932.
- _____. A lepra no Estado do Ceará (Notas e informações). **Revista da Sociedade Cearense**, Fortaleza, 102-134, março, 1933a.
- _____. A situação do Leprosário. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XII, Número 6, 6-11, junho, 1933b.
- _____; CALS, Cezar; PIKANÇO, Jurandir. Leprosaria Antonio Diogo: Memorial apresentado ao Centro Médico Cearense. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XIII, Número 5, 15-19, maio, 1934.
- _____. Leprosaria Antonio Diogo. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XIII, Número 9, 34-35, setembro, 1934.
- _____. Anomalias no diagnostico e no tratamento da Lepra. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XIV, Número 1, 3-9, janeiro, 1935.
- _____. Diagnostico da lepra: perturbações da sensibilidade na Lepra. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XV, Número 3 e 4, 13-20, março/abril, 1936a.
- _____. A situação da Leprosaria Antonio Diogo: a acção do Centro Medico Cearense. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XV, Número 7 e 8, 12-15, julho/agosto, 1936b.
- _____. A lepra no Ceará. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XV, Número 9 e 10, 1-15, 1936c.
- _____. A lepra no Ceará. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XV, Número 11, 13-21, 1936d.
- _____. Noticiário. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XVI, Número 6, 21-51, 1937.
- _____; Walter, PORTO. A luta contra a lepra no Ceará. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XX, Número 5, 24-27, maio, 1940.
- _____. Subsídio para a historia da luta contra a lepra no Ceará. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XXII, Número 1, 3-8, janeiro, 1942.
- LIMA, Lauro. Resultados Atuais da Sulfonoterapia no Sanatório Padre Bento. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 75-85, 1948.

PORTO, Walter. Atual organização da profilaxia da lepra no Ceará. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XXII, Número 1,11-13, janeiro, 1942a.

_____. Censo da lepra em 1940. **Revista Ceará Médico**, Fortaleza, Ano XXII, Número 1,33-39, janeiro, 1942b.

REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA. Diazone na Terapêutica da Lepra. **Revista Brasileira de Leprologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 185-193, 1947.

VIANA, Carlos. As sulfonas e seus efeitos no hanseano. **Boletim da Colônia Antônio Justa**, Fortaleza, ano II, número 3, p. 15-16, agosto, 1953.

Mensagens e Relatórios do Presidente do Estado e do Brasil

ALBANO, Ildefonso. **Mensagem do presidente do Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.n], 1925.

PEIXOTO, José Carlos de. **Mensagem do presidente do Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.n], 1929

_____. **Mensagem do presidente do Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.n], 1930

PIMENTEL, Francisco Menezes. **Mensagem do presidente do Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.n], 1936.

ROCHA, José Moreira da. **Mensagem do presidente do Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.n], 1926.

_____. **Mensagem do presidente do Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.n], 1927.

_____. **Mensagem do presidente do Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.n], 1928.

SABOYA, Tomé. **Mensagem do presidente do Estado do Ceará**. Fortaleza: [s.n], 1918.

VARGAS, Getúlio. **Mensagem apresentada ao poder legislativo**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1937.

Leis federais

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 5.156, de 08 de março de 1904**. Rio de Janeiro, RJ, [1904]. Dá novo regulamento aos serviços sanitarios a cargo da União. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5156-8-marco-1904-517631-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 10.821, de 18 de maio de 1914**. Dá novo regulamento á Directoria Geral de Saude Publica Rio de Janeiro, RJ, [1914]. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-10821-18-marco-1914-501496-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 13.001, de 1º de maio de 1918**. Dispõe sobre organização das comissões de medicos e auxiliares para o serviço de prophylaxia rural. Rio de Janeiro, RJ, [1918]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-13001-1-maio-1918-502844-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 13.538, de 9 de abril de 1919**. Reorganiza o serviço de prophylaxia rural. Rio de Janeiro, RJ, [1919]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-13538-9-abril-1919-501492-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 3.987, de 20 de janeiro de 1920**. Reorganiza os serviços da Saude Publica. Rio de Janeiro, RJ, [1920a]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 14.354, de 15 de setembro de 1920**. Approva o regulamento para o Departamento Nacional de Saude Publica, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. Rio de Janeiro, RJ, [1920b]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14354-15-setembro-1920-503181-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923**. Approva o regulamento do Departamento Nacional de Saude Publica. Rio de Janeiro, RJ, [1923]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 19.402, de 14 de outubro de 1930**. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saude Publica. Rio de Janeiro, RJ, [1930a]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Decreto de nº 19.444, de 14 de outubro de 1930**. Dispõe sobre os serviços que ficam e cargo do Ministério da Educação e Saude Pública, e dá outras providências Rio de Janeiro, RJ, [1930b]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19444-1-dezembro-1930-506386-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso: 23 jun. 2021.

BRASIL, Coleção de leis. **Lei nº 610, de 13 de Janeiro de 1949**. Fixa normas para a profilaxia da lepra. Rio de Janeiro, RJ, [1949] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1930-1949/L0610.htm Acesso: 23 jun. 2021.

Relatórios e Regulamentos

RIBEIRO, Carlos. **Relatório da Inspetoria de Higiene**, Fortaleza [s.n], 1916.

_____. **Relatório da Inspetoria de Higiene**, Fortaleza [s.n], 1917.

_____. **Relatório da Inspetoria de Higiene**, Fortaleza [s.n], 1918.

_____. **Regulamento da Diretoria de Higiene**, Fortaleza [s.n], 1918b.

_____. **Relatório da Diretoria de Higiene**, Fortaleza [s.n], 1919.

Diários

JUSTA, Antônio. **Diário de Antônio Justa**. Fortaleza, [s.n], 1925-1934.

Sites

HANSENÍASE. **Secretária de Saúde do Paraná**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Hanseniasse>. Acesso em: 02 de jun. 2021.

NAZÁRIO, Fernanda. Luta contra hanseníase, preconceito ainda é desafio. **Governo de Mato Grosso**, 2020. Disponível em: <http://www.mt.gov.br/-/13634849-na-luta-contrahanseniasse-preconceito-ainda-e-desafio>. Acesso em: 02 de jun. 2021

Artigos, livros, monografias, dissertações e teses.

AGRÍCOLA, Ernani. A lepra no Brasil (resumo histórico). SERVIÇO Nacional da lepra. **Manual de leprologia**, Rio de Janeiro, 1960.

ARAGÃO, Elisabeth. **A trajetória da indústria têxtil no Ceará: o setor de fiação e tecelagem 1880-1950**. Fortaleza: Edições UFC, 1989.

- AMARAL, Giana. O periódico católico pelotense “A Palavra”: aspectos sobre a Igreja Católica e a educação nas primeiras décadas do século XX. **Cadernos de Educação**, FaE/PPGE/UFPel, Pelotas [29], p.153 - 171, julho/dezembro. 2007.
- BACELLAR, Carlos. Uso e mau uso dos arquivos. IN: PINSKY, Carla (org). **Fontes Históricas**. São Paulo: Editora: Contexto, 2008, p. 111-152.
- BARBOSA, Francisco. **Caminhos da cura: as experiências dos moradores de Fortaleza com a saúde e a doença**. 2002. 235f. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.
- _____; DAMASCENO, Francisco; FREITAS, Antonio (Org.). **Pesquisa Histórica: Fontes e Trajetórias**. Fortaleza: Ed. UECE, 2008.
- BARBOSA, José Policarpo. **História da saúde pública do Ceará: da Colônia a Vargas**. Fortaleza: UFC, 1994.
- BARROS, Karla. “**A varíola ficou morando na capital**”: ideias e práticas médicas representadas mediante manifestação da doença em Fortaleza (1891-1901). 2011. 186f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em História) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.
- BARROS, Luiz. **Colônia de Itanhenga – a luta contra a lepra no Espírito Santo (1934 - 1945)**. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.
- BECHLER, Reinaldo. Reconhecendo Armauer Hansen: o cientista da lepra e o personagem histórico. **Fronteiras**, Dourados, MS, v.13, n.23, p.59-96, jan/jun. 2011.
- _____. Hansen versus Neisser: controvérsias científicas na ‘descoberta’ do bacilo da lepra. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.19, n. 3, p.815-841, jul/set, 2012.
- _____. Muito mais do que o isolamento em questão: ciência, poder e interesses em uma análise das duas primeiras conferências internacionais de lepra – Berlim 1897 e Bergen 1909. **Temporalidades**, Belo Horizonte, MG, v.1, n. 2, p.176-201, ago/dez, 2009.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. O discurso médico nos prontuários clínicos. **Intercâmbio**, São Paulo, SP, v.5, p.17-24, 1996a.
- _____. Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.3, n.1, p. 173-180, mar/jun, 1996b.
- _____. **História social da tuberculose e do tuberculoso (1900-1950)**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

- BOLETIM DA COLÔNIA ANTÔNIO JUSTA, Fortaleza, [s.n], ano I, número 2, dezembro, 1952.
- BOLETIM DA COLÔNIA ANTÔNIO JUSTA, Fortaleza, [s.n], ano II, número 3, agosto, 1953.
- BORDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. FERREIRA, Marieta; AMADO, Janaina (org). In: **Usos e abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p.183-193.
- BORGES, Vavy. Grandezas e misérias da biografia. In: PINSKY, Carla(org). **Fontes Históricas**. São Paulo: Editora: Contexto, 2006, p. 203-235.
- BURKE, Peter. **Variedades da história cultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- BRITTO, Luiz. **O “relatório Pinotti” e a doença de Tancredo**: medicina e discurso. Campinas: Papyrus, 1988.
- CABRAL, Dilma. Saem os debilitantes, entram os reconstituintes: a terapêutica da lepra no século XIX. In: **Anais do XXIV Simpósio Nacional de História**, São Leopoldo, 2007, p.1-7.
- _____. A terapêutica da lepra no século XIX. **Revista Esboços**, Florianópolis, SC n.16, p. 35-61, 2006.
- _____. **Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- CAHU, Carolina. **De lepra à Hanseníase**: mais que um nome, novos discursos sobre a doença e o doente. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.
- CARVALHO, Keila. **Colônia Santa Izabel**: A Lepra e o Isolamento em Minas Gerais (1920-1960). 2012. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.
- _____. Do Flagelo Social à Doença Curável: a transformação no significado da lepra após a descoberta das sulfonas. In: **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História**, São Paulo, p.1-11, 2011.
- CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- CUSTÓDIO, Maria. O papel da Congregação das Capuchinhas na formação de classes médias e elites regionais. **Proposições**, Campinas, p. 169-203, Set/Dez, 2017.
- CHARTIER, Roger. **O que é um autor?** Revisão de uma genealogia. São Carlos: EDUFSCar, 2012.
- _____. **A história cultural**: entre práticas e representações. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1990.

- _____. **À beira da falésia:** a história entre certezas e inquietudes. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2002.
- CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril:** cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das letras, 2011.
- _____; MARQUES, Vera; SAMPAIO, Gabriela; SOBRINHO, Roberto (orgs). **Artes e ofícios de curar no Brasil.** Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- CLARO, Lenita. **Hanseníase:** representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- CORREIA, André. **“O Ceará é uma terra condenada mais pela tirania dos governos do que pela inclemência da natureza”:** aspectos biopolíticos nas obras de Rodolfo Teófilo (1901-1922). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.
- CUNHA, Vivian. **O Isolamento compulsório em questão:** Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). 2005.151f. Dissertação (Mestrado em História) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- _____. **Centro Internacional de leprologia:** Ciência, saúde e cooperação internacional no Brasil do entre guerras (1923-1939). 2011. 244f. Tese (Doutorado em História) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- CURI, Luciano. **Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976.** 2002. 234f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.
- _____. **Excluir, isolar e conviver:** um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- CZERESNIA, Dina. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.4, n.1, p. 75-94, mar/jun. 1997.
- DIWAN, Pietra. **Raça pura:** uma história da eugenia no Brasil e no mundo. Editora Contexto, 2013.
- FARGE, Arlete. **Lugares para a História.** São Paulo: Autêntica, 2011.
- FARREL, Jeanette. **A Assustadora História das Pestes e Epidemias.** São Paulo: Ediouro, 2003.
- FEITOSA, Adília. **A institucionalização da hanseníase no Ceará:** do Leprosário de Canafístula ao Centro de Convivência Antônio Diogo. 2008, 99f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

- FERREIRA, Antonio Nelorracion Gonçalves. **“Lazarópolis”**: A lepra entre a piedade e o medo (Ceará, 1918-1935). 2009. 235f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal Do Ceará, Fortaleza, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo, Loyola, 2011a.
- _____. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2011b.
- _____. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2014.
- FRANCO, Sebastião; BARROS, Luiz. A lepra no Espírito Santo: de fagueira ilusão à Colônia de Itanhenga. **Dimensões**: Revista de História da UFES, v. 34, p. 228-254, 2015.
- FURTADO, Tânia. **O Nordeste**: trajetória de um jornal católico. 1990. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1990.
- FURTADO, Francisco. Comendador Luís Cavalcante Sucupira. **Revista do Instituto do Ceará**, Fortaleza, p.337-341, 1997.
- GADELHA, Georgina. **Sob o signo da distinção**: formação e atuação da elite médica cearense (1913-1948). 2012. 347f. Tese (Doutorado em História) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- GARCIA, Ana. **A ciência na saúde e na doença**: Atuação e prática dos médicos em Fortaleza (1900-1935). 2011. 199f. Tese (Doutorado em História) – Pontfícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.
- GOMES, Ângela. **Escrita de si, escrita da história**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- HANSENÍASE. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doencas/hanseniose/>>. Acesso em: 10. jan 2019.
- HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil. 3a. edição. São Paulo: Hucitec, 2012.
- _____. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, PR n. 25, p.127-141, 2005.
- HUNT, Lynn. Apresentação: História, cultura e texto. In: HUNT, Lynn (org). **A Nova História Cultural**. São Paulo: Martins Fontes, p. 1-33, 1992.
- JUCA, Gisafran; LIMA, Zilda. Memórias dos hansenianos cearenses: outras histórias.
- NASCIMENTO, Dilene; FRANCO, Sebastião; SILVEIRA, Anny. (Orgs) **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino traço, p.201-223, 2015.
- JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. **A Oralidade dos Velhos na Polifonia Urbana**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2003.
- LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

- LEAL, Vinícius Barros. **História da medicina no Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1979.
- LEANDRO, José Augusto. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia Bonfim. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.16, n.2, p.433-447, abr/jun. 2009.
- LE GOFF, Jacques, **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1997.
- LEMOS, Mayara. **O terror se apoderou de todos: os caminhos da epidemia de cólera em Quixeramobim (1862-1863)**. 2013. 222f. Dissertação (Mestrado em história) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.
- LEVI, Giovanni. Usos da biografia. FERREIRA, Marieta; AMADO, Janaina (orgs). In: **Usos e abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, p.167-183, 2006.
- LEVILLAIN, Philippe. Os protagonistas: da biografia. REMOND, René (org). In: **Por uma história política**, Rio de Janeiro: FGV, p.141-185, 2003,
- LIMA, Francisco. **60 anos em busca do sol**. Imprensa Oficial do Ceará, 1988.
- LIMA, Zilda. **O grande polvo de mil tentáculos: a lepra em Fortaleza (1920-1942)**. 2007.293f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- _____. **Uma enfermidade à flor da pele: a lepra em Fortaleza (1920-1937)**. Fortaleza: Museu do Ceará/Secult, 2009.
- _____. **A alma do lázaro: José de Alencar/ Zilda Maria Menezes Lima**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2011.
- _____. Políticas de saúde pública para o tratamento da lepra em Fortaleza (1930/1934). O público e o privado. Fortaleza, CE, ano 7, n. 13, jan/ jun. 2009.
- LOPES, Felipe. **Patológicos e delinquentes: as estratégias de controle social da loucura em Teresina (1870-1930)**. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado em história) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.
- LUCA, Tânia de. História dos, nos e por meio dos periódicos. In: PINSKY, Carla (org). **Fontes Históricas**. São Paulo: Editora: Contexto, p.111-155, 2008.
- MACHADO, Roberto. Introdução (Por uma genealogia do poder). In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, p. VII-XXIII, 2011.
- MARTINS, Letícia. **Variola em Fortaleza: marcas profundas de uma experiência dolorosa (1877-1881)**. 2012. 153f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

- MACIEL, Laurinda Rosa. **Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade**: Uma História das Políticas Públicas de Combate à Lepra (1941-1962). 2007. 374f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.
- MAIA, Janille Campos. Nosologia Cearense: natureza e doenças no relato médico. **Anais do XIX Encontro de História da ANPUH-RIO**. Rio de Janeiro, 2020.
- MATTOS, Débora Michels; FORNAZARIO, Sandro Kobol. A lepra no Brasil: representações e práticas de poder. **Caderno de Ética e Filosofia Política**, São Paulo, SP, n. 6, p. 45-57, jan/jun, 2005.
- MAURANO, Flavio. História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. SERVIÇO Nacional da lepra, **Tratado de leprologia**. Rio de Janeiro, 1950.
- MELLO, William; LIMA, Zilda; MUNIZ, Altemar (orgs). **História, Memória, Oralidade e Culturas**. Fortaleza, EDUECE, 2014.
- MILEÓ, Clarissa. O jovem Heraclídes Cesar de Souza e sua atuação na Primeira República. **Anais do XIV Encontro Regional da ANPUH-RIO**: Rio de Janeiro, p.1-6, 2010.
- MIRANDA, Julia. **O poder e a fé**: discurso e práticas católicos. Fortaleza: Edições UFC, 1987.
- MIRANDA, Carlos. **A arte de curar nos tempos da colônia**: limites e espaços de cura. Recife: Editora UFPE, 2017.
- MONTEIRO, Yara. **Da maldição divina à exclusão social**: um estudo da hanseníase em São Paulo. 1995. 492f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo, 1995.
- NASCIMENTO, Dilene. **As pestes do século XX**: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.
- _____; MARQUES, Vera; (Orgs.). **Hanseníase**: a voz dos que sofreram isolamento compulsório. Curitiba: Editora UFPR, 2011.
- _____; CARVALHO, Diana (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- _____; _____; MARQUES, Rita (Orgs). **Uma história brasileira das doenças**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006.
- _____; _____; **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010.
- _____; FRANCO, Sebastião; MACIEL, Ethel. (Orgs). **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino traço, 2013.
- _____; _____; SILVEIRA, Anny. (Orgs). **Uma história brasileira das doenças**. Belo Horizonte: Fino traço, 2015.

- NETO, André. **Ser médico no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- NEVES, Frederico; GARCIA, Ana; SALES, Tibério (orgs). **Médicos na terra da luz: AMC 100 anos**. Fortaleza: Associação Médica Cearense, 2011.
- _____. Caridade e controle social na primeira república (Fortaleza, 1915). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, RJ, vol. 27, n. 53, p.115-133, janeiro-junho, 2014.
- NOBRE, Geraldo. **Introdução à história do jornalismo cearense**. Fortaleza: NUDOC/Secretaria de Cultura do Estado do Ceará – Arquivo Público do Ceará, 2006.
- O'BRIEN, Patricia. A história da cultura de Michel de Foucault. In: HUNT, Lynn (org). **A Nova História Cultural**. São Paulo: Martins Fontes, p.33-63, 1992.
- OLIVEIRA, Carla. **Cidade (in)salubre: idéias e práticas médicas em Fortaleza (1838-1853)**. 2007. 156f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.
- OLIVEIRA, Ramiro. **O conservadorismo católico na imprensa de Belo Horizonte nas décadas de 1920 e 1930 – os jornais O Horizonte e O Diário (1923-1937)**. São João Del-Rei: Universidade Federal de São João Del-Rei, Dissertação de Mestrado, 2010.
- OLIVEIRA, Cláudia. O traço do personalismo das instituições assistenciais: doadores, doações e projeção social no Ceará oitocentista. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.26, supl., p.129-145, dez.2019.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. **Lèpre: Aperçu de législation sanitaire comparée**. Genève: OMS, 1954.
- PARENTE, Francisco Josênio. **A fé e a razão na política: conservadorismo e modernidade das elites cearenses**. Fortaleza/Sobral: Edição UFC/Edições UVA, 2000.
- PELLON, Luiz. **As representações eugênicas da assistência na revista Ceará Médico (1930-1935)**. 2013. 222f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- PESAVENTO, Sandra. **História & História Cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.
- PINHEIRO, Francisca. **“Não esperemos só pela ação do governo, a calamidade é pública”**: a atuação do jornal O Nordeste no combate à *lepra* em Fortaleza (1922-1930). 2013, 93f. Monografia (Licenciatura em História) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.
- _____. **“O médico dos lázaros”**: Antônio Justa e o combate à lepra no Ceará (1928-1941). 2016, 174f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

- PONTE, Sebastião Rogério. **Fortaleza Belle Époque: Reformas urbanas e controle social (1860-1930)**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2001.
- PORTELLI, Alessandro. **A morte de Luigi Trastulli e outros ensaios**. Ética, Memória e Acontecimento na História Oral. Coimbra: Edições UNIPOP, 2013.
- PROENÇA, Fernanda. **Os escolhidos de São Francisco: Aliança entre Estado e Igreja para a profilaxia da lepra na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã – (1930-1940)**. 2005.145f. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- RAMOS, José. Uma pena de ouro. **Revista do Instituto Histórico do Ceará**: Fortaleza, CE, p. 35-39, 1958.
- REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. **História: Novos Objetos** (orgs). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.
- SAMPAIO, Gabriela. **Nas trincheiras da cura**. Campinas: Editora da Unicamp, 2001.
- SALES, José Borges de. **Bibliografia médica do Ceará**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 1978.
- SALES, Tibério Campos. **Medicina, associativismo e repressão: O Centro Médico Cearense e a formação do campo profissional em Fortaleza (1928-1938)**. 2010. 150f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- SANTOS, Vicente. Pesquisa Documental sobre a história da hanseníase no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.10, supl. 1, p.415-426, 2003.
- _____. Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.18, supl. 1, p.253- 274, dez. 2011.
- SARNO, Euzenir. A hanseníase no laboratório. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.10, supl. 1, p. 277-290, 2003.
- SANGLARD, Gisele. Filantropia e assistencialismo no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.10, n. 3, p.1095-1098, set-dez. 2013.
- SANTOS, Vicente. **Entidades Filantrópicas & Políticas Pública no combate à lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945)**. 2006. 163f. Dissertação (Mestrado em História) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- SANTOS, Fernando; SOUZA, Letícia; SIANO, Antonio. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.15, n.1, p.29-47, jan-mar. 2008.

- SANTOS, Francieli; SOUZA, José; LEANDRO, Antonio. Mulheres da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra, **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.26, supl, p.57-78, dez. 2019.
- SCHNEIDER, Silvia. **Lepra: fotografia e discurso na obra de Souza-Araújo (1916-1959)**. 2011. 232f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2011.
- SCOTTI, Zelinda. Os prontuários do Hospício São Pedro: metodologia para a formação de banco de dados. **Revista Ágora**, Vitória, ES, n.12, p. 1-12, 2011.
- SEVCENKO, Nicolau. Charles Baudelaire: o discurso em desordem. In: RIBEIRO, Renato. **Recordar Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense, p.186-195, 1985.
- SILVA, Claudia. Igreja Católica, assistência social e caridade: aproximações e divergências. **Sociologias**. Porto Alegre, RS, ano 8, nº15, p. 326-351, jan/jun 2006.
- SILVA, Leicy. **Eternos órfãos da saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962)**. 2013. 360f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2013.
- SILVA, Simone; FRANCO, Sebastião. 'Se eu estou doente, eu não posso ir embora pra lá' - A lepra e as sensibilidades de um ex-interno da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo. **Khronos**, v. 6, p. 65-78, 2018.
- SILVINO, Carla. **Cidade (insalubre): idéias e práticas médicas em Fortaleza (1838-1853)**. 2007. 156f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2007.
- SOMBRA, Waldy. **Rodolfo Teófilo: o Varão Benemérito**. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial, 1999.
- SOUZA, Letícia. **Sentidos de um “País Tropical”**: A lepra e a chaulmoogra brasileira. 2009. 168f. Dissertação (Mestrado em História) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- _____. Um problema dos trópicos: a lepra e sua possível terapêutica na primeira metade do século XX. In: **Anais do XIII Encontro de História ANPUH-RIO**, Rio de Janeiro, p.1-11. 2008.
- SONTAG, Susan. **Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- SOURNIA, Jean-Charles; RUFFIE, Jacques. **As epidemias na história do homem**. São Paulo: Edições 40, 1984.
- SOUZA-ARAÚJO, H. C. Contribuição à Epidemiologia e Prophylaxia da lepra no Norte do Brasil. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**, tomo XVII, fascículo 03, p.165-337, Set/1933.

_____. A lepra e as organizações anti-leprosas no Brasil em 1936. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**, vol.32, n.1, p.111-160, 1937.

_____. O problema da lepra no Brasil. **Memória Instituto Oswaldo Cruz**, vol.54, n.4, p.420-441, 1953.

_____. **História da Lepra no Brasil – Volume II – Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

STUDART, Guilherme. A morféia. **Revista da Academia Cearense de Letras**: Fortaleza, CE, p. 253-258, 1898.

_____. **Climatologias, Epidemias e Endemias do Ceará**. Fortaleza: Fundação Waldemar Alcântara, 1909.

_____. **Dicionário Bibliográfico Cearense I**, edição fac-simile. Fortaleza: Iris, Secult,

_____. **Dicionário Bibliográfico Cearense II**, edição fac-simile. Fortaleza: Iris, Secult, 2012b.

_____. **Dicionário Bibliográfico Cearense III**, edição fac-simile. Fortaleza: Iris, Secult, 2012c.

SUCUPIRA, Luís. No Centenário de Nascimento de Manuel Antônio de Andrade Furtado. **Revista do Instituto do Ceará**, Fortaleza, p. 148-160, 1990.

TRONCA, Italo. História e doença: a partitura oculta (A lepra em São Paulo, 1904-1940). In: RIBEIRO, Renato. **Recordar Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense, p.136-143, 1985.

_____. **As Máscaras do Medo: lepra e aids**. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

VIANA, Bruna. **Entre discursos e práticas: menores e loucura no Hospital Colônia Sant'Ana (1942-1944)**. 2013. Monografia (Graduação em História) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2013a.

_____. Salvação e possibilidades de pesquisa: os prontuários do antigo hospital colônia Sant'Ana. In: **Anais do I Simpósio de Patrimônio Cultural de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, p.1-10, 2013b.

YAZBEK, André. **10 lições sobre Foucault**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.